



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et  
diabétologues dans la prise en charge du diabète de type 2 dans le  
département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 23/09/2016 à 16h00  
Au Pôle Recherche  
**Par Cristelle Chave**

---

**JURY**

**Présidente :**

**Madame le Professeur Anne VAMBERGUE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Éric HACHULLA**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN**

**Madame le Docteur Kathy DESCLOQUEMENT-MAHIEU**

**Directrice de Thèse :**

**Madame le Docteur Kathy DESCLOQUEMENT-MAHIEU**

---

## **Avertissement**

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

## Liste des abréviations

ADO	Antidiabétiques Oraux
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
DT2	Diabète de type 2
DTO	Diabétologue(s)
ETP	Éducation thérapeutique
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1C	Hémoglobine Glyquée
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques

## Table des matières

Résumé.....	7
Introduction.....	8
I. Définition .....	8
II. Épidémiologie .....	8
III. Prise en charge du diabète de type 2 en France .....	9
IV. Contexte actuel.....	10
V. La collaboration interprofessionnelle .....	11
VI. Objectifs de l'étude .....	12
Matériels et méthodes .....	13
I. Recherche bibliographique.....	13
II. Type d'étude.....	13
III. Population étudiée et méthode de recrutement.....	13
IV. Entretiens .....	14
V. Recueil .....	14
VI. Méthode d'analyse .....	15
Résultats .....	16
I. Thème n°1 : Prise en charge du diabète de type 2 par les médecins généralistes .....	17
II. Thème n°2 : Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 .....	20
III. Thème n°3 : Motifs de recours au diabétologue et freins à l'adressage .....	27
IV. Thème n°4 : Collaboration interprofessionnelle .....	32
V. Thème n°5 : Propositions d'amélioration .....	41
Discussion.....	44
I. Résultats principaux .....	44
II. Forces et limites de l'étude.....	46
III. Discussion des résultats.....	48
Conclusion.....	61
Références bibliographiques.....	62
Annexes .....	67

## RESUME

**Contexte :** La prise en charge des maladies chroniques, dont le diabète de type 2, est un enjeu majeur de notre société et nécessite une adaptation de notre système de soins actuel. Des études internationales ont conclu en l'amélioration possible de la prise en charge du diabète de type 2 par celle de la collaboration interprofessionnelle. Peu d'études qualitatives ont exploré celle entre médecins généralistes et diabétologues.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du département du Nord. Le logiciel d'analyse NVivo10 a été utilisé pour réaliser les codages ouvert et axial.

**Résultats :** Treize médecins généralistes ont été interviewés permettant d'arriver à la saturation des données. Les médecins généralistes donnaient des définitions variées de la collaboration interprofessionnelle qu'ils assimilaient à leur réseau de soins informel. Leurs expériences positives, liées à une notion de confiance interprofessionnelle, leur avaient permis d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Leurs expériences négatives étaient liées à une mauvaise communication interprofessionnelle, à l'existence de désaccords entre les intervenants et à une méconnaissance du rôle des diabétologues pouvant entraîner méfiance et concurrence. Les médecins généralistes collaboraient peu avec les réseaux de soins formels à cause probablement d'un manque d'informations à leur sujet. Ils proposaient des axes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle comme l'optimisation de la communication, la valorisation de leur place dans les réseaux de soins formels et la diffusion des nouveaux modes d'exercice.

**Conclusion :** Il existe autant de collaborations interprofessionnelles que d'intervenants. L'aspect relationnel peut difficilement faire l'objet de protocole. Cependant l'éducation à la collaboration interprofessionnelle permettrait de donner un cadre de référence dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2.

## INTRODUCTION

### I. Définition

Le diabète sucré est une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique liée à une déficience, soit de la sécrétion d'insuline, soit de l'action d'insuline, soit des deux. Au cours de son évolution, le diabète peut engendrer de graves complications touchant le cœur, les vaisseaux, les yeux, les reins et les nerfs.

Le diabète de type 2 (DT2) est la forme la plus fréquente représentant 91% des cas de diabètes traités pharmacologiquement en 2007. Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline. Il peut évoluer sans symptôme pendant plusieurs années et générer des complications sans avoir été diagnostiqué. (1)

### II. Épidémiologie

*« Le diabète constitue un problème de santé public majeur et il est l'une des quatre maladies non transmissibles prioritaires ciblées pour une intervention par les dirigeants du monde ».* (2)

À l'échelle mondiale, on compte 422 millions d'adultes diabétiques en 2014, contre 180 millions en 1980, soit une prévalence passant de 4,7% à 8,5%. (2,3) Cette augmentation est liée à celle des facteurs de risque tels que le surpoids, l'obésité et la sédentarité. (4)

En France, le DT2 est la première des maladies chroniques depuis 2010. (5)

En 2013, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement atteint 4,7% soit 3 millions de personnes diabétiques auxquelles il faut ajouter les patients diagnostiqués mais non traités et ceux non encore diagnostiqués. (6) La prévalence du diabète augmente avec l'âge et à âge égal, elle est plus importante chez les hommes.

On observe également des disparités selon le niveau socio-économique individuel ainsi que des disparités territoriales. (7) En France métropolitaine, la région Nord-Pas-de-Calais est la plus touchée avec une prévalence de 5% en 2013 selon les données de l'Agence régionale de santé.

Les tendances actuelles prévoient une poursuite de l'augmentation de la prévalence mondiale du diabète, principalement liée à l'augmentation de l'obésité. (3) À cela, en France, s'ajoute également le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie des diabétiques.

### **III. Prise en charge du diabète de type 2 en France**

En France, le DT2 est principalement pris en charge par les médecins généralistes (MG). En moyenne, un patient diabétique a été vu neuf fois dans l'année par le MG. 10% des patients ont vu un diabétologue (DTO) dans l'année, 12% en prenant en compte les séjours hospitaliers. (8)

La prise en charge du DT2 a progressé depuis 10 ans grâce à certaines mesures prises dont l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'exonération du ticket modérateur et les nouveaux modes de rémunération des médecins. (5,9)

Bien que l'étude ENTRED 2007-2010 montre que le suivi des patients diabétiques est globalement meilleur qu'en 2001-2003, la marge de progression reste importante. En effet, la loi du 13 août 2004 préconisait un objectif de 80% de diabétiques surveillés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. (10) Cet objectif n'est pas atteint en 2013 avec 51% des patients traités pharmacologiquement ayant eu trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (HbA1C), 30% un dosage de la microalbuminurie et 74% un dosage de lipides. Seul le dosage de la créatininémie atteint l'objectif avec 84%. Le recours aux autres spécialités reste aussi à améliorer (35% des patients diabétiques de type 2 ont un suivi cardiologique annuel). (11)

D'autre part, la fréquence, la gravité des complications ainsi que la mortalité liée au diabète ne diminuent pas. On retrouve des disparités socio-économiques et régionales avec des complications plus élevées pour les plus défavorisés et dans la

région Nord-Pas-de-Calais ainsi que des taux de mortalité liés au diabète plus élevés dans les régions nord-est. (6,12)

Enfin, les dépenses liées au diabète ne cessent de croître. Les hospitalisations sont le premier poste de dépense du diabète. Cette croissance est le reflet d'une augmentation de la prévalence du diabète mais aussi d'une amélioration des prises en charge évitant les complications les plus coûteuses de la maladie. Cette maladie devrait être peu coûteuse car essentiellement basée sur les règles hygiéno-diététiques (RHD). Elle reste cependant difficile à prendre en charge par les médecins de par son aspect bio-psycho-social. (5,13)

## **IV. Contexte actuel**

Actuellement, la démographie médicale est en pleine mutation avec une diminution de l'offre de soins ambulatoires, au moins jusqu'en 2025, une féminisation de la profession et une augmentation du salariat. Les prévisions ne prévoient pas de diminution du nombre de spécialistes en endocrinologie dans le Nord. Cependant une optimisation des recours aux soins secondaires et aux ressources hospitalières reste nécessaire. (14)

Nous sommes également dans un contexte économique défavorable et de transition épidémiologique avec un vieillissement de la population et un accroissement des pathologies chroniques nécessitant de recentrer le système de soins actuel vers les soins primaires. (15)

Cette nécessité est préconisée par l'Union Européenne et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recentrer le système actuel sur les soins primaires permet un meilleur accès aux soins et une plus grande efficacité du système de santé, améliore la morbi-mortalité, réduit les inégalités de santé et limite la croissance des dépenses de santé. (16–18)

Actuellement, en France, à la différence de la plupart des autres pays européens, le système de soins est peu hiérarchisé et ce malgré certaines mesures prises. En 2004, la mise en place du médecin traitant référent permet de structurer le parcours de soins du patient et d'optimiser le recours aux soins secondaires et tertiaires en le réservant aux situations « sans solution » trouvées par les soins primaires. En 2009,

la loi HPST a intégré les soins de premier recours dans le schéma régional de l'offre de soins et a précisé les missions des MG. (19,20)

Notre système de soins de premier recours actuel est plus adapté à prendre en charge les pathologies aiguës que pour le suivi des pathologies chroniques. La formation des médecins reste à parfaire afin d'accompagner au mieux les patients chroniques. Le mode de rémunération actuel, majoritairement à l'acte, ne permet pas de dégager suffisamment de temps pour faire de l'éducation thérapeutique (ETP), indispensable à la prise en charge. Enfin, l'exercice majoritairement isolé et la pratique individuelle des médecins rendent la collaboration des médecins et le partage des compétences insuffisants. (15)

La réorganisation et le développement des soins de premier recours sont nécessaires. Un des enjeux est de favoriser le travail coopératif des professionnels de santé et la collaboration interprofessionnelle. (15)

En 2008, l'OMS pointe les dérives des systèmes de santé actuels, avec pour la France notamment la spécialisation excessive des professionnels de santé, et le manque de collaboration dans l'offre de soins.

## **V. La collaboration interprofessionnelle**

Danielle D'Amour propose une définition en 1997 de la collaboration interprofessionnelle comme un « *ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients / patients et pour le plus grand bien des clients / patients. [...] Elle nécessite la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques* ». (21)

Dans le contexte actuel, la collaboration interprofessionnelle permet une optimisation des ressources professionnelles et le développement des soins ambulatoires avec un transfert de compétences des soins secondaires et tertiaires vers les soins primaires. (22)

Elle permet également l'amélioration de la prise en charge de pathologies chroniques. Une étude de 2010 retrouve une diminution du taux d'HbA1C quand la

prise en charge est collaborative entre MG et DTO. (23) La qualité de la collaboration est indispensable, et ce, dans l'intérêt du patient diabétique. (24)

En France, le projet ASALEE, initié en 2004, a pour objectif d'améliorer la qualité des soins de premier recours notamment pour les maladies chroniques en favorisant la coopération entre les MG et les infirmières. (25) Les résultats sont probants avec une diminution de l'HbA1C dès la première consultation et de 8% après cinq consultations en restant toutefois supérieur à 7,5%. (26)

Les réseaux de santé et la création de maisons de santé pluridisciplinaires sont autant de démarche en ce sens.

## **VI. Objectifs de l'étude**

La collaboration interprofessionnelle dans les réseaux de soins informels a été peu étudiée dans le cadre du DT2. Des thèses d'exercice ont été réalisées sur ce sujet mais la méthodologie utilisée est une analyse quantitative. L'approche qualitative permet d'avoir une nouvelle approche sur ce sujet.

L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés de la collaboration interprofessionnelle entre MG et DTO dans la prise en charge de patients diabétiques de type 2 afin de proposer des axes de réflexion. Les objectifs secondaires sont de rendre compte des difficultés des MG dans la prise en charge du DT2 et de caractériser les dynamiques d'adressage vers les DTO.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été réalisée avec les moteurs de recherche PUBMED, GOOGLE SCHOLAR et EM-Premium. Les mots clés, définis à l'aide de CiSMef ont été les suivants : « collaboration interprofessionnelle » « diabète de type 2 » « maladie chronique » et « médecine générale ».

Le catalogue universitaire de thèses SUDOC permet d'identifier les thèses d'exercice grâce aux mots clés « collaboration interprofessionnelle » et « diabète de type 2 ».

Le logiciel ZOTERO fut utilisé pour réaliser la gestion de la bibliographie.

### **II. Type d'étude**

L'étude réalisée est qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. Nous avons fait le choix d'une étude qualitative car cette méthode est appropriée quand les facteurs étudiés sont subjectifs, donc difficilement mesurables comme le sujet de la collaboration interprofessionnelle. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale et permet de répondre à la complexité des soins primaires dans son exercice quotidien notamment pour l'aspect relationnel des prises en charges qui ne peut être mesuré par des études quantitatives. (27)

### **III. Population étudiée et méthode de recrutement**

Les MG constituaient la population étudiée. Le recrutement des médecins s'est fait de manière non ciblée dans le département du Nord. Un échantillon raisonné à variation maximale a été ainsi constitué afin d'avoir une grande variété de critères et de maximiser l'expression de la diversité. La représentativité n'est donc pas recherchée, l'objectif n'étant pas d'extrapoler les résultats à la population générale.

Le recrutement a été effectué de décembre 2014 à janvier 2016. Les médecins recrutés ont été choisis au hasard dans l'annuaire téléphonique, ou font partie de connaissances professionnelles personnelles ou conseillées.

## IV. Entretiens

Les entretiens réalisés sont individuels et semi-dirigés. Ce type d'entretien permet d'aborder des sujets plus délicats. Les MG peuvent s'exprimer librement sur leurs expériences dans la collaboration interprofessionnelle avec les DTO. Cette technique de recueil d'informations a été préférée aux *focus groups*, pour permettre aux MG de s'exprimer plus librement, sans réserve et peur d'être jugés.

Une recherche bibliographique a permis d'élaborer un guide d'entretien évolutif (Annexe 1) abordant les thèmes suivants :

- La prise en charge de patients diabétiques de type 2 en médecine générale et les difficultés rencontrées,
- Les motifs de recours au DTO et les freins éventuels,
- La collaboration interprofessionnelle,
- Les réseaux de soins formels et informels,
- Les améliorations possibles de la collaboration interprofessionnelle.

Les questions ouvertes étaient suivies de relances pour couvrir l'ensemble des sujets abordés dans les thèmes du questionnaire. Après un premier contact téléphonique, les entretiens ont été réalisés soit par téléphone, soit dans les cabinets des MG. L'heure et la date ont été choisies par les MG selon leur convenance.

## V. Recueil

Les entretiens ont été enregistrés en audio, anonymement et en totalité à l'aide d'un dictaphone après obtention de l'autorisation du médecin. Ceux-ci ont été retranscrits *ad integrum*.

L'âge, le sexe, le lieu et type d'exercice, la date d'installation, la présence d'une activité complémentaire et la participation à une formation en diabétologie ont été précisés.

## **VI. Méthode d'analyse**

Les *verbatim* obtenus suite à la retranscription des entretiens ont été analysés grâce au logiciel QSR NVivo 10. Un codage ouvert (Annexe 2) des *verbatim* a été fait. Un deuxième interne de médecine générale a également effectué ce codage ouvert permettant une triangulation des données afin d'assurer une meilleure objectivité de l'étude. Un codage axial a été fait à partir de ces codes, permettant l'émergence de thèmes afin d'exploiter les résultats. La saturation des données a été obtenue par l'absence de nouveaux codes supplémentaires.

Le nombre d'entretiens n'était pas défini à l'avance. En effet, en recherche qualitative, la saturation est atteinte quand la retranscription n'apporte plus de nouveaux éléments utiles à la compréhension.

## RESULTATS

13 MG ont accepté de participer à l'étude. Le tableau n°1 présente les caractéristiques des participants. Le codage ouvert a permis l'établissement de 312 codes. Le codage axial a permis de définir 5 thèmes permettant la structuration des résultats.

<b>Médecins généralistes (n=13)</b>	
<b>Âge moyen / médian</b>	49,9 / 46,5
<b>Sexe</b>	
Masculin	9 (69,2%)
Féminin	4 (30,8%)
<b>Lieu d'exercice</b>	
Urbain	4 (30,8%)
Semi-urbain	8 (61,5%)
Rural	1 (7,7%)
<b>Date d'installation</b>	
< 5 ans	4 (30,8%)
5 – 20 ans	3 (23,1%)
> 20 ans	4 (30,8%)
Retraité	1 (7,7%)
Remplaçant	1 (7,7%)
<b>Type d'exercice</b>	
Seul	6 (54,5%)
Groupe	5 (45,5%)

**Tableau n°1 : Caractéristiques des participants**

# I. Thème n°1 : Prise en charge du diabète de type 2 par les médecins généralistes

## A. Le diabète de type 2 en médecine générale

### 1. Perception des médecins généralistes

La majorité des MG percevaient le diabète comme une pathologie de médecine générale, exprimant également la fréquence importante des diabétiques de type 2 dans leur patientèle. Certains avaient peu de patients suivis conjointement par un DTO. « *J'en ai pas beaucoup qui vont chez le DTO (...) Ça représente pas plus de 5% je pense.* » (MG6)

### 2. Formation initiale des médecins généralistes

La formation initiale des MG était jugée suffisante. « *Je trouve que le MG a été formé pour diagnostiquer et traiter le diabète.* » (MG2)

Les MG se sentaient compétents pour prendre en charge dans leur intégralité des patients présentant un diabète débutant ou peu compliqué. « *Logiquement, les diabètes classiques, simples, où les patients sont compliants, on peut tout gérer sans problème.* » (MG12)

### 3. Investissement des médecins généralistes

Certains MG rapportaient s'investir dans la prise en charge par préférence personnelle de la discipline.

« *C'est un sujet qui m'intéresse alors j'essaie de bien m'impliquer* » (MG13)

« *Je pense que c'est une question très personnelle par rapport au médecin (...) Il y en a des médecins qui vont aimer les maladies endocrines (...) Chacun a un peu son truc dans l'activité professionnelle.* » (MG9)

Cet investissement était associé à l'obtention de meilleurs résultats : « *C'est vrai que quand on s'en occupe bien ça paye. (...) C'est pas toujours le cas en médecine, mais*

*on a quand même l'impression d'améliorer considérablement la durée de vie des gens et c'est déjà pas si mal. » (MG5)*

## **B. Démarche de prise en charge**

### **1. Découverte du diabète**

Les MG rapportaient découvrir la pathologie la plupart du temps fortuitement sur un bilan systématique mais également dans le cadre du bilan d'une complication d'une autre maladie.

### **2. Bilan initial**

Les MG effectuaient le plus souvent le bilan initial sans avoir recours au DTO. Le recours au spécialiste avait lieu d'emblée si le diabète était découvert déséquilibré. *« Quand on découvre un diabète avec 5 grammes de glycémie c'est bien d'avoir un avis de spécialiste tout de suite. » (MG9)*

Peu de MG confiaient réaliser une consultation d'annonce de la maladie. Quand elle était réalisée, le MG remplaçait le patient au centre pour qu'il soit acteur de sa prise en charge. *« Je pars des compétences du patient (...) avec l'idée de dire « est-ce que vous avez le sentiment de faire des erreurs ? (...) Sur quoi seriez-vous prêt à faire des efforts ? » (...) Je parle de ce qu'est le diabète. J'annonce les chiffres souhaitables d'HbA1C puis on discute ensemble des façons d'y arriver. Mais je suis beaucoup moins directif, je ne fais plus d'enquête alimentaire comme au départ. » (MG11)*

### **3. Démarche décisionnelle**

Concernant la prise en charge suite au diagnostic, les MG confiaient s'en remettre aux recommandations de l'HAS relatives à la périodicité de l'examen clinique et des examens complémentaires. Ils réalisaient un dosage de l'HbA1C tous les 3 mois et un bilan biologique complet annuel. Peu de MG évoquaient la recherche d'une microalbuminurie ou l'examen neurologique, l'évaluation podologique ou artérielle.

Ils mentionnaient également la prise en charge des autres facteurs de risque ainsi qu'un examen ophtalmologique tous les 2 ans et un examen cardiologique annuel. Les MG évoquaient ne pas avoir de difficultés avec la mise en route d'un traitement, en allant, pour la plupart, jusqu'à l'introduction d'une insulinothérapie basale. Un MG précisait cependant *« qu'il faut que ce soit dans de bonnes conditions. Que ce soit des patients où je sais que cela va être sérieux, que ça sera suivi correctement. »* (MG6)

#### **4. Prise en charge globale**

À la question de savoir s'ils faisaient des consultations dédiées au diabète, les MG opposaient une prise en charge globale.

*« Non, ah non ! Non les diabétiques viennent me voir mais ce n'est pas une consultation spécifique. »* (MG3)

*« Non, car ça fait partie de la consultation de la médecine générale. Il n'y a pas forcément que le diabète tout seul, généralement il est compliqué donc il y a d'autres choses à régler. »* (MG4)

*« Non c'est un petit peu à chaque fois, à chaque consultation (...) »* (MG12)

Cependant, selon les circonstances, certains MG mentionnaient faire des consultations spécifiques pour le diabète. C'est le cas pour l'un des médecins lors de la prise en charge de troubles trophiques ou pour un autre pour expliquer les RHD. Un médecin confiait faire une consultation annuelle pour organiser les examens complémentaires.

Pour la plupart, ce sont *« des consultations dédiées au diabète mais dans une prise en charge globale »* (MG9).

#### **5. Éducation thérapeutique**

Les MG rapportaient ne pas faire d'ETP principalement par manque de temps. Ils faisaient appel aux DTO, aux infirmières pour le maniement du matériel lors de l'insulinothérapie, aux diététiciennes et ce parfois lors d'une hospitalisation de jour.

Cependant, ils abordaient plus fréquemment le thème de la diététique lors des consultations sans considérer cette démarche comme de l'ETP, mais plutôt comme de l'information donnée au patient.

*« C'est dans le cadre de la consultation globale (...) Je donne des conseils, je peux remettre des fiches que j'ai des différents labos (...) mais je ne pense pas qu'on puisse appeler cela vraiment de l'éducation. » (MG10)*

Un médecin reconnaissait ne pas faire de *« séances d'ETP pure car c'est quelque chose d'assez spécifique » (MG7).*

## **II. Thème n°2 : Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2**

Globalement, les MG révélaient avoir fréquemment des difficultés dans la prise en charge, voir systématiquement pour certains: *« Oui, tout le temps » (MG9).*

Les difficultés les plus souvent évoquées étaient liées aux patients. Mais les MG présentaient également des difficultés avec l'organisation de la prise en charge et avec la thérapeutique.

### **A. Difficultés liées aux patients**

Les MG confiaient avoir des difficultés avec l'adhésion des patients à leur prise en charge. *« La plus grande difficulté c'est l'adhésion du patient; c'est ça; l'adhésion du patient à la gravité de sa maladie et son implication. » (MG3)*

Ces difficultés intervenaient à plusieurs niveaux :

#### **1. Maladie asymptomatique**

Un des principaux obstacles évoqué par les MG est l'adhésion des patients à la prise en charge du fait de l'absence de symptômes. Cela rendait plus abstrait la compréhension de la gravité potentielle de leur maladie.

« Le diabète pose un problème tout simple, c'est que c'est complètement insensible et que les gens ne pensent pas que cela puisse être une maladie potentiellement grave. » (MG3)

« Le diabète est une maladie qui n'a pas de symptômes et donc on demande à des patients qui n'ont pas de symptômes de se projeter dans l'avenir en disant si vous n'en avez pas maintenant, un jour vous en aurez. » (MG11)

## **2. Adhésion des patients**

### **a. Aux règles hygiéno-diététiques**

Les MG rapportaient une tendance à la sédentarité et des difficultés à suivre des RHD. Un MG confiait « même si ils leur proposent une éducation alimentaire plus qu'un interdit, ils vivent ça comme un interdit. Je ne peux plus manger de sucre, de gâteaux ... Je ne peux plus. Voilà c'est leur problème, je ne peux plus manger de frites » (MG3) et un autre « j'ai des difficultés avec les patients parce que les RHD c'est pas forcément facile à faire suivre » (MG13).

Notons que les MG parlaient le plus souvent d'éducation, d'équilibre alimentaire que de régime.

### **b. À la réalisation des examens complémentaires**

Pour certains patients, il semblait problématique de les faire adhérer à un bilan biologique trimestriel : « J'ai certaines difficultés avec certains patients qui ne sont pas très compliants dans la régularité du suivi (...) Je vais prescrire un bilan, ils ne vont pas le faire au bout de 3 mois. Et pourtant ils ont l'ordonnance. » (MG 10)

Ou encore « la difficulté c'est d'essayer de le faire adhérer à un suivi plus régulier. Ne serait-ce que faire sa prise de sang plus d'une fois par an, pour certains c'est déjà un objectif » (MG3).

Un autre médecin préférait travailler avec un centre hospitalier devant les difficultés qu'il avait à obtenir de certains patients qu'ils prennent rendez-vous avec les spécialistes : « Pour les patients dont on arrive pas à faire prendre rendez-vous, ben ils s'en occupent » (MG7).

### c. Aux traitements

Les difficultés d'adhésion pouvaient survenir dès l'annonce de la maladie « *quand on annonce (...) qu'il va devoir prendre un traitement tous les jours, sa première réaction est de dire qu'il n'est pas d'accord (...) Je ne vais pas commencer à prendre un traitement tous les jours* » (MG6).

Les MG témoignaient également du manque d'observance thérapeutique de certains patients. « *Des gens qui prennent leurs médicaments (...) de façon assez aléatoire et capricieuse.* » (MG1)

Ils ajoutaient que cette observance n'était pas toujours reconnue : « *Ils disent qu'ils prennent tout mais en fait on se rend compte que non. Ils disent par exemple ça j'ai (...) alors que c'est des délivrances d'un mois donc on voit mal comment ils peuvent encore en avoir* » (MG7).

Les antidiabétiques oraux (ADO) étaient peu évoqués par les MG à la différence de l'insulinothérapie. La problématique était double pour les MG, lors de l'instauration du traitement avec un possible refus du patient et lors de la nécessité de l'adaptation des doses. « *Le patient qui ne fait pas ces glycémies capillaires donc il fait un peu les injections d'insuline à l'aveugle (...) il arrive à faire les glycémies capillaires sans adapter les doses d'insuline.* » (MG2)

### 3. Inertie des patients

Les MG exprimaient leur difficulté à faire prendre conscience aux patients de la gravité potentielle de la maladie. Certains soulignaient une tendance à l'inertie, allant pour quelques-uns jusqu'à la négligence de leur état de santé.

« *Il suffit qu'il se passe autre chose à côté pour que le diabète passe derrière (...) C'est pas leur priorité. Quand leur prise de sang est bien, ils sont contents sinon ben c'est pas grave ça sera mieux la prochaine fois.* » (MG12)

« *Des gens qui sont très sédentaires et qui n'ont pas envie de se bouger.* » (MG1)

« *Des gens qui ont tendance à négliger, à minimiser leurs problèmes (...) par exemple les troubles trophiques, mal perforant...* » (MG5)

Pour les MG, les patients devaient être acteurs de leur maladie et un changement de leurs comportements et habitudes était nécessaire. « *La difficulté à*

*leur faire comprendre qu'ils peuvent agir sur leur mode de vie pour améliorer le diabète. Ils ne veulent jamais changer, enfin très rarement. » (MG7)*

Les MG reconnaissaient devoir convaincre, à différents stades de l'accompagnement, leurs patients d'être compliants.

*« La difficulté c'est surtout celle de convaincre (...) qu'il faut un minimum suivre les recommandations (...) faire comprendre qu'il s'agit d'une maladie qu'on prend en charge. » (MG10)*

*« L'instauration de l'insuline, c'est difficile de les convaincre, il nous faut plusieurs mois avant de pouvoir l'instaurer. » (MG2)*

Un MG parlait de *« motiver un maximum les patients, c'est ça LE gros problème du diabète » (MG3)* et un autre de devoir trouver des *« arguments chocs » (MG4)*.

#### **4. Impact de la relation médecin – patient**

Certains MG évoquaient la relation médecin - patient comme difficulté dans la prise en charge. En parlant de RHD: *« Moi je les connais bien mes patients donc c'est toujours un peu compliqué d'être autoritaire avec eux » (MG8)*.

Un autre mentionnait la nécessité d'avoir un modèle de relation médecin – patient basé sur la coopération qui permettait l'obtention de meilleurs résultats que *« quand on est trop directif » (MG11)*.

Enfin, un MG confiait la distance nécessaire à avoir face à certains patients dont l'accompagnement était rendu difficile par la mauvaise participation de ces derniers. *« Il y a des patients qui sont spécialistes pour nous mettre en échec (...) On peut avoir une escalade thérapeutique sans avoir aucun résultat si il n'a pas compris que c'est lui qui doit changer. Et depuis ça va nettement mieux (...) quand ça ne marche pas, je me dis que c'est pas de ma faute. » (MG11)*

#### **B. Difficultés liées à la prise en charge thérapeutique**

Un médecin interviewé disait ne pas ressentir de difficultés particulières avec le traitement. Pour les autres, elles pouvaient être de plusieurs ordres :

## 1. Choix de la molécule

Un MG évoquait être dans un « *dilemme entre les sulfamides et les gliptines (...) les recommandations disent « mettez des sulfamides », parce que c'est moins cher ou parce que c'est plus efficace ?* » (MG2).

L'argument des recommandations était également avancé par un autre médecin qui était réticent à la prescription de gliptines : « *il n'y a que la metformine qui a été reconnue efficace sur la morbi-mortalité* » (MG13).

La complexité du choix concernait également les traitements injectables : « *je suis un peu en difficulté par rapport au choix de la molécule. (...) Ils sont déjà à une bithérapie et on passe soit à de l'insuline soit à d'autres molécules comme le Victoza® ou autre* » (MG10).

## 2. Adaptation thérapeutique aux complications

« *Les gens sont en insuffisance rénale... qu'est-ce qu'on fait avec le traitement?* » (MG4)

« *Là où ça peut être compliqué à mon niveau, c'est quand il commence à y avoir une insuffisance rénale qui s'avère sévère.* » (MG9)

## 3. Insulinothérapie

Au-delà d'essayer de convaincre le patient, ou de choisir entre deux traitements injectables, certains MG témoignaient de la difficulté d'instaurer une insulinothérapie.

« *Est-ce qu'on démarre avec telle insuline avec 15-16 unités (...) ou tout de suite à 40. Est-ce qu'on fait des paliers ?* » (MG4)

« *On ne sait pas comment va répondre le patient (...) il est très haut (...) va-t-il réagir tout de suite, d'emblée à quelques unités.* » (MG4)

Un MG reconnaissait ne pas instaurer d'insuline, pour les autres, ils introduisaient une insulinothérapie basale. La difficulté était lors du passage à un schéma basal-bolus qui pouvait être relié à une gestion difficile en médecine générale. « *Le diabéto (...) va demander que le patient l'appelle tous les matins quand il va mettre*

*en route une insuline pour lui donner ses chiffres (...) c'est plus contraignant, plus difficile pour nous. » (MG11)*

#### **4. Prescription de nouvelles molécules**

Certains MG exprimaient une réticence à la prescription de certaines molécules, s'appuyant sur les antécédents de retrait d'autorisation de mise sur le marché. *« J'ai tendance à être un peu prudent parce qu'on a vu beaucoup de nouvelles choses qui ont été retirées du marché, ou pour lesquelles on a vu des complications. » (MG5)*

Cette crainte pouvait être renforcée par la lecture de certaines revues scientifiques: *« Après le problème c'est que je suis un lecteur de la revue Prescrire. Et ça pose des questions, surtout après le scandale du Mediator®. » (MG13)*

D'autres rapportaient le manque de recul pour certaines spécialités:

*« Après dans les nouvelles molécules, il y en a qui sont contestées et donc je ne les prescris pas. » (MG6)*

*« Je ne suis pas beaucoup gliptines. J'adhère pas forcément à ces traitements-là. » (MG13)*

#### **5. Inertie thérapeutique des médecins généralistes**

Cette situation de difficulté thérapeutique pouvait conduire certains MG à une absence d'intensification thérapeutique. Cette inertie n'était pas toujours consciente. Ainsi, un MG confiait avoir eu cette attitude avant de faire des formations :

*« J'avais toujours de bonnes raisons d'attendre pour augmenter les traitements en disant bon ça va peut-être s'arranger (...) et on s'aperçoit qu'avec cette attitude-là on peut avoir des patients déséquilibrés pendant de longues années (...) On peut se remettre en cause, c'est aussi parce qu'on ne change pas les traitements assez rapidement. » (MG11)*

Cette inertie pouvait être liée à un désaccord avec le DTO sur les taux d'HbA1C: *« Si on augmente votre traitement, vous allez avoir tous les effets secondaires des médicaments; on prend énormément plus de risque à augmenter votre traitement » (MG6).*

Pour un MG, elle était justifiée un temps par les réticences du patient concernant le passage à une insulinothérapie : *« Des fois, c'est vrai qu'on laisse un peu échapper l'HbA1C en disant si la prochaine fois elle est à tel point, on va mettre l'insuline... on essaye de les préparer, c'est pas facile à les faire accepter » (MG2).*

### C. Difficultés organisationnelles

La majorité des MG, confiait que la prise en charge de patients diabétiques était chronophage.

Cette difficulté pouvait survenir pour un MG lors de la réalisation de l'examen clinique:

*« Le diabète (...) prend du temps. (...) La recherche de neuropathie diabétique je ne le fais pas systématiquement. Si j'ai du temps ou des signes d'appel. (...) L'examen des pieds, je vais dire c'est peut-être une fois par an (...) L'examen neuro je ne le fais pas systématiquement. » (MG10)*

L'organisation des examens complémentaires et des consultations spécialisées était source de difficultés pour un MG qui confiait faire appel à l'hospitalisation de jour *« pour ne pas multiplier les courriers, les bons de transports, enfin tout ce qui pourrait nous faire perdre beaucoup de temps » (MG4).*

Un autre MG évoquait la complexité de mettre en place une insulinothérapie par manque de temps pour rappeler le patient afin de vérifier les taux de glycémie capillaire.

L'ETP était jugée insuffisamment pratiquée par les MG par manque de temps:

*« Faire de l'ETP ça prend énormément de temps. » (MG13)*

*« On n'a pas toujours le temps de faire de l'ETP au cabinet, on en fait un peu mais c'est quelques fois malheureusement vite fait. » (MG9)*

Enfin, un MG à la question de savoir si il avait fait des formations en diabétologie évoquait une contrainte de temps qui ne le lui permettait pas.

Pour un médecin interviewé, une difficulté s'inscrivait dans l'organisation annuelle des examens complémentaires :

« J'essaie de leur dire que tous les ans il y aura un fond d'œil, comme ça ils me le rappellent mais j'ai des difficultés (...) Par exemple, les examens censés être annuels (...) moi je n'y pense pas forcément. » (MG10)

Un autre MG se servait de son logiciel médical comme aide aux rappels des différents examens du suivi.

### **III. Thème n°3 : Motifs de recours au diabétologue et freins à l'adressage**

#### **A. Circonstances de recours des médecins généralistes au diabétologue**

Les motifs de recours au DTO sont multiples :

##### **1. Reformulation du message éducatif**

« Lorsqu'on pense qu'on a besoin d'un appui supplémentaire lorsqu'on veut insister sur certains points. » (MG5)

« Un renforcement (...) de la sensation du patient que c'est une maladie grave. (...) Pour lui faire comprendre qu'une HbA1C à 8,5 en permanence à 50 ans c'est pas forcément bon. » (MG3)

Un MG souhaitait que la consultation avec le DTO fasse office « d'électrochoc à mon patient » (MG9) ou encore un autre considérait qu'une consultation pouvait permettre « d'acter le fait qu'on passe une étape » (MG11).

##### **2. Relancer l'adhésion du patient à sa prise en charge**

Les MG parlaient de « redynamisation (...) devant un patient qui ne change pas trop ses habitudes » (MG11) mais également de « remotiver et revoir des choses qu'on a déjà dit mais par quelqu'un d'autre » (MG10).

### 3. Prise en charge nutritionnelle

### 4. Déséquilibre du diabète / objectif HbA1C non atteint

L'ensemble des MG adressait leurs patients quand ils jugeaient le diabète déséquilibré.

Certains MG se fixaient un seuil d'HbA1C à l'adressage : « *Je vous parle des gens qui ont une HbA1C à 8 – 8,5 – 9%* » (MG1).

Pour les MG8 et MG12 le seuil était de 9% avec parfois une variante de durée:

« *C'est vrai que si au bout de 6 – 9 mois je suis toujours au-dessus de 9%, je vais adresser directement. Sinon quand on est en dessous de 9 je sais que je peux m'améliorer avec les traitements.* » (MG12)

### 5. Gestion des complications, comorbidités

Les troubles trophiques et les complications rénales du diabète sont évoqués comme motifs d'adressage au DTO.

### 6. Prise en charge thérapeutique

Concernant le traitement, les MG confiaient avoir recours au DTO pour diverses raisons. Les MG adressaient leurs patients lorsqu'ils se trouvaient dans une impasse thérapeutique : « *Parfois quand je suis bloqué au niveau des traitements et des idées, c'est d'avoir une nouvelle idée* » (MG13). Ou lorsqu'ils avaient un doute sur le choix de la molécule : « *Avant comme on n'avait pas trop le choix je faisais le relais avec l'insuline, mais maintenant avec les autres traitements, je ne le fais pas systématiquement* » (MG10).

Les MG recouraient également au DTO pour avoir une optimisation du traitement en place ou une adaptation thérapeutique notamment lors d'une complication rénale ou « *quand on est dans l'insulinothérapie pour avoir un schéma adapté au patient* » (MG2).

Les MG confiaient faire appel au DTO lors de difficultés dès une bi ou trithérapie et systématiquement si le patient avait besoin d'une insulinothérapie type basal-bolus.

C'était également le cas pour la gestion d'effets secondaires thérapeutiques ou d'interactions médicamenteuses « *quand parfois on est coincé et qu'on se dit qu'est-ce qu'on va faire des interactions, des interférences* » (MG5).

Enfin, certains MG préféraient confier leurs patients pour la mise en route de traitements plus récents :

« *Après pour les derniers traitements j'aurais plutôt tendance à demander l'avis avant de les instaurer moi-même.* » (MG4)

## **7. Expertise du diabétologue**

Elle était souhaitée dans le cadre de la prise en charge thérapeutique :

« *Quelquefois on a besoin de l'expertise de nos confrères DTO qui peuvent être quelquefois plus subtils que nous.* » (MG1)

« *Est-ce que on démarre à autant? Ils ont plus l'habitude de manier les insulines que nous et de savoir le niveau de réponse du patient.* » (MG4)

## **8. Réassurance concernant la prise en charge des médecins généralistes**

« *Avoir une confirmation que le traitement est correct.* » (MG11)

« *D'avoir un appui par rapport à ce que j'ai pu dire au patient. D'avoir une confirmation du diabète.* » (MG13)

## **9. Pour faciliter l'accès aux examens complémentaires**

Notamment concernant les DTO hospitaliers.

## **10. En dernier recours**

Certains MG faisaient appel au DTO « *quand on a utilisé toutes les armes thérapeutiques dont on dispose et qu'on se rend compte que malgré tout ça ne va pas* » (MG5).

## **B. Absence ou recours peu fréquents au diabétologue**

Un MG rapportait avoir recours au DTO surtout pour les patients qui avaient déjà un suivi.

*« C'est souvent que l'habitude a été prise avant que moi j'intervienne (...) des gens qui avaient l'habitude de voir un endocrino avant sinon moi je n'envoie pas forcément. » (MG13)*

Un autre confiait faire appel au DTO pour des pathologies moins fréquentes en médecine générale que le diabète.

## **C. Freins au recours des médecins généralistes au diabétologue**

Les MG évoquaient différents freins liés aux patients :

### **1. Éloignement du lieu de consultation du domicile du patient**

La proximité était un argument dans le choix du DTO notamment pour les personnes âgées et pour les patients n'ayant pas de moyen de locomotion.

### **2. Arguments financiers**

*« En ville, c'est un peu plus compliqué parce qu'ils font des dépassements d'honoraires et la patientèle dont je m'occupe, ça ne le fait pas avec les dépassements d'honoraires. » (MG7)*

### **3. Représentation négative de la spécialité de diabétologie par les patients**

Quelques MG confiaient que certains patients refusaient la consultation avec le spécialiste soit par mécontentement avec le DTO, ce qui pouvait arriver avec tous les professionnels de santé, soit par refus du changement que pourrait apporter le suivi par le DTO.

*« Quand j'ai des retours négatifs, ce sont des freins essentiellement aux changements. (...) La contrainte d'aller voir un diabéto, les patients vont dire de toute*

*façon il ne va pas faire mieux que vous. C'est surtout parce qu'ils n'ont pas très envie de changer leurs habitudes. » (MG11)*

*« Le diabéto tient un discours qui ne leur convient pas (...) On leur dit des vérités qu'ils ne veulent pas entendre et ils n'y vont pas. » (MG13)*

Les freins évoquaient par les MG pouvaient également être dus à une collaboration interprofessionnelle négative.

**4. Méésentente professionnelle** pour un des MG sur l'aspect plus ou moins directif de l'accompagnement des patients : *« J'avais juste un problème avec un médecin, il était tellement carré c'était une catastrophe. Ça ne sert à rien d'engueuler les patients. » (MG11)*

**5. Désaccords thérapeutiques** concernant *« la prescription de certains traitements qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité au niveau de la morbi-mortalité, qui sont parfois instaurés avec des risques en particulier de pancréatite ou autre » (MG13).*

**6. Le suivi ultérieur par le diabétologue** était abordé par un médecin généraliste : *« On ne les suit pas, ils vont tous les 3 mois voir l'endoc (...) l'HbA1C on ne la connaît pas forcément car c'est l'endocrino qui prescrit et ça je trouve que c'est gênant » (MG10).*

Enfin, les délais de consultations semblaient être problématique pour 5 des médecins interviewés où l'un évoquait se sentir en difficulté *« quand je sais que j'ai 4 à 6 mois d'attente et que je dois gérer entre temps, anticiper les problèmes » (MG2).*

## IV. Thème n°4 : Collaboration interprofessionnelle

### A. Définition de la collaboration interprofessionnelle par les médecins généralistes

Les MG donnaient des définitions variées de la collaboration interprofessionnelle :

« C'est un échange professionnel entre des confrères de spécialités différentes, chacun avec ses compétences, c'est une sorte de réseau que chaque médecin devrait avoir. » (MG2)

« Il s'agit d'un partage de connaissance (...) un travail d'équipe (...) il faut qu'on est le sentiment que le médecin généraliste soit complètement intégré dans la prise en charge. » (MG11)

« Pour moi la collaboration c'est l'échange dans les deux sens et pas uniquement par courrier. » (MG4)

« L'idéal de la collaboration interprofessionnelle c'est une bonne entente entre confrères. Après cela peut être aussi : j'envoie des patients avec une question, j'ai une réponse, j'ai une solution aux problèmes de mes patients. » (MG2)

### B. Perception positive des médecins généralistes de la collaboration interprofessionnelle

Relatant l'aspect positif de la collaboration interprofessionnelle, certains MG évoquaient les notions de partenariat, de complémentarité et de partage de compétences.

Pour un MG, cette collaboration « est une nécessité absolue » (MG11).

Deux MG exprimaient que la relation de confiance interprofessionnelle qu'ils entretenaient avec le DTO permettait une meilleure prise en charge des patients :

« On se connaît très bien et il y a une confiance réciproque. » (MG11)

« Il nous fait assez confiance aussi pour savoir qu'on va respecter ce qu'il nous dit de faire, qu'on va pas faire quelque chose à côté. » (MG12)

Les médecins interviewés faisaient part de leurs expériences positives de leur collaboration interprofessionnelle permettant notamment de:

### **1. Gagner du temps dans la prise en charge**

*« Le spécialiste peut aussi passer un petit coup de fil en disant je vais vous envoyer un courrier plus tard, mais il serait bien de faire ci (...) pour gagner du temps. » (MG4)*

*« Quand c'est vraiment compliqué, j'appelle directement et il me dit quoi faire directement par téléphone, on gagne du temps. » (MG12)*

Ce gain de temps pouvait aussi se traduire par la prise d'avis téléphoniques devant le patient pour permettre une prise en charge plus rapide par le DTO *« car il y a beaucoup de délais pour des rendez-vous spécialisés ou pour des hospitalisations programmées » (MG4).*

### **2. Désengorger les services d'urgences et maintenir le plus possible à domicile les patients**

*« C'est intéressant pour ne pas mobiliser un service d'urgence, après on peut aussi botter en touche et dire bon aller hop vous allez aux urgences et ils se débrouilleront là-bas. Mais ça serait bien de maintenir la personne à domicile aussi et d'avoir le diabéto et de dire «Qu'est-ce que vous en pensez?» (MG4)*

### **3. Se perfectionner via la conduite à tenir du diabétologue**

*« On reçoit un courrier pour voir ce qui a changé et voir aussi ce qu'on aurait pu faire sans passer par le spécialiste. » (MG12)*

## **C. Perception négative des médecins généralistes de la collaboration interprofessionnelle**

Comme vu précédemment dans les freins au recours aux DTO, certains désaccords entre ces derniers et MG étaient perçus comme des expériences

négatives de collaboration interprofessionnelle. Parmi ces désaccords étaient évoqués:

- La prise en charge thérapeutique et le choix de la molécule :  
« *Il y en a un qui a tendance à mettre beaucoup de gliptines et moi je n'adhère pas à ces traitements-là.* » (MG13)
- Les objectifs HbA1C :  
« *Pour les diabéto, vous avez une HbA1C à 7 – 8% c'est une catastrophe (...) et moi je leur dis non c'est bien vu votre âge, votre poids, la façon dont vous mangez ; c'est bien.* » (MG6)
- L'intensification thérapeutique et la gestion des effets secondaires qui pour un seul MG étaient liées aux traitements instaurés par le DTO sans suivi ultérieur lors de l'apparition d'effets indésirables.

Cette perception négative pouvait s'illustrer avec la notion de captation de patients avec suivi ultérieur par le DTO. Un MG évoquait le risque de perdre de vue le fait que les patients soient diabétiques lors d'une consultation pour un autre motif :  
« *Car du coup on les voit pour un autre problème ou pour une infection quelconque et on ne sait pas trop où ils en sont.* » (MG10)

Une collaboration interprofessionnelle délétère pouvait également être due aux patients. En effet, certains MG évoquaient la mise en compétition par les patients du DTO et du MG avec une notion de supériorité de l'un sur l'autre.

À propos d'un désaccord thérapeutique, un MG confiait :

« *J'essaie de leur expliquer ce que j'aurais fait (...) Il y a des patients qui disent « c'est bon je vous écoute vous » et d'autres « et bien si il est spécialiste c'est qu'il connaît son boulot ». Et du coup, la supériorité du côté du spécialiste est un peu difficile à gérer.* » (MG13)

Les expériences négatives de collaboration interprofessionnelle pouvaient être en lien avec une mauvaise communication interprofessionnelle ou une communication inadaptée. Un MG révélait :

« *J'ai faxé un courrier en expliquant les symptômes, une copie de la biologie en demandant que faire. Et j'ai eu une réponse dans les huit jours. Et à chaque fois c'est pareil. Donc ce type d'échange-là, ça peut être intéressant (ironie).* » (MG4)

L'absence de retour de consultation ou un retour tardif après avoir revu le patient étaient également incriminés, le patient ne sachant pas toujours expliquer les changements effectués par le DTO.

La communication interprofessionnelle pouvait être plus compliquée quand elle n'était pas directe. Le secrétariat était perçu comme « *une barrière* » par un des MG qui confiait également : « *C'est bien d'avoir un secrétariat qui tri, ça soulage peut-être le spécialiste des appels inopportuns mais euh ... il faut rester joignable.* » (MG2)

La collaboration interprofessionnelle pouvait être perçue comme subie par les MG quand le DTO prescrivait directement le traitement à l'issue de sa consultation. Un MG évoquait également les complications que cela pouvait engendrer si le spécialiste quel qu'il soit ne gardait pas une vision globale de la prise en charge :

« *Ce que j'attends c'est plutôt un avis (...) et pas forcément que les spécialistes instaurent sans forcément proposer, demander et attendre que ce soit le MG qui prenne en charge. Et du coup, on peut se retrouver avec certains bugs car ils n'ont pas la notion qu'il y a un autre problème.* » (MG13)

Enfin, la méconnaissance de la spécialité de diabétologie par les MG pouvait être à l'origine d'une collaboration interprofessionnelle non optimale.

Certains MG évoquaient des doutes sur la valeur ajoutée des DTO.

À la question de savoir quelle était la place de chacun dans la prise en charge un MG répondait :

« *Je ne sais pas. Je pense qu'on fait à peu près le même métier dans cette pathologie-là (...) En plus les résultats obtenus ne sont pas meilleurs par un spécialiste que par un MG. Souvent on ne trouve pas de résultats meilleurs.* » (MG6)

On ne retrouvait donc pas de notion de collaboration interprofessionnelle mais une comparaison des compétences professionnelles de chacun.

Cette mise en compétition était relatée par deux MG du fait de l'absence d'actes techniques qu'ils attribuaient aux DTO. D'autres spécialités étaient englobées dans ces propos telles que la pédiatrie et la gynécologie médicale.

## D. Communication interprofessionnelle

Les MG rapportaient communiquer avec les DTO essentiellement par courrier. Certains MG préféraient toutefois pour les situations plus urgentes joindre directement par téléphone les DTO afin d'avoir rapidement une conduite à tenir pour le patient ou lui permettre d'être vu rapidement par le DTO.

Pour ces situations, un des MG expliquait même préférer rencontrer directement le DTO.

Le fax était peu évoqué et il était souvent associé à une perte de temps dans la communication interprofessionnelle, transitant par le secrétariat ce qui ne garantissait pas toujours un délai de réponse optimal.

Le contenu du courrier comportait généralement le motif de la demande de consultation ; le MG confiait parfois son hésitation thérapeutique.

Un des MG rapportait toutefois faire un courrier uniquement « *si j'ai quelque chose de spécial à dire* » (MG6).

Concernant les retours de consultation du DTO, plusieurs situations étaient possibles.

L'absence de retour n'était pas constatée par les MG à la différence d'autres spécialités comme les ophtalmologistes qui suivaient conjointement les patients diabétiques.

Les retours se faisaient essentiellement par courrier, acheminés par la poste ou confiés par le DTO au patient. Le problème dans ce dernier cas était l'oubli possible de ce courrier par le patient lors de la consultation suivante avec le MG.

Les délais de retour pouvaient poser problème si le patient était revu sans que le courrier ne soit parvenu au MG.

Pour certaines situations, les DTO appelaient directement les MG pour les informer des changements thérapeutiques, ce qui était perçu par les MG comme un gain de temps.

La messagerie sécurisée informatisée était peu utilisée par les correspondants.

## E. Attentes des médecins généralistes du diabétologue

Outre qu'ils répondent aux motifs d'adressage des MG détaillés plus haut, les MG souhaitaient surtout que le DTO pallie à leurs limites et apporte des solutions pour le patient :

*« Moi j'attends surtout une réponse technique de la part de quelqu'un qui va m'apporter une solution pour un problème sur lequel je sèche. » (MG5)*

*« Je l'envoie chez le diabéto qui n'a même pas changé son traitement, ni proposer une hospitalisation pour évaluer ses besoins. J'ai été fort déçu, mon problème n'a pas été résolu. » (MG2)*

Une des attentes les plus partagées par les MG était que le DTO soit joignable facilement.

La préférence se portait sur une proposition de prescription du DTO sans prescription à l'issue de sa consultation.

Les MG attendaient un courrier explicatif idéalement reçu avant de revoir le patient, et ce peu importe le mode d'acheminement.

*« Les courriers sont assez rapides (...) ils sont assez clairs sur ce qui a été fait. Et c'est ce qu'on attend, que ce soit clair sur la conduite à tenir. » (MG13)*

## F. Constitution du réseau de soins informel

Deux tendances se dégagent : le choix de la proximité et celui d'un DTO hospitalier.

### 1. Constitution du réseau de soins informel par les médecins généralistes

Certains MG confiaient ne pas avoir de partenaires DTO dans leur réseau de soins informels :

*« J'envoie en milieu hospitalier donc l'endocrinologue est assez anonyme pour moi, surtout que quelquefois il change (...) Donc non, je n'ai pas de réseau en endocrinologie. » (MG6)*

Seul un MG ne conseillait pas ses patients dans le choix d'un DTO :

« C'est pour le patient, pas pour moi. Je ne vais pas leur dire allez voir plutôt tel confrère parce que je le connais, c'est pas du tout mon style, c'est où il veut aller. »

(MG3)

La plupart des MG conseillaient leurs patients. Dans ces cas, la proximité du domicile du patient était un critère majeur pour le choix.

Les MG qui avaient un réseau de soins avaient pu le constituer de différentes façons:

- Pendant les études médicales

« La plupart, je les ai connu pendant mon internat à l'hôpital. » (MG8)

« Vous avez été interne aussi (...) Tout de suite ça donne une liste de partenaires. »

(MG1)

- Lors de rencontres pendant les formations professionnelles
- Au fil des courriers échangés
- Selon les retours donnés par les patients
- Par amitié

Les MG soulignaient également ne pas avoir le choix dans la constitution de leur réseau de soins en raison de l'offre en diabétologie jugée limitée, surtout en secteur libéral.

## 2. Choix d'un diabétologue hospitalier

Les MG faisaient souvent le choix d'un DTO hospitalier. Ce choix était lié d'une part à une offre de soins plus importante qu'en libéral et d'autre part à la possibilité de réaliser un bilan plus complet pour les patients. L'accès aux autres spécialités était jugé plus facile ainsi que la possibilité de faire le point en hospitalisation de jour pour les patients les plus complexes.

Un des MG considérait faire appel aux DTO quand il jugeait qu'une hospitalisation proche serait nécessaire d'où son choix d'adresser préférentiellement ses patients à l'hôpital.

Enfin, un des MG évoquait que l'absence de dépassement d'honoraires en secteur hospitalier motivait ce choix.

Les MG interviewés ne faisaient pas appel au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, préférant les centres hospitaliers de proximité. Un MG

trouvait que le CHRU était moins accessible et inadéquat pour les cas les moins complexes.

### **G. Médecins généralistes et réseaux de soins formels**

Seul un MG interviewé faisait partie d'un réseau de santé. Un autre avait déjà fait appel à un réseau dans le cadre d'un précédent lieu d'activité professionnelle. Ils confiaient en avoir une perception positive notamment pour la réalisation d'ETP jugée chronophage en médecine générale:

*« Nous on a de la chance (...) c'est vraiment un réseau qui nous aide beaucoup (...) on n'a pas toujours le temps de faire de l'ETP au cabinet. » (MG9)*

*« Il y a vraiment une structure adaptée à de l'ETP, faire de l'ETP ça prend énormément de temps. Et là on avait la prise en charge diététique, des cours de cuisine, la réalisation de recettes (...) de l'éducation physique. » (MG13)*

Un des médecins confiait ne pas ressentir la nécessité d'un réseau de soins. Enfin, certains MG avaient une perception négative des réseaux de soins qui étaient jugés hospitalo-centrés sans place laissée aux MG :

*« Je m'en méfie comme de la peste parce que tous les projets qui nous sont présentés sont toujours des projets hospitalo-hospitaliers. » (MG11)*

*« Justement dans un partage de compétences, la difficulté pour le MG c'est que quand il rentre dans un réseau comme ça il se sent complètement squeezé dans la prise en charge du patient. Et dans certains projets, il n'est plus que là pour renouveler les ordonnances. » (MG11)*

Certains MG exprimaient leurs critiques concernant le dispositif Sophia qui était jugé « sans intérêt » (MG13, MG11) et dont ils n'avaient jamais de retour.

Pour aller plus loin, un MG confiait :

*« Je suis carrément contre (...) c'est quelque chose de supplémentaire par rapport à nous (...) et on a l'impression qu'il y a quelqu'un qui passe derrière nous pour vérifier notre travail (...) quand on parle de trou de la sécu et qu'on rajoute un service qui ne sert pas à grand-chose. Moi je leur dis carrément de ne pas remplir les papiers. » (MG11)*

## H. Réflexions des médecins généralistes sur la place respective des médecins généralistes et des diabétologues dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2

Le DT2 était perçu par l'ensemble des MG comme une pathologie de médecine générale.

Ces derniers estimaient avoir une formation initiale suffisante pour prendre en charge « les diabètes débutants » (MG2-MG9).

Les MG se positionnaient en premier recours concernant cette pathologie :

« On est vraiment les soins primaires (...) nous faisons les premières prescriptions, le suivi. Donc logiquement les diabétiques classiques, simples, où les patients sont compliants, on peut tout gérer sans problème. » (MG12)

Était évoqué le fait d'être en « premier ligne » (MG4) et d'être « le premier intervenant » (MG05).

Les MG estimaient que le DTO devait intervenir en second recours; essentiellement quand le MG présentait des difficultés à prendre en charge le patient du fait de la complexité thérapeutique, de la présence de complications ou de comorbidités.

« Je trouve que l'endocrino a été formé pour gérer les problèmes plus spécialisés, par exemple une VAC-thérapie sur un pied, une ostéite ou l'instauration d'une insulinothérapie basal-balus, c'est plus délicat de le faire en ville. » (MG2)

L'intervention du DTO était globalement souhaitée ponctuelle avec poursuite du suivi, conjointement si nécessaire.

L'intervention en second recours pour les patients les plus complexes et non pour l'ensemble des patients diabétiques permettait de préserver l'offre de soins en diabétologie.

Un MG évoquait :

« Nous gérons le quotidien. Les spécialistes ne pourront jamais gérer le quotidien de tous les diabétiques du monde. Je pense que nous sommes capables de le faire et de le voir avec un peu de distance. » (MG11)

## V. Thème n°5 : Propositions d'amélioration

Un des MG évoquait l'absence de formation à la collaboration interprofessionnelle durant les études médicales :

*« C'est un métier où on n'a pas été formé à la collaboration interprofessionnelle et où on nous dit tu dois guérir ton patient, tu dois le soigner. Tu décides et il applique. (...) il faut savoir aller chercher la compétence là où elle est. » (MG11)*

Lors de la vie professionnelle, l'échange avec les DTO, via des formations notamment, permettrait l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

Cette amélioration était jugée liée à celle de la communication interprofessionnelle. Les MG proposaient:

- L'amélioration de la qualité des courriers d'adressage des MG et ceux de retour des DTO :
  - « Le spécialiste faut le voir comme une aide, un support, et essayer de lui apporter un maximum d'informations possible. Faire des bons courriers. J'ai déjà vu pour être passé comme vous dans les hôpitaux, il y a parfois des lettres de médecins traitants qui sont franchement en deux lignes. » (MG5)*
  - « On peut toujours améliorer la fréquence du courrier et son contenu. Certains confrères sont très didactiques très bien organisés et très efficaces dans la façon de gérer et dans un délai rapide, d'autres un peu moins. » (MG3)*
- L'amélioration du délai des courriers notamment en généralisant la messagerie médicale sécurisée.
- Les MG souhaitaient également avoir une meilleure communication interprofessionnelle directe avec le DTO. Une option proposée était celle d'une ligne téléphonique dédiée au diabète afin de *« permettre une réponse rapide durant la consultation avec le patient » (MG5).*
  - « Si on pouvait avoir accès, facilement au téléphone, à un DTO qui serait dédié à ça (...) qu'on puisse joindre facilement sans le déranger. » (MG4)*

Un MG donnait l'exemple de la Hop'line du CHRU de Lille pour d'autres spécialités.

Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle, d'autres pistes étaient proposées :

- Redéfinir la place de chaque spécialiste notamment concernant la prescription.
- Redéfinir la place des MG dans les réseaux de soins formels, « *il faut que le MG (...) soit complètement intégré dans la prise en charge* » (MG11).
- Optimiser les conditions d'exercice en médecine générale. Un MG parlait de la télémédecine dans le cadre de la télé-expertise :  
« *On aura peut-être un jour les consultations partagées, les conférences où il y aura le spécialiste (...) les visioconférences.* » (MG1)  
Un autre MG évoquait les maisons médicales pluri professionnelles.

Plus globalement, les MG proposaient :

- Améliorer la prise en charge commune avec les DTO en partageant les mêmes objectifs pour le patient.  
« *C'est bien de cibler des objectifs communs. On a intérêt à parler le même langage. Le patient qui sent que le généraliste et le spécialiste vont dans le même sens et disent les mêmes choses, va mieux adhérer.* » (MG11)
- Améliorer l'offre de soins en diabétologie. Les MG évoquaient le nombre de consultations hospitalières mais aussi les consultations d'ETP.
- Optimiser la prise en charge globale du diabète via les hospitalisations de jour.

Pour un MG, des formations pour les professionnels de santé restaient nécessaires pour améliorer les pratiques professionnelles.

Un MG évoquait la nécessité de renforcer leur investissement dans la prise en charge :

*« Il faut que le médecin traitant soit bien impliqué dans cette prise en charge, et c'est pas toujours le cas. On entend parfois (...) si mon patient a une hémoglobine glyquée à 8, je ne le fais pas suer. » (MG11)*

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux

Cette enquête qualitative a permis de recueillir les perceptions des MG sur leur collaboration interprofessionnelle actuelle avec les DTO dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 dans le département du Nord.

Les MG proposaient des définitions variées de la collaboration interprofessionnelle parlant de travail d'équipe, de complémentarité, de partage de connaissances. Certains en donnaient une définition plus pragmatique, la considérant comme un moyen d'avoir une solution à un problème donné.

Les MG ont partagé leurs expériences de collaboration interprofessionnelle qui appartient à leur exercice quotidien.

Ils considéraient la collaboration interprofessionnelle positive quand elle permettait d'optimiser la prise en charge des patients. Certains pensaient acquérir une certaine expérience au fil des conduites à tenir données par le DTO.

Des expériences de collaboration se sont révélées plus négatives notamment quand les MG présentaient des désaccords avec les DTO ou lorsque la prise en charge ultérieure était faite uniquement par ces derniers. Des difficultés pouvaient apparaître lorsque le DTO prescrivait directement les changements thérapeutiques à l'issue de sa consultation.

Une collaboration interprofessionnelle négative pouvait être secondaire à une mise en compétition des MG et DTO par le patient mais également à une méconnaissance de la spécialité de diabétologie par les MG ou à des difficultés de communication.

La collaboration interprofessionnelle était tributaire des réseaux de soins des MG.

Dans le cas du réseau de soins informel, les MG soulignaient sa nécessité et l'importance d'une confiance interprofessionnelle. Les méthodes de constitution du réseau étaient multiples mais les MG privilégiaient la proximité.

Ils faisaient le choix d'un DTO hospitalier devant l'offre de soins plus restreinte en libéral. Ce choix offrait une meilleure prise en charge globale avec l'accès jugé plus facile aux autres spécialistes et la possibilité d'un bilan en hospitalisation de jour.

Concernant les réseaux de soins formels, les avis étaient plus partagés. Certains voyaient un intérêt majeur notamment dans le cadre de l'ETP dont la réalisation en médecine générale était jugée chronophage. D'autres n'en ressentaient pas la nécessité ou les jugeaient hospitalo-centrés sans place laissée aux MG.

Les MG se positionnaient en premier recours dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Selon eux, les DTO intervenaient en second recours en cas de difficulté n'ayant pas trouvé de solutions au niveau des soins primaires.

Les MG proposaient divers axes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

L'un d'eux citait le besoin d'une formation initiale à la collaboration interprofessionnelle qui serait par la suite favorisée par les échanges entre les spécialistes lors de formations professionnelles.

Les MG percevaient l'amélioration de la communication interprofessionnelle comme indispensable à celle de la collaboration. La qualité des courriers d'adressage comme de retour, le délai ou le fait d'avoir une communication directe rapide possible par téléphone étaient également évoqués.

D'autres pistes étaient proposées comme renforcer l'unité dans la prise en charge en partageant des objectifs communs avec les DTO ou comme redéfinir la place de chaque spécialiste, ainsi que celle des MG dans les réseaux de soins formels.

Plus globalement, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du diabète, les MG énonçaient la nécessité d'augmenter l'offre de soins en diabétologie, notamment pour les consultations hospitalières, les séances d'ETP et la possibilité de réaliser des hospitalisations de jour dans des structures de proximité.

Les MG considéraient le DT2 comme une pathologie de médecine générale, à la prise en charge complexe, inhérente aux maladies chroniques, qui nécessite que le patient soit acteur de sa prise en charge. Ils reconnaissaient leur formation initiale suffisante pour prendre en charge un grand nombre de patients. Les MG soulignaient

faire une prise en charge globale avec peu de consultations dédiées uniquement au DT2.

Cette étude a permis de mettre en lumière les difficultés des MG dans la prise en charge du DT2, liées pour la plupart à un défaut d'adhésion du patient mais également à la prise en charge thérapeutique ou à des difficultés organisationnelles du MG. Certains évoquaient de manière plus ou moins consciente une possible inertie des MG dans l'intensification thérapeutique.

Les motifs de recours au DTO étaient multiples, souvent motivés dès lors que le MG se sentait en difficulté. Les MG faisaient appel au DTO en cas de manque de compliance du patient, dans le but de le remotiver ou d'appuyer le message éducatif. Mais aussi lorsqu'ils jugeaient le diabète déséquilibré ou en cas de complications surtout rénales ou comorbidités associées. Tous les MG n'avaient pas un seuil d'HbA1C pour faire appel au DTO. Le MG avait recours au spécialiste lors de difficulté thérapeutique notamment dans l'intensification thérapeutique et dans le cadre de l'adaptation d'une insulinothérapie basal-bolus.

Certains MG présentaient des freins au recours du DTO. Ils pouvaient être liés au patient : éloignement du lieu de consultation de son domicile, notion de dépassements d'honoraires, représentation négative de la spécialité diabétologie par les patients.

Enfin, ces freins pouvaient être liés à une collaboration interprofessionnelle négative du fait de désaccords entre le MG et le DTO. Les délais trop longs de consultations étaient également évoqués.

## **II. Forces et limites de l'étude**

Des thèses d'exercice quantitatives ont été réalisées et se portaient généralement sur l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des diabétiques de type 2.

La collaboration interprofessionnelle a été peu étudiée en France par des méthodes qualitatives. Hors, le sujet de la collaboration interprofessionnelle, qui relève de l'exercice quotidien des MG, pouvait amener des réponses subjectives de la part des

médecins interviewés donc difficilement mesurables par des analyses quantitatives. Ainsi, le choix d'une méthode qualitative était le plus adapté. (27)

La population étudiée a été largement échantillonnée pour pouvoir explorer avec le plus de diversité possible le sujet. Les médecins interviewés furent donc des deux sexes, d'âge différents et ayant des modes d'exercices et des lieux d'exercices variés. Cela permettait d'optimiser une diversité d'opinions potentielles grâce aux différents profils amenant des expériences variées.

Nous avons sélectionné des médecins au hasard, mais concernés par la problématique du sujet à savoir la collaboration interprofessionnelle entre MG et DTO dans la prise en charge du DT2. Les médecins interviewés exerçaient la médecine générale ambulatoire.

Les entretiens furent effectués par téléphone ou au cabinet des médecins, à leur convenance, pour leur permettre une plus grande disponibilité et garantir un échange plus optimal. Les entretiens individuels semi-dirigés furent privilégiés car nous avons considéré que le sujet de la collaboration interprofessionnelle aurait pu être plus sensible à aborder en entretien de groupe, pouvant inhiber certaines réponses.

Les questions ouvertes permettaient de recueillir des idées spontanées et variées. Les nouveaux éléments révélés au fil des entretiens ont pu être intégrés grâce à un guide d'entretien évolutif.

Certains biais non intentionnels d'intervention ont été minimisés par l'enregistrement des entretiens par un dictaphone limitant l'interprétation et la mauvaise compréhension du discours des MG.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. (27) Nous avons recouru à la technique de triangulation des données qui a permis d'établir la saturation des résultats.

Un double codage a été réalisé par un deuxième interne en médecine générale permettant une triangulation des résultats afin de vérifier leur reproductibilité.

L'échantillon sélectionné a été ciblé pour répondre à la problématique permettant d'obtenir une validité externe qui consisterait à pouvoir généraliser les observations recueillies à d'autres contextes. (27)

Cependant, il demeure plusieurs biais dans cette étude.

On retrouve un biais de sélection du fait de la constitution de l'échantillon basée sur le volontariat. Les MG ayant répondu favorablement étaient à priori intéressés par ce sujet. De plus, le recrutement fut hétérogène, recherche au hasard dans l'annuaire, connaissances professionnelles, conseillées ou personnelles. Ces dernières ont pu se sentir en difficulté pour refuser de participer.

Les entretiens furent semi-dirigés. Des entretiens libres auraient pu apporter plus de réponses spontanées mais cette technique était moins accessible pour un interviewer inexpérimenté.

Cette inexpérience a pu amener des biais d'intervention lors du recueil des informations. Son attitude verbale ou non a pu orienter non intentionnellement les réponses des MG.

De plus, parmi les MG interviewés se trouvaient des connaissances professionnelles personnelles qui ont pu fournir des réponses incomplètes ou adaptées par peur notamment d'être jugés.

De rares biais de retranscription ont pu être secondaires à quelques passages enregistrés inaudibles.

Enfin, l'interviewer par souci de praticité a également retranscrit les données et participé au codage ouvert. Un manque d'objectivité a pu être possible, l'interviewer ayant ses propres expériences et perception du sujet.

### **III. Discussion des résultats**

#### **A. Thème n°1 : Prise en charge du diabète par le médecin généraliste**

Dans notre étude, peu de MG évoquaient spontanément faire une consultation d'annonce du DT2. Cependant, il aurait été intéressant d'avoir leur posture sur ce sujet en posant clairement la question durant les entretiens. Un MG confiait avoir des difficultés dans la réalisation de cette consultation d'annonce.

Une étude multinationale réalisée en 2015, IntroDIA, avait pour objectif de comprendre les difficultés rencontrées par les MG lors de l'annonce du diagnostic à des patients DT2. 60% des MG présentaient des difficultés dont un découragement

face à l'attitude des patients et une frustration due au manque de soutien et de moyen.

Plusieurs études retrouvaient que la qualité de la consultation d'annonce conditionnait la prise en charge ultérieure dont l'adhésion au traitement. 86% des MG partageaient cet avis. (28,29)

Les réactions des patients à l'annonce étaient surtout négatives et associées à un manque d'informations données par les MG. Or le MG est la première source d'informations pour le patient. Ainsi, 33% des patients suivis par un MG se montraient actifs dans leur prise en charge contre 48% de ceux suivis par un DTO qui participaient à la décision thérapeutique. (29)

Les consultations d'annonce sont bien établies dans le cadre de l'oncologie et des recommandations sont préconisées pour l'hypertension artérielle. (30) Une amélioration reste nécessaire pour les maladies chroniques dont l'une des principales difficultés reste l'adhésion du patient à sa prise en charge.

Les MG interviewés dans notre étude confiaient suivre les recommandations de l'HAS concernant la périodicité des examens complémentaires. Peu évoquaient l'examen podologique, neurovasculaire ou la recherche d'une microalbuminurie ou la demande d'une consultation dentaire.

Une étude en 2013 dressait le bilan des examens recommandés du diabète. On retrouvait la réalisation de 3 dosages d'HbA1C dans 51% des cas. Le dosage de la créatininémie était de 84% et les lipides 74% correspondant à l'examen annuel complet des MG de notre étude. On retrouvait une concordance des examens les moins réalisés : 30% pour le dosage de la microalbuminurie, 36% des patients avaient une consultation dentaire annuelle et 35% un suivi cardiologique. Les consultations ophtalmologiques représentaient 62%. (11)

Dans l'étude ENTRED 2007-2010, on retrouvait que l'examen podologique permettant le dépistage de l'atteinte neurologique et vasculaire périphérique était insuffisamment pratiqué : 57% des médecins ne connaissaient pas la gradation du risque podologique de leurs patients. (8)

L'enquête DAWN 2 indiquaient que seulement plus de la moitié des patients ont eu un examen de leurs pieds. (31)

Ces résultats doivent également tenir compte de la difficulté des MG à faire accepter les examens complémentaires à certains patients.

Une piste serait peut-être dans la généralisation du protocole ASALEE où les IDE peuvent prescrire des examens biologiques et réaliser la gradation du risque podologique. (32)

L'ETP a été reconnue pour la première fois dans la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009. Elle s'inscrit dans l'offre de soins de premier recours en collaboration si besoin avec des établissements de santé ou dans le cadre de coopérations organisées. (33)

Dans notre étude, les MG confiaient ne faire que rarement des séances d'ETP avançant un manque de temps pour la réalisation ou considérant que cela dépassait leurs compétences. Nous avons retrouvé ces caractéristiques dans l'étude ENTRED 2007-2010. Cette étude retrouvait que des séances d'ETP étaient réalisées par 28% des MG et 78% des spécialistes. 71% des DTO hospitaliers déclaraient que la majorité de leurs patients bénéficiait de séances d'ETP contre 27% des DTO libéraux et 11% des MG. Les principaux freins avancés étaient le manque de temps (76%), un manque de professionnels et de structures adaptées (39%). Ils souhaitaient plus de formations (26%) ainsi que des supports d'informations et des outils d'aide à la consultation d'ETP. (8)

68% des MG pensaient avoir un rôle de coordination en matière d'éducation, au même niveau que les DTO. Mais seul 20% des MG considéraient que la mise en œuvre d'activité éducative était de leur ressort. 87% des MG adressaient certains patients vers une structure d'ETP, le plus souvent hospitalière (55%). (8)

Les structures hospitalières sont-elles plus adaptées ou ces résultats sont-ils la conséquence d'une implantation plus importante des programmes éducatifs en milieu hospitalier ?

L'adaptation des modes de rémunération est nécessaire pour faciliter l'intégration de l'ETP dans la prise en charge des MG. (10)

La formation continue des MG reste indispensable pour pallier aux carences de la formation initiale et éviter les confusions entre la pratique de l'ETP et l'information données aux patients durant une consultation habituelle. L'ETP fait désormais partie de la formation des internes de médecine générale.

Une autre piste est la formation de pairs éducateurs permettant l'accompagnement de patients à patients qui est un projet prometteur selon l'OMS. (5, 9, 34)

### **B. Thème n°2 : Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge**

Dans notre étude, les MG présentaient fréquemment des difficultés dans l'accompagnement des patients DT2. Le plus souvent, ils évoquaient des difficultés liées à l'adhésion des patients à leur prise en charge. L'étude ENTRED retrouvait que la principale difficulté pour les médecins était l'adhésion des patients dans les domaines de l'alimentation (65%), de l'activité physique (64%) et la compréhension de leur maladie par les patients (35%). (8)

Les MG souhaitaient pouvoir s'appuyer sur l'entourage du patient pour son adhésion aux RHD. (31) En effet, le MG a une place privilégiée connaissant l'entourage du patient et son milieu professionnel. Cet aspect n'est pas évoqué dans notre étude mais les questions posées ne concernaient pas l'entourage du patient.

Les médecins interviewés de notre étude mentionnaient l'inertie des patients et parlaient de la nécessité de les convaincre. Certains évoquaient comprendre les difficultés que les patients avaient à suivre un traitement au long cours alors qu'ils étaient asymptomatiques mais aucun ne parlait de l'impact psychologique de la maladie qui peut entraver l'adhésion des patients.

L'étude DAWN 2 allait dans ce sens en révélant l'impact psychologique du diabète et l'écart entre ce qui était proposé et les besoins des patients et de leur entourage. Cette évaluation psychologique, indispensable pour l'accompagnement des patients, est actuellement déficitaire. Les MG sont en demande de formation dans ce domaine. (31)

L'amélioration du soutien et de l'information tout au long de de la prise en charge reste nécessaire. Cela permet une meilleure adhésion ainsi qu'un passage à l'insulinothérapie moins traumatisant pour les patients qui la ressentent souvent comme une punition. (35)

Les MG de notre étude décrivaient également des difficultés thérapeutiques liées principalement à l'insulinothérapie et au choix de la molécule. Hormis un MG, ils instaurent tous une insulinothérapie basale.

En France, 20% des patients DT2 sont traités par insuline. Le traitement est initié dans 40% des cas par les MG, les 60% restant sont initiés par un DTO majoritairement hospitalier. (36) Dans notre étude, l'initiation semblait se faire plus souvent en médecine générale, sans recours au DTO.

Certains MG de notre étude présentaient des difficultés à initier l'insulinothérapie notamment pour effectuer la titration ou l'intensification ce que l'on retrouve dans plusieurs études (8,37) témoignant d'une amélioration nécessaire dans la formation post universitaire des MG. (38)

Des MG de notre étude parlaient d'une inertie thérapeutique des MG, ce qui correspond aux résultats de plusieurs études. (39–41)

L'enquête ADHOC, réalisée en 2011, retrouvait qu'une insulinothérapie était introduite pour un HbA1C à plus de 9% sans différence entre les MG et les DTO dix ans après le diagnostic du DT2. (39)

L'étude DIAttitude sur les pratiques d'intensification thérapeutique en France concluait à un retard à d'intensification thérapeutique par les MG. 39% des patients avaient une modification thérapeutique dans les 6 mois suivant le dosage de l'HbA1C. (40)

Certains MG de notre étude pondéraient le taux d'HbA1C en fonction des patients, pratique que l'on retrouve dans l'étude DIAttitude. (40)

L'étude EVOLUTIV comparait les pratiques d'intensification des MG et des DTO. Elle mettait en avant une tendance des MG à maintenir des traitements oraux et à n'envisager des traitements injectables (insuline, analogue de GLP1) qu'en dernier recours.

L'inertie thérapeutique ne doit pas être confondue avec le temps nécessaire pour annoncer et mettre en place l'insulinothérapie. (9)

Ce temps permettrait d'éviter que l'insulinothérapie ne soit subie et vécue comme une sanction par les patients. (35)

Certains MG de notre étude faisaient part de réticences à initier les traitements les plus récents au regard des antécédents de retrait d'autorisation de mise sur le

marché et des différents scandales sanitaires. D'autres s'appuyaient sur des articles remettant en cause le traitement actuel des diabétiques de type 2.

Actuellement, les traitements médicamenteux visant à réduire l'hyperglycémie chroniques des patients souffrant de DT2 sont controversés par des données récentes de la littérature repris par le collège national des généralistes enseignants. (42)

### **C. Thème n°3 : Motifs de recours au diabétologue et freins à l'adressage**

Dans notre étude, les motifs de recours au DTO par les MG étaient multiples. Ils étaient le plus souvent motivés par un diabète déséquilibré, en présence de complications ou de comorbidités. Les MG avaient recours au DTO pour l'intensification thérapeutique souvent dès une bithérapie. Dans la plupart des cas, ils initiaient une insulinothérapie lente mais leurs hésitations avec d'autres thérapeutiques injectables motivaient le recours au DTO. Ce dernier était systématique dès que l'intensification était envisagée avec l'ajout d'insulines rapides. Les MG s'appuyaient sur le DTO pour l'ETP et pour relancer l'adhésion du patient à sa prise en charge.

Des études retrouvaient que seuls 10% des patients DT2 avaient bénéficié d'au moins une consultation avec un DTO libéral (43), 12% si on prend en compte les séjours hospitaliers dans les services de diabétologie, endocrinologie, nutrition. (8) Les patients DT2 sont donc majoritairement suivis par les MG. Il aurait été intéressant de savoir dans notre étude, quelle était la proportion de patients suivis conjointement avec un DTO. Certains MG évoquaient spontanément n'avoir que peu de patients suivis par un DTO ou ne faire appel au DTO qu'en dernier recours. Le programme L&Vous retrouvait une tendance en progression au suivi des patients DT2 uniquement par le MG avec une place accordée au DTO tendant à décroître notamment dans le cadre de l'instauration et du suivi d'une insulinothérapie basale. (36)

Différentes études menées en France retrouvaient que le DTO était sollicité majoritairement lors de l'échappement de l'HbA1C ou la présence de complications

(41) mais aussi au moment de l'intensification thérapeutique ou de l'instauration de l'insulinothérapie (44) ou plus largement dès qu'un passage à une thérapeutique injectable est envisagée. (41)

Une étude retrouvait que 75% des patients adressés étaient soit insulinotraités soit présentaient des complications ou des comorbidités. (43)

Le taux d'HbA1c est peu évoqué spontanément par les MG interviewés de notre étude. On retrouvait un seuil de 9% pour l'adressage ce qui concordait avec différentes études françaises. (41,45)

Une étude effectuée en région parisienne retrouvait, en proportion moindre, un recours en cas de besoin d'hospitalisation d'un patient non observant ou lors d'une inefficacité des conseils nutritionnels (45) correspondant à la demande d'ETP et de relance de l'adhésion du patient dans notre étude.

Dans notre étude, les MG exposaient d'avoir que peu de freins au recours au DTO. Les freins évoqués étaient liés au patient : absence d'un DTO à proximité du domicile du patient, représentation négative de la spécialité par les patients. Le délai de consultation était également un frein ainsi qu'une collaboration interprofessionnelle négative. Enfin ils évoquaient un argument financier ; les dépassements d'honoraires étaient un frein à l'adressage ce que l'on retrouve dans une étude de 2010. (46)

L'offre de soins en endocrinologie est hétérogène dans la région Nord-Pas-de-Calais. Cependant, la densité régionale d'endocrinologues en 2012 avec 3,3 professionnels pour 100 000 habitants dépassait celle observée au niveau national (2,6/100 000). (12) Le développement de la télé-expertise et de la téléassistance via la télémédecine pourrait être une alternative dans les zones de faible densité. Le MG pourrait collaborer à distance avec un DTO pour une meilleure prise en charge des patients.

Quelques MG de notre étude s'interrogeaient sur la place des DTO et plus généralement sur celle de certaines spécialités médicales telle que la gynécologie et la pédiatrie. Des études retrouvaient une perception négative des MG avec un doute sur la valeur ajoutée du DTO du fait notamment de l'absence d'actes techniques (45)

et de territoires de compétences qui sont jugés par certains comme étant similaires. (47)

La méconnaissance des compétences de chaque intervenant auprès du patient est en soi un frein à l'amélioration de la prise en charge du DT2. Elle entrave la collaboration interprofessionnelle indispensable dans la prise en charge des maladies chroniques. Des améliorations sont nécessaires et pourraient être mises en œuvre dès la formation initiale où un cloisonnement des spécialités est encore très présent.

#### **D. Thème n°4 : Collaboration interprofessionnelle**

Dans notre étude, les MG donnaient des définitions variées de la collaboration interprofessionnelle. Les définitions étaient positives avec les notions de partenariat, d'échange, d'équipe autour du patient.

Les MG exprimaient leurs expériences positives de la collaboration interprofessionnelle considérant qu'elle était dans l'intérêt du patient en permettant une meilleure prise en charge. Leurs expériences négatives étaient le plus souvent en lien avec une mauvaise communication interprofessionnelle mais également avec une certaine méconnaissance de la spécialité de diabétologie. On retrouvait une notion de compétition entre les MG et les DTO, évoquée par les MG mais aussi les patients.

Les différentes études menées tant au niveau national que mondial s'accordent sur l'insuffisance de la collaboration interprofessionnelle actuelle. (36,48)

L'étude DAWN 2 retrouvait un manque de coopération interprofessionnelle entre les professionnels de santé des 17 pays participants dont la France. Elle est jugée moins bonne qu'en Allemagne, dans les pays scandinaves et au Pays-Bas. 40% des professionnels de santé français considéraient que le système était bien organisé pour la gestion des maladies chroniques contre 70% aux Pays-Bas. Les progrès étaient souhaités par les paramédicaux en premier lieu, puis les médecins spécialistes, puis les MG. (48) Dans notre étude, les MG donnaient des pistes d'amélioration à apporter dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle mais aucun ne remettait en question le système de soins actuel.

L'étude L&Vous menée en France métropolitaine en 2014, retrouvait une évolution des pratiques dans la prise en charge du DT2. Désormais, l'instauration et le suivi de patients sous insuline basale sont faits de plus en plus par le MG. De ce fait, la place du DTO tend à diminuer mais son rôle reste majeur dans la prise en charge. L'étude concluait en la nécessité d'une collaboration entre les MG et les DTO, le parcours de soins n'étant actuellement pas optimal pour tous les patients. (36)

Plusieurs expériences menées ont retrouvé un impact positif de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des patients DT2. Parmi lesquelles une étude de 2010 observait une diminution du taux d'HbA1C quand la prise en charge était conjointe entre les MG et les DTO. (23) En France, le programme ASALEE (pour Action de santé libérale en équipe) expérimentait la coopération interprofessionnelle entre MG et IDE délégués à la santé publique. Les résultats sont probants et en faveur d'une diffusion nationale. (26)

Dans notre étude, les MG mentionnaient des expériences négatives de collaboration interprofessionnelle.

Une étude française de 2010 retrouvait un sentiment de concurrence entre les MG et les DTO sans notion de complémentarité. (45) Le DTO était considéré comme un intensificateur thérapeutique sollicité en dernier recours ce qui est évoqué par certains MG de notre étude.

L'étude L&Vous reconnaissait cependant une notion de partenariat. Lors de l'initiation d'une insulinothérapie par les DTO, 57% des patients étaient ensuite suivis conjointement par les MG et DTO et 42% uniquement par le MG. Lorsque le traitement est initié par le MG ils ne sont que 7% à être suivis par la suite par le DTO. (36) Cependant, les patients dont le traitement est initié par les MG sont peut-être moins complexes et ne nécessitent pas de recourir à ce stade au DTO.

La notion de captation de patientèle était évoquée dans notre étude mais marginalement. Pour pallier à ceci, en Allemagne, les DTO doivent soit réadresser dans les 3 mois les patients aux MG soit décider d'une hospitalisation si nécessaire. (49)

Dans notre étude, on retrouvait pour certains MG une méconnaissance de la spécialité de diabétologie. Pour un MG, cela avait pour conséquence l'absence de collaboration interprofessionnelle avec les DTO.

La qualité de la collaboration interprofessionnelle était étroitement liée à celle de la communication interprofessionnelle. Dans notre étude, la communication était essentiellement par courrier mais les MG souhaitaient pouvoir joindre rapidement le DTO si besoin par téléphone en cas de nécessité. La qualité et le délai d'acheminement du courrier de retour de consultation étaient mis en avant. L'absence de retour était considérée comme une mauvaise collaboration interprofessionnelle mais se produisait avec d'autres spécialités. Dans l'étude ENTRED, 62% des MG ne recevaient pas de compte rendu des ophtalmologues. (8) La qualité du réseau de soins informel était également primordiale dans l'élaboration d'une bonne collaboration interprofessionnelle. La confiance interprofessionnelle et la disponibilité du DTO étaient primordiales et concordent avec le résultat de plusieurs études. (46,47) Le réseau était souvent constitué de connaissances universitaires ou via la formation médicale continue (46), cependant certains MG de notre étude évoquaient l'offre de soins restreinte qui ne permettait pas le choix des partenaires médicaux.

Concernant les réseaux de soins formels, les MG de notre étude en avaient une perception différente. Pour certains, elle était positive notamment dans la réalisation de l'ETP, et négative pour d'autres évoquant une notion d'hospitalo-centrisme, la place mal définie des MG, voir une perte de temps. On constatait que les MG qui en avaient une vision positive collaboraient avec des réseaux de soins. À l'inverse, certains n'en connaissaient que peu le fonctionnement et l'offre de soins à proximité. En 2011, la région Nord-Pas-de-Calais comptait six réseaux de santé ayant pris en charge 2% de la population diabétique régionale. (12)

Un travail de thèse réalisé en 2015 dans la région Nord-Pas-de-Calais retrouvait que les médecins dénonçaient l'ajout d'une surcharge administrative par les réseaux de soins. Ils se sentaient surveillés par les réseaux qu'ils semblaient parfois confondre avec le dispositif Sophia ; ce que certains MG de notre étude exprimaient. (50) Une meilleure communication autour des réseaux de soins à proximité devrait améliorer cette méconnaissance et favoriser le travail collaboratif. Une thèse de 2016 sur le réseau PREVAL allait dans ce sens. 81% des MG se déclaraient satisfaits de la prise en charge de leurs patients par le réseau et 79% souhaitaient y réadresser leurs

patients. On retrouvait une bonne communication autour de ce réseau, les MG étaient bien informés de son existence et de son mode de fonctionnement. (51)

### **E. Thème n°5 : Propositions d'améliorations**

Les MG de notre étude proposaient des pistes d'amélioration pour la collaboration interprofessionnelle avec les DTO. Pour beaucoup, cette amélioration passait par celle de la communication interprofessionnelle. La qualité du courrier d'adressage est primordiale pour permettre une intervention optimale du DTO. Celui-ci devrait adresser en retour ses préconisations pour le suivi régulier par le MG et sur la fréquence du suivi spécialisé. (24) Ils étaient en attente d'une meilleure communication interprofessionnelle directe, notamment par téléphone, en cas de situations plus urgentes. Certains ont cité l'exemple de la ligne téléphonique Hop'line du CHRU de Lille dans le cadre d'autres spécialités. Cependant, on peut se demander comment s'organiserait cette collaboration interprofessionnelle dans un tel système où le DTO ne peut prendre en charge l'ensemble des patients pour lesquels il donne un avis ponctuel.

Un MG de notre étude évoquait l'absence de formation à la collaboration interprofessionnelle. L'éducation aux pratiques collaboratives est développée par l'OMS dont le message clé dans son rapport est « Apprendre ensemble pour travailler ensemble ». (52) Cette formation collaborative nécessiterait d'être effectuée durant la formation initiale des médecins où malheureusement la concurrence entre étudiants reste présente. Elle devrait intervenir également lors des stages ambulatoires afin de préparer à un travail en équipe qui diffère du modèle hospitalier. (47) Lors du congrès du CNGE de Lille en 2014, des intervenants de l'Université Libre de Bruxelles ont présenté une méthode de formation via la création de séminaires de collaboration interprofessionnelle qui regroupaient des étudiants médicaux et paramédicaux autour d'un cas clinique. (53)

L'amélioration de la collaboration interprofessionnelle nécessiterait une définition des rôles et des compétences de chaque spécialité médicale. (54) Dans notre étude, des hypothèses ont été proposées dans ce sens. Certains MG souhaitaient une redéfinition de la place de chaque spécialiste. La lutte contre la

méconnaissance de l'autre est primordiale car elle entrave le développement d'une bonne collaboration interprofessionnelle. (47,52)

D'autres MG de notre étude suggéraient d'explorer d'autres approches favorisant le travail collaboratif telles que la télé-médecine dans le cadre de la télé-expertise, les consultations partagées ou les réunions de concertation pluridisciplinaire via visioconférence. Elles sont retrouvées dans de nombreuses études (45), mais demandent aux intervenants de se dégager du temps nécessaire à la coordination et à la collaboration. Les modes de rémunérations devraient en être adaptés. (54)

Enfin, un MG évoquait la formation nécessaire post universitaire des MG afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Plus largement, l'amélioration des compétences des MG permettrait d'avoir un recours ciblé et approprié au DTO. En ce sens, elle améliorerait également la collaboration interprofessionnelle. Une étude retrouvait que le recours trop tardif au DTO était source de collaboration interprofessionnelle négative. (45) L'HAS a élaboré en ce sens, dans son guide de parcours de soins, une liste non exhaustive de motifs de recours à l'expertise des endocrino-diabétologues. (9)

Un MG évoquait le développement des maisons de santé pluridisciplinaires comme possibilité d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle autour du patient. En 2013, dans le Nord-Pas-de-Calais, on comptait huit maisons de santé pluridisciplinaires expérimentant les nouveaux modes de rémunération. (12) Elles permettent une meilleure coopération notamment entre MG et infirmiers(ères). (55) Il serait intéressant de savoir comment s'articule la collaboration interprofessionnelle entre MG et DTO dans ces structures.

L'amélioration de la collaboration interprofessionnelle est également nécessaire dans les réseaux de soins formels, ce que soulignaient des MG de notre étude. Un rapport de 2012 concluait en des réseaux de soins hétérogènes, inégalement répartis sur le territoire et dont les efficacités sont variables. Des améliorations étaient nécessaires comme simplifier l'accès pour les MG en limitant le nombre d'interlocuteurs ou comme établir des missions en fonction des besoins des MG sans

que les réseaux ne se substituent à eux. La définition du rôle des réseaux dans l'offre de soins était nécessaire pour favoriser le travail collaboratif. (56)

L'amélioration de la collaboration ne peut se faire au niveau national mais au niveau régional via l'ARS. Elle dépend d'une analyse de la démographie médicale, de l'offre de soins existante et de l'attente des acteurs de terrain. (38) Dans le Nord-Pas-de-Calais, le programme DIABEVI développe en ce sens différents axes de recherche en cours d'évaluation.

## CONCLUSION

Le système de soins actuel français semble atteindre ses limites et les modes de rémunération ne sont plus adaptés dans la prise en charge des maladies chroniques. Celle du diabète de type 2, épidémie mondiale et première des maladies chroniques en France, a fait l'objet ces dernières années de projets innovants.

La coordination de tous les intervenants autour du patient diabétique est fondamentale. Nous devons mieux intégrer la collaboration interprofessionnelle dont de nombreuses études prouvent qu'elle améliore la prise en charge des maladies chroniques. Les nouvelles technologies, les nouveaux modes d'exercice dans des structures de soins innovantes et les réseaux de santé permettent une nouvelle collaboration interprofessionnelle formelle. Cependant, ces possibilités nécessitent d'être mieux exploitées et connues par les MG. Nous devons également optimiser la collaboration interprofessionnelle informelle qui reste majeure mais qui a fait pourtant l'objet de peu d'études qualitatives.

Notre étude a permis d'explorer cette collaboration entre les MG et les DTO. Du chemin reste à parcourir car il existe autant de collaborations que d'intervenants. Rien ne pourra remplacer le bon sens et les capacités de chacun à collaborer et à bien communiquer. Mais une éducation et des formations post universitaires à la collaboration interprofessionnelle peuvent être des solutions pour l'améliorer et donc optimiser la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut de veille sanitaire (France). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France: synthèse épidémiologique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010.
2. World Health Organization. Global report on diabetes. 2016.
3. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *The Lancet*. avr 2016;387(10027):1513-30.
4. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*. juill 2011;378(9785):31-40.
5. Morel A, Lecoq G, Jourdain-Menninger D. Evaluation de la prise en charge du diabète. Inspection générale des affaires sociales; 2012. Report No.: RM2012-033P.
6. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2015;(34-35):619.
7. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2014;(30-31):493.
8. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010. 2011 [cité 27 août 2016]; Disponible sur: <http://www.alzheimer.inpes.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
9. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins - Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014 [cité 27 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide\\_pds\\_diabete\\_t\\_3\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf)
10. Haut Conseil de la Santé Publique. Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2014. Propositions. 2010 Avril. (Avis et rapports).
11. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L. Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France 2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2015;(34-35):645.
12. ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme d'action sur le parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques.
13. Ricci P, Chantry M, Detournay B, Poutignat N, Kusnik-Joinville O, Raimond V, et al. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes

- traitées pour diabète : Études Entred 2001 et 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009;42-43:465.
14. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en 2016.
  15. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2013;61(3):193-8.
  16. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Serv Res. juin 2003;38(3):831-65.
  17. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet. oct 2008;372(9647):1365-7.
  18. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. nov 2013;63(616):e742-50.
  19. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
  20. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
  21. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Université de Montréal - Faculté des Etudes Supérieures; 1997.
  22. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers.
  23. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. Ann Intern Med. février 2010;152(4):247-58.
  24. Varroud-Vial M, Maréchaux F. Parcours de soins des diabétiques. La revue du praticien - Médecine générale. Juin 2015;29(944):514-5.
  25. Berland Y. Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences. 2003 oct.
  26. Haute Autorité de Santé. Les protocoles de coopération - Bilan du dispositif - Evaluation 2014. 2015 nov.
  27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
  28. Penfornis A, Le Pape G, Gibelin B, Salaun-Martin C, Lee J, Nagel F. PO05 Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la communication du diagnostic du diabète de type 2 à leurs patients: résultats de l'enquête IntroDia.

- Diabetes & Metabolism. mars 2015;41:A24.
29. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/19572557/00030006/620/> [Internet]. 1 déc 2010 [cité 25 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/239130/resultatrecherche/17>
  30. Reach G. Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2 ? Médecine des Maladies Métaboliques. juin 2014;8(3):335-9.
  31. Brunet O. DAWN2<sup>TM</sup>: le point de vue du médecin généraliste. Médecine des Maladies Métaboliques. 2013;7:S50–S52.
  32. URPS Poitou-Charente. Projet Asalée [Internet]. [cité 28 août 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>
  33. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
  34. Organisation Mondiale de la Santé. Peer support programmes in diabetes [Internet]. [cité 28 août 2016]. Disponible sur: [http://www.who.int/diabetes/publications/Diabetes\\_final\\_13\\_6.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Diabetes_final_13_6.pdf)
  35. Gérard R, Consoli S, Halimi S, Fontaine P, Duclos M, Colas C, et al. P56 L'amélioration du soutien et de l'information est nécessaire pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2 non insulino-traitées : données françaises de la seconde étude internationale « Diabetes Attitudes Wishes and Needs » (DAWN2). Diabetes & Metabolism. mars 2014;40:A43.
  36. Halimi S, Potier L, Mosnier-Pudar H, Penfornis A, Roussel R, Boulitif Z, et al. Programme L&Vous : premiers enseignements de l'Observatoire National de l'Utilisation, en vie réelle, de l'Insuline Basale par les patients diabétiques de Type 2. Médecine des Maladies Métaboliques. oct 2015;9(6):579-88.
  37. Roussel R, Gourdy P, Gautier J-F, Guerci B, Raccah D, Robert J, et al. P1131 L'inertie thérapeutique face au déséquilibre glycémique chez les patients diabétiques de type 2 traités par insuline basale. Diabetes & Metabolism. mars 2013;39:A62.
  38. Halimi S. Perspectives pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2 sous insuline. Médecine des Maladies Métaboliques. mai 2015;9(3):3S34-3S42.
  39. Penfornis A, San-Galli F, Cimino L, Huet D. Current insulin therapy in patients with type 2 diabetes: Results of the ADHOC survey in France. Diabetes & Metabolism. nov 2011;37(5):440-5.
  40. Balkau B, Bouée S, Avignon A, Vergès B, Chartier I, Amelineau E, et al. Type 2 diabetes treatment intensification in general practice in France in 2008–2009: the DIAttitude Study. Diabetes & Metabolism. mars 2012;38:S29-35.

41. Krempf M, Hochberg G, Eschwège E, Danchin N, Grignon C, Bekka S. Diabète de type 2 et stratégies thérapeutiques : quelles pratiques aujourd'hui en France ? Résultats de l'enquête EVOLUTIV. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/19572557/00070001/58/> [Internet]. 14 févr 2013 [cité 29 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/788347/resultatrecherche/1>
42. Boussageon R, Gueyffier F, Cornu C. Metformin as firstline treatment for type 2 diabetes: are we sure? *BMJ*. 8 janv 2016;h6748.
43. Denis P, Fagot-Campagna A, Coatsaliou C, Bories-Maskulova V, Debeugny G, Gissot C. PO07 La patientèle des endocrinologues libéraux en 2012, dont les patients diabétiques: une description à partir des données de l'Assurance maladie (SNIIRAM). *Diabetes & Metabolism*. mars 2015;41:A24.
44. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : comment le patient diabétique perçoit son traitement et son suivi ? <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/19572557/00030005/538/> [Internet]. 12 févr 2009 [cité 2 févr 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/235797/resultatrecherche/1>
45. Pautremat VL, Bihan H, Cahen-Varsaux J, Deburge A, Dupuy O, Errieau G, et al. Réflexions sur la prise en charge du diabétique de type 2 : les incompréhensions de l'alliance médecins généralistes-diabétologues. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/19572557/00050006/613/> [Internet]. 22 déc 2011 [cité 29 août 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/681055/resultatrecherche/1>
46. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):331.
47. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. juill 2008;56(4):S197-206.
48. Halimi S, Reach G. Comment a été conduite l'étude DAWN2<sup>TM</sup> ? Données françaises. Comparaisons avec les autres pays. *Médecine des Maladies Métaboliques*. déc 2013;7:S5-16.
49. Rothe U, Müller G, Schwarz PEH, Seifert M, Kunath H, Koch R, et al. Evaluation of a Diabetes Management System Based on Practice Guidelines, Integrated Care, and Continuous Quality Management in a Federal State of Germany. *Diabetes Care*. 1 mai 2008;31(5):863-8.
50. Hybiak A. Contraintes et attentes en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [Lille]: Université du droit et de la santé Lille 2; 2015 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9f759907-abb4-4936-ad37-bc66740bf3f1>

51. Oukhouya Daoud N. Programmes d'éducation thérapeutique des patients obèses et diabétiques de type 2 du réseau PREVAL : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du Dunkerquois. [Internet]. [Lille]: Université du droit et de la santé Lille 2; 2016 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6bb3a29f-95a0-4912-beaa-42cd2b10754f>
52. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé: rapport d'un Groupe d'Etude de l'OMS sur la Formation Pluriprofessionnelle du Personnel de santé. Genève; 1988. 84 p. (Série de rapports techniques / Organisation Mondiale de la Santé).
53. Schetgen M. Congres CNGE Lille 2014 - Minutes des ateliers du congrès - Collaborations interprofessionnelles [Internet]. 2014 [cité 31 août 2016]. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_files/file\\_manager/michele\\_lieurade/Congres%20CNGE%20Lille%202014%20-%20atelier%20Collaborations%20interprofessionnelles.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/michele_lieurade/Congres%20CNGE%20Lille%202014%20-%20atelier%20Collaborations%20interprofessionnelles.pdf)
54. Collège National des Généralistes Enseignants. Grande conférence de santé - Constats et propositions du CNGE [Internet]. 2015 [cité 31 août 2016]. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/CNGE\\_Propositions\\_Grande\\_conferece\\_de\\_sante\\_1.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_Propositions_Grande_conferece_de_sante_1.pdf)
55. Bourgueil Y, Clément M-C, Couralet P-E, MOUSPUES J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. *Questions d'économie de la santé*. 2009;(147):1-8.
56. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé? [Internet]. 2012 [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

#### Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon qualitatif.

Sexe - Age

Année de début d'exercice en médecine générale

Milieu d'exercice: Rural – Semi rural – Urbain

Autre activité professionnelle ?

Formations relatives à la diabétologie ?

#### Comment vous impliquez-vous dans la prise en charge de patients diabétiques de type 2 ?

Comment organisez-vous votre prise en charge ? (examen clinique, paraclinique...)

Faites-vous des consultations dédiées au diabète ?

Faites-vous des séances d'éducation thérapeutique ?

Jusqu'où allez-vous dans la prise en charge ?

#### Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge d'un patient atteint d'un diabète de type 2 ?

Fréquence ?

Difficultés liées aux patients ?

Difficultés liées à la prise en charge de la maladie,

Difficultés organisationnelles

Difficultés thérapeutiques (traitements ADO, traitements injectables, traitements plus récents...)

#### Dans quelles situations adressez-vous vos patients à un confrère diabétologue ?

Bilan initial ?

Déséquilibre du diabète (Taux HbA1C?)

Complications

Avis thérapeutique (pour quelles thérapeutiques ?)

Difficultés avec les patients ? Suivi des règles hygiéno-diététiques ?...

#### Qu'attendez-vous de la consultation de diabétologie ?

Intensification thérapeutique, Instauration d'une insulinothérapie

Dans ces cas, prescription initiale du diabétologue ?

Éducation du patient, relancer son adhésion...

#### Quels sont vos freins à l'orientation des patients chez les diabéto-logues ?

Freins liés aux patients ?

Collaboration interprofessionnelle négative

Délai de consultation...

#### Que vous évoque le sujet de la collaboration interprofessionnelle ?

Définir la collaboration interprofessionnelle

Expériences positives et négatives

**Pouvez-vous évoquer vos relations interprofessionnelles avec les diabétologues ?**

Mode de communication avec les diabétologues

Courrier d'adressage

Retour de consultation

Comment communiquez-vous pour les avis plus urgents ?

**Comment avez-vous constitué votre réseau de soins avec les diabétologues ?**Réseaux de soins informels

Absence de réseau ou de choix de constitution

Études médicales, remplacements, formations professionnelles

Réseaux de soins formels

Existence d'une collaboration, avis

**Selon vous, quelle place doivent avoir respectivement les médecins généralistes et les diabétologues dans la prise en charge ambulatoire du diabète de type 2 ?**

Notion de premier et second recours, de parcours de soins...

**Quelles pourraient-être les améliorations dans la collaboration interprofessionnelle avec les diabétologues ?**

Amélioration de la communication ?

Améliorer les réseaux de soins informels et formels ?

Nouveaux modes d'exercices et de collaboration ?

**Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

## Annexe 2 : Codage ouvert

Accessibilité du diabétologue par les médecins généralistes  
Adaptation du discours selon le niveau intellectuel du patient  
Adhérer à un réseau de soins (facilite la prise en charge des patients)  
Adhésion du médecin généraliste aux nouveaux traitements (absence)  
Adhésion du médecin généraliste aux nouveaux traitements (prudence)  
Adhésion du patient  
Adhésion du patient (adaptation de la fréquence du suivi selon les patients)  
Amélioration des pratiques professionnelles via la formation médicale  
Améliorer la communication interprofessionnelle (contenu des courriers)  
Améliorer la communication interprofessionnelle (délai des courriers)  
Améliorer la communication interprofessionnelle directe (pour éviter les hospitalisations)  
Améliorer la communication interprofessionnelle directe (téléphone)  
Améliorer les réseaux de soins  
Anecdote ou illustration citée  
Appel à d'autres spécialités  
Attente de la consultation du diabétologue  
Attente de la consultation du diabétologue (appuyer le message du médecin généraliste)  
Attente de la consultation du diabétologue (autorité)  
Attente de la consultation du diabétologue (courrier explicatif)  
Attente de la consultation du diabétologue (éducation nutritionnelle du patient)  
Attente de la consultation du diabétologue (pallier aux difficultés du MG - équilibrer le diabète)  
Attente de la consultation du diabétologue (prescription initiale)  
Attente de la consultation du diabétologue (retour rapide)  
Attente de la consultation du diabétologue (thérapeutique améliorant les résultats)  
Attente du diabétologue (efficacité du courrier, conduite à tenir claire)  
Attente du diabétologue (facilement joignable par les généralistes)  
Attente du diabétologue (proposition de prise en charge sans prescription initiale)  
Autorité du diabétologue  
Axe d'amélioration (améliorer la qualité du courrier d'adressage des MG)  
Axe d'amélioration (améliorer les réseaux de soins)  
Axe d'amélioration (améliorer l'offre de soin en diabétologie)  
Axe d'amélioration (augmenter le nombre de consultations d'éducation thérapeutique)  
Axe d'amélioration (augmenter le nombre de consultations hospitalières)  
Axe d'amélioration (avoir son réseau de spécialistes)  
Axe d'amélioration (consultation dédiée à la diabétologie)  
Axe d'amélioration (diabétologue dédié aux avis téléphoniques)  
Axe d'amélioration (faciliter une prise en charge globale)  
Axe d'amélioration (formation durant les études à la collaboration interprofessionnelle)  
Axe d'amélioration (formations pour les professionnels de santé)  
Axe d'amélioration (généralisation de la messagerie médicale sécurisée)  
Axe d'amélioration (investissement des MG)  
Axe d'amélioration (joignabilité du diabétologue)  
Axe d'amélioration (maison médicale)

Axe d'amélioration (objectifs et prise en charge communs avec les diabétologues)  
Axe d'amélioration (permettre une réponse rapide durant la consultation avec le patient)  
Axe d'amélioration (place des MG dans les réseaux de soins formels)  
Axe d'amélioration (redéfinir la place de chaque spécialiste pour la prescription)  
Axe d'amélioration (réseau de soins)  
Axe d'amélioration (télémédecine)  
Bilan en hospitalisation de jour  
Bilan initial (pas de recours au diabétologue)  
Bilan initial (recours au diabétologue si découverte d'un diabète très déséquilibré)  
Choix du patient de ne pas suivre le traitement  
Choix d'un service hospitalier (absence de dépassements d'honoraires)  
Choix d'un service hospitalier (avis plus rapide)  
Choix d'un service hospitalier (patients souvent complexes)  
Choix d'un service hospitalier (prise en charge globale, accès aux autres spécialistes)  
Choix d'un service hospitalier ou d'une prise en charge libérale (absence)  
Chronophage  
Chronophage (éducation thérapeutique)  
Collaboration interprofessionnelle (définition des MG)  
Collaboration interprofessionnelle (expérience négative)  
Collaboration interprofessionnelle (expérience positive)  
Collaboration interprofessionnelle (gain de temps dans la prise en charge)  
Collaboration interprofessionnelle (méconnaissance de la spécialité diabétologie par les MG)  
Collaboration interprofessionnelle (négative, notion de captation de patient)  
Collaboration interprofessionnelle (notion de complémentarité des diabétologues et des généralistes)  
Collaboration interprofessionnelle (notion de confiance interprofessionnelle)  
Collaboration interprofessionnelle (notion de mise en compétition par le patient)  
Collaboration interprofessionnelle (notion de partenariat)  
Collaboration interprofessionnelle (objectif de désengorger les services d'Urgences)  
Collaboration interprofessionnelle (perception négative du MG si désaccord thérapeutique)  
Communication interprofessionnelle (appel téléphonique)  
Communication interprofessionnelle (barrière du secrétariat)  
Communication interprofessionnelle (courrier)  
Communication interprofessionnelle (fax)  
Communication interprofessionnelle (gain de temps)  
Communication interprofessionnelle (peu d'urgences dans cette spécialité nécessitant un appel)  
Communication interprofessionnelle (rencontre physique)  
Compétence du médecin généraliste  
Complémentarité des réseaux de Santé et des médecins généralistes (éducation thérapeutique, chronophage)  
Compliance des patients (difficile)  
Consultation d'annonce  
Consultation dédiée au diabète (absence)  
Consultation dédiée au diabète (adaptation au sport)  
Consultation dédiée au diabète (diététique)

Consultation dédiée au diabète (insulinothérapie)  
Consultation dédiée au diabète (lors de la découverte du diabète)  
Consultation dédiée au diabète (pied diabétique)  
Consultation dédiée au diabète (point sur les examens complémentaires)  
Consultation dédiée au diabète (prendre le temps nécessaire aux explications)  
Consultation dédiée au diabète (présence)  
Convaincre le patient (adhésion à la prise en charge)  
Convaincre le patient (insulinothérapie)  
Convaincre le patient (potentiellement grave même si asymptomatique)  
Convaincre le patient (remise en question nécessaire)  
Délai de consultation (absence d'urgence)  
Délai de consultation (long)  
Délai de consultation des autres spécialistes intervenant dans la prise en charge  
Demande d'avis de spécialiste pour actes techniques  
Demande d'avis de spécialiste pour des pathologies moins fréquentes en MG  
Demande d'avis du diabétologue (adaptation thérapeutique)  
Demande d'avis du diabétologue (adaptation thérapeutique, dès bi ou trithérapie)  
Demande d'avis du diabétologue (besoin de son expertise)  
Demande d'avis du diabétologue (demande du patient)  
Demande d'avis du diabétologue (dernier recours)  
Demande d'avis du diabétologue (déséquilibre du diabète)  
Demande d'avis du diabétologue (diabète gestationnel)  
Demande d'avis du diabétologue (éducation thérapeutique)  
Demande d'avis du diabétologue (en cas de comorbidités)  
Demande d'avis du diabétologue (en cas de complications)  
Demande d'avis du diabétologue (facilite l'accès aux examens complémentaires)  
Demande d'avis du diabétologue (gestion des interactions et des effets secondaires)  
Demande d'avis du diabétologue (impasse thérapeutique)  
Demande d'avis du diabétologue (insulinothérapie basal-bolus)  
Demande d'avis du diabétologue (insulinothérapie, sens large)  
Demande d'avis du diabétologue (non nécessaire pour tous les patients)  
Demande d'avis du diabétologue (nutrition)  
Demande d'avis du diabétologue (objectif HbA1C non atteint)  
Demande d'avis du diabétologue (optimisation du traitement)  
Demande d'avis du diabétologue (pour les nouvelles molécules)  
Demande d'avis du diabétologue (pour les patients déjà suivis par le diabétologue)  
Demande d'avis du diabétologue (pour marquer le passage d'une étape)  
Demande d'avis du diabétologue (réassurance concernant la prise en charge du MG)  
Demande d'avis du diabétologue (reformulation du message éducatif)  
Demande d'avis du diabétologue (relancer l'adhésion du patient à sa prise en charge)  
Demande d'avis du diabétologue (troubles trophiques)  
Démarche de prise en charge du diabète de type 2 par les MG  
Démarche décisionnelle du médecin suite au diagnostic du diabète  
Désaccords entre MG et diabétologues  
Désaccords entre MG et diabétologues (choix thérapeutique)  
Désaccords entre MG et diabétologues (effets secondaires des traitements)  
Désaccords entre MG et diabétologues (explications au patient)  
Désaccords entre MG et diabétologues (intensification thérapeutique)  
Désaccords entre MG et diabétologues (recommandation HbA1C)

Diagnostic (bilan d'une autre pathologie)  
Diagnostic (fortuit)  
Difficulté de gestion mise en place insulinothérapie basal-bolus en MG  
Difficulté de la consultation d'annonce (maladie chronique)  
Difficulté de la consultation d'annonce (règles hygiéno-diététiques)  
Difficulté de la consultation d'annonce (traitement au long cours)  
Difficulté de prise en charge (adaptation thérapeutique aux complications)  
Difficulté de prise en charge (adhésion du patient au traitement)  
Difficulté de prise en charge (adhésion du patient aux examens complémentaires)  
Difficulté de prise en charge (adhésion du patient aux règles hygiéno-diététiques)  
Difficulté de prise en charge (anticiper la réponse du patient au traitement)  
Difficulté de prise en charge (choix thérapeutique)  
Difficulté de prise en charge (comorbidités)  
Difficulté de prise en charge (complications rénales du diabète)  
Difficulté de prise en charge (convaincre le patient)  
Difficulté de prise en charge (diététique)  
Difficulté de prise en charge (du fait de la familiarité du MG et de ses patients)  
Difficulté de prise en charge (éducation du patient)  
Difficulté de prise en charge (fixer des objectifs)  
Difficulté de prise en charge (inertie du patient - acteur de sa maladie)  
Difficulté de prise en charge (intensification thérapeutique)  
Difficulté de prise en charge (intensification thérapeutique, passage à l'insulinothérapie)  
Difficulté de prise en charge (mauvaise adhésion du patient)  
Difficulté de prise en charge (non-observance thérapeutique)  
Difficulté de prise en charge (organisation annuelle des examens complémentaires)  
Difficulté de prise en charge (peu de difficulté)  
Difficulté de prise en charge (sédentarité)  
Difficulté de prise en charge des patients (maladie souvent asymptomatique)  
Difficulté de prise en charge des patients diabétiques par les MG (fréquent)  
Difficulté d'une prise en charge pluridisciplinaire  
Difficulté thérapeutique (absence)  
Doute sur la valeur ajoutée des diabétologues (diabète perçu comme pathologie de MG)  
Doute sur la valeur ajoutée des diabétologues (pas d'actes techniques)  
Éducation thérapeutique (conseils plus qu'éducation)  
Éducation thérapeutique (importance du choix des mots)  
Éducation thérapeutique (lors d'une hospitalisation)  
Éducation thérapeutique (manque de temps en médecine générale)  
Éducation thérapeutique (non réalisée par le MG)  
Éducation thérapeutique (pluridisciplinarité)  
Éducation thérapeutique (réalisée partiellement par le MG)  
Éducation thérapeutique (réalisée si demande du patient)  
Éducation thérapeutique (un sujet abordé à chaque consultation de médecine générale)  
Éducation thérapeutique en hospitalisation de jour  
Émotion des médecins (peur)  
Emploi du temps (chargé)  
Équilibre glycémique (Atteindre progressivement)  
Éviter le conflit avec les patients

Évolution du taux d'HbA1C  
Examen clinique (chronophage)  
Examens complémentaires selon les recommandations  
Expérience professionnelle positive de collaboration interprofessionnelle  
Formation (via la conduite à tenir du diabétologue)  
Formation initiale du médecin généraliste  
Formation médicale (manque de temps)  
Formation médicale (permet le développement de la collaboration interprofessionnelle)  
Formation médicale (problème économique)  
Formation médicale (visite médicale)  
Freins à la demande d'un avis (arguments financiers)  
Freins à la demande d'un avis (délai de consultation)  
Freins à la demande d'un avis (désaccord MG-Diabétologue)  
Freins à la demande d'un avis (désaccord thérapeutique)  
Freins à la demande d'un avis (éloignement du domicile du patient)  
Freins à la demande d'un avis (mécontentement du patient et du DTO)  
Freins à la demande d'un avis (refus du patient)  
Freins à la demande d'un avis (représentation négative de la spécialité par le patient)  
Freins à la demande d'un avis (suivi ultérieur exclusif par le diabétologue)  
Freins à la demande d'un avis du diabétologue (absence)  
Fréquence du diabète en médecine générale  
Fréquence du suivi par les diabétologues  
Habitue de prescription  
HbA1C (seuil pour demander l'avis du spécialiste - absence)  
HbA1C (seuil pour demander l'avis du spécialiste)  
Hospitalisation (dernier recours)  
Hospitalisation (diabète très déséquilibré, nécessité de diminuer la glycémie)  
Hospitalisation de jour  
Hospitalisation pour insulinothérapie  
Impuissance du médecin généraliste face au diabète  
Inertie des patients  
Inertie thérapeutique des MG  
Inertie thérapeutique des MG (nécessité de remettre en question les pratiques professionnelles)  
Insulinothérapie (initiée en médecine générale)  
Insulinothérapie (initiée en médecine générale, sous conditions)  
Insulinothérapie (non initiée en médecine générale)  
Insulinothérapie (place de l'hospitalisation)  
Intensification thérapeutique (difficultés liées au patient)  
Internet et les patients  
Investissement du médecin généraliste  
Investissement du médecin généraliste (à améliorer)  
Investissement du médecin généraliste (amélioration des résultats)  
Investissement du médecin généraliste (prendre le temps des explications)  
Investissement du médecin généraliste (selon préférences personnelles de certaines pathologies)  
Logiciel médical (perçu comme aide à la prise en charge)  
Médecine générale, soins primaires  
Messagerie médicale sécurisée (peu utilisée par le MG)

Négligence du diabète par les patients  
Notion de morbi-mortalité des traitements (limitant la prescription par le MG)  
Notion d'interdiction alimentaire  
Objectifs HbA1C  
Offre de soins limitée en diabétologie  
Offre de soins limitée en diabétologie (en libéral)  
Organisation du médecin généraliste (difficulté du rappel des examens annuels)  
Organisation du médecin généraliste (utilisation d'un logiciel médical pour aide à la prise en charge globale)  
Partage de compétences  
Partenariat entre médecins généralistes et diabétologues  
Patient acteur de sa maladie  
Patients de MG suivis par un diabétologue (nombre limité)  
Perception décalage objectifs CPAM et objectifs des MG  
Perception du diabète comme pathologie de médecine générale  
Perception du médecin généraliste concernant le patient diabétique  
Perception du MG de la prise en charge par le DTO (efficacité similaire)  
Perception du MG de la prise en charge par le DTO (négative)  
Perception du MG de répéter le même message  
Perception d'urgence en diabétologie  
Perception d'urgence en diabétologie (absence)  
Perception d'utilité du médecin généraliste dans l'amélioration de la morbi-mortalité  
Perception négative du réseau Sophia par les médecins généralistes  
Perception par le patient de la supériorité du diabétologue sur le MG  
Perte de vue des patients (absence)  
Perte de vue des patients (le fait qu'ils sont diabétiques)  
Peur de l'insulinothérapie  
Place des IDE dans la prise en charge  
Place du CHR dans la prise en charge d'un diabète de type 2  
Place du CHR dans la prise en charge d'un diabète de type 2 (peu accessible)  
Place du diabétologue dans la prise en charge  
Place du médecin généraliste dans la prise en charge  
Pluridisciplinarité  
Prescription du diabétologue (à l'issue de sa consultation)  
Prescription du diabétologue (problématique si prise en charge non globale)  
Prise en charge CPAM (insuffisante)  
Prise en charge globale  
Programme de soins  
Proximité des spécialistes  
Prudence avec les nouvelles molécules au regard des antécédents de retrait d'AMM  
Recommandations de l'HAS  
Refus de soins  
Relation médecin-malade (coopération)  
Relation médecin-malade (modèle directif)  
Remise en question du MG, sa prise en charge  
Remise en question du patient diabétique  
Rémunération du médecin par le CAPI  
Réseau de Santé (éducation thérapeutique)  
Réseau de Santé (perception positive du MG)  
Réseau de soins formel (absence de nécessité)

Réseau de soins formel (hospitalo-centré)  
Réseau de soins formel (perception négative des MG de sa place au sein des réseaux)  
Réseau de soins informel, constitution (absence de choix, offre de soins limitée)  
Réseau de soins informel, constitution (absence)  
Réseau de soins informel, constitution (amitié)  
Réseau de soins informel, constitution (choisi en fonction des retours d'avis)  
Réseau de soins informel, constitution (choisi pour compétence)  
Réseau de soins informel, constitution (choisi selon l'évolution prédictive du patient)  
Réseau de soins informel, constitution (choix d'un service hospitalier)  
Réseau de soins informel, constitution (constitué pendant les études médicales)  
Réseau de soins informel, constitution (courriers interposés)  
Réseau de soins informel, constitution (lors de formations médicales)  
Réseau de soins informel, constitution (multiples)  
Réseau de soins informel, constitution (proximité)  
Réseau de soins informel, constitution (spécialiste choisi par le patient)  
Réseau de soins informel, constitution (vision commune de la prise en charge)  
Retour de consultation (absence - ophtalmologie)  
Retour de consultation (absence de retour des examens complémentaires prescrits par le diabétologue)  
Retour de consultation (courrier informatisé)  
Retour de consultation (courrier remis au patient)  
Retour de consultation (courrier)  
Retour de consultation (délai important)  
Retour de consultation (patients non revus par le MG après la consultation spécialisée)  
Retour de consultation (problématique du patient revu sans avoir eu de retour de consultation)  
Savoir reconnaître la limite de ses compétences  
Séances d'éducation thérapeutique (non réalisées par le médecin généraliste)  
Suivi hospitalier (différents médecins pour un patient)  
Suivi ultérieur par le diabétologue (selon la demande du patient)  
Suivi ultérieur par le diabétologue (exclusif)  
Suivi ultérieur par le diabétologue (selon volonté du diabétologue)  
Support pour éducation thérapeutique (issu de laboratoires)  
Support pour éducation thérapeutique  
Susceptibilité professionnelle  
Volonté des laboratoires de diriger la prescription des traitements

**AUTEUR** : Cristelle Chave

**Date de Soutenance** : 23/09/2016

**Titre de la Thèse** : Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et diabétologues dans la prise en charge du diabète de type 2 dans le département du Nord

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement** : DES de médecine générale

**Mots-clés** : diabète de type 2, collaboration interprofessionnelle, médecin généraliste, diabétologue

**Contexte** : La prise en charge des maladies chroniques, dont le diabète de type 2, est un enjeu majeur de notre société et nécessite une adaptation de notre système de soins actuels. Des études internationales ont conclu en l'amélioration possible de la prise en charge du diabète de type 2 par celle de la collaboration interprofessionnelle. Peu d'études qualitatives ont exploré celle entre médecins généralistes et diabétologues.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du département du Nord. Le logiciel d'analyse NVivo10 a été utilisé pour réaliser les codages ouvert et axial.

**Résultats** : Treize médecins généralistes ont été interviewés permettant d'arriver à la saturation des données. Les médecins généralistes donnaient des définitions variées de la collaboration interprofessionnelle qu'ils assimilaient à leur réseau de soins informel. Leurs expériences positives, liées à une notion de confiance interprofessionnelle, leur avaient permis d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Leurs expériences négatives étaient liées à une mauvaise communication interprofessionnelle, à l'existence de désaccords entre les intervenants et à une méconnaissance du rôle des diabétologues pouvant entraîner méfiance et concurrence. Les médecins généralistes collaboraient peu avec les réseaux de soins formels à cause probablement d'un manque d'informations à leur sujet. Ils proposaient des axes d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle comme l'optimisation de la communication, la valorisation de leur place dans les réseaux de soins formels et la diffusion des nouveaux modes d'exercice.

**Conclusion** : Il existe autant de collaborations interprofessionnelles que d'intervenants. L'aspect relationnel peut difficilement faire l'objet de protocole. Cependant l'éducation à la collaboration interprofessionnelle permettrait de donner un cadre de référence dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2.

**Composition du Jury** :

**Présidente** : Professeur Anne VAMBERGUE

**Assesseurs** : Professeur Éric HACHULLA

Docteur Marc BAYEN

Docteur Kathy DESCLOQUEMENT-MAHIEU

**Directrice** : Docteur Kathy DESCLOQUEMENT-MAHIEU