



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le suivi des patients diabétiques durant la pandémie de COVID-19 :
sentiments de praticiens en médecine générale.**

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2022 à 16h
au Pôle Formation
par **Alexander van't Land**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Docteur Benoit Dervaux

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent Turi

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. Par ailleurs, les auteurs ne donnent pas approbation aux opinions émises sur le forum étudié ici : cette étude vise à mieux connaître ce qui est pratiqué et nullement à en donner une validation scientifique.

Table des matières

I Introduction :	p.1
A) Le diabète non insulino-dépendant en France	p.2
Le diabète en chiffres	p.2
L'importance économique du diabète	p.7
B) Le Covid-19	p.10
C) Objectifs de l'étude	p.12
 II Matériel et méthode :	
A) Type d'étude	p.13
B) Recrutement	p.14
C) Protocole	p.15
D) Méthode d'analyse	p.15
E) Triangulation des données	p.16
F) Matériel	p.16
 III Résultats :	
A) Résultats quantitatifs	p.17
Echantillon	p.17
Caractéristiques des entretiens	p.22
B) Résultats qualitatifs	p.24
Liste des étiquettes, propriétés et thèmes	p.24
Premier thème : La place du PMG dans le suivi du patient diabétique	p.28
Second thème : La place du diabétique dans son suivi médical	p.45
Troisième thème : Apports et limites de la télémédecine dans le suivi du patient diabétique	p.50

Quatrième thème : L'articulation avec les autres professionnels de santé.....	p.54
--	------

IV Discussion

A) Le vécu du PMG au regard de sa place dans le suivi du patient diabétique	p.64
B) Une modification du colloque singulier.....	p.66
C) Le suivi du patient diabétique par les éléments biologiques.....	p.67
D) Le suivi du patient diabétique en regard des soins de second recours.....	p.68
E) L'articulation avec les autres soignants.....	p.68
F) Un impact sur le suivi à long terme ?.....	p.70
G) Perspectives.....	p.71
H) Forces et limites de l'étude.....	p.72

V Conclusion.....	p.75
--------------------------	-------------

VI Annexes.....	p.76
------------------------	-------------

VII Table des figures.....	p.94
-----------------------------------	-------------

VIII Bibliographie.....	p.95
--------------------------------	-------------

Liste des abréviations :

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie.

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés.

CPP : Comité de protection des personnes.

HBA1c : hémoglobine glyquée.

PdC : Pas de Calais.

PMG : praticien en médecine générale.

Liste des abréviations dans le tableau d'échantillon des PMG :

CAB : cabinet (pièce) de consultation dans la structure d'exercice.

Coll : collaborateur médical.

DEX : durée d'exercice.

ENV.EX : environnement d'exercice, locaux du PMG.

MS : Maison de santé médicale.

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle (incluant donc des paramédicaux).

PDS : Professionnels de santé.

Pre : entretien réalisé en présentiel.

R : rural

SdA : salle(s) d'attente(s).

SR : semi-rural

Tel : entretien réalisé par appel téléphonique.

UR : urbain.

Vis : entretien réalisé par visio-appel.

I Introduction

La pandémie COVID 19 a entraîné des répercussions sanitaires et sociales inédites au niveau mondial.

Avec ces bouleversements, les patients diabétiques ont-ils modifié leur suivi au vu des réglementations en vigueur ? Ont-ils eu recours d'une manière différente aux soignants ?

Ces mesures de restrictions et de protection ont-elles eu un impact sur leur maladie chronique ?

Lors de cette pandémie, nous avons pu voir que les soignants ont fréquemment adapté leurs pratiques d'exercice, ce, dès le premier confinement : fléchages en salle d'attente, habillages particuliers, contacts téléphoniques ou télémédecine, ordonnances en pharmacie.

Cela a-t-il joué un rôle dans le suivi de leur patientèle diabétique ?

Enfin, cet environnement social et médiatique, à la fois protecteur et anxiogène, a-t-il eu un impact sur le suivi de ces patients ? Le Colloque singulier, emblématique de la consultation du PMG en a-t-il été modifié ?

A) Le diabète non insulino-dépendant en France

Le diabète en chiffres :

Le diabète de type 2 est une pathologie chronique touchant un grand nombre de patients en France, dont la prévalence ne cesse d'augmenter ces dernières années pour dépasser les 4 millions de malades en 2020 selon les derniers chiffres de la CNAM (Fig. 1), et plus de 3.5 millions de malades bénéficiaient d'un traitement pharmacologique la même année selon santé publique France.

Ces chiffres risquent encore de s'accroître au vu de l'évolution de la prévalence de l'obésité dans notre pays (pour mémoire, soit un BMI > 30). Selon les chiffres de l'assurance maladie, notre pays compte 8.5 millions de personnes en situation d'obésité (1).

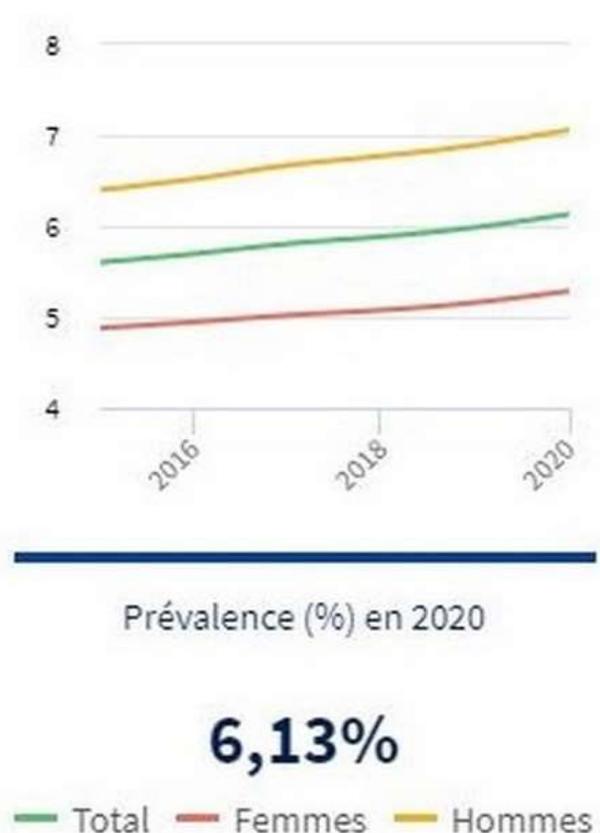


Fig. 1 : Évolution de la prévalence du diabète de type II en France entre 2015 et 2020.
Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

Dans les Hauts-de France, la prévalence du diabète de type II est supérieure à la prévalence nationale (Fig. 2). En effectif brut cela correspond à 415.000 patients pour la région, soit la

3e derrière l'Île-de-France (660.000) et l'Auvergne Rhône-Alpes (451.900).

La majorité de ces patients habite le Nord (173.000) et le Pas-de-Calais (107.000) (Fig. 3).

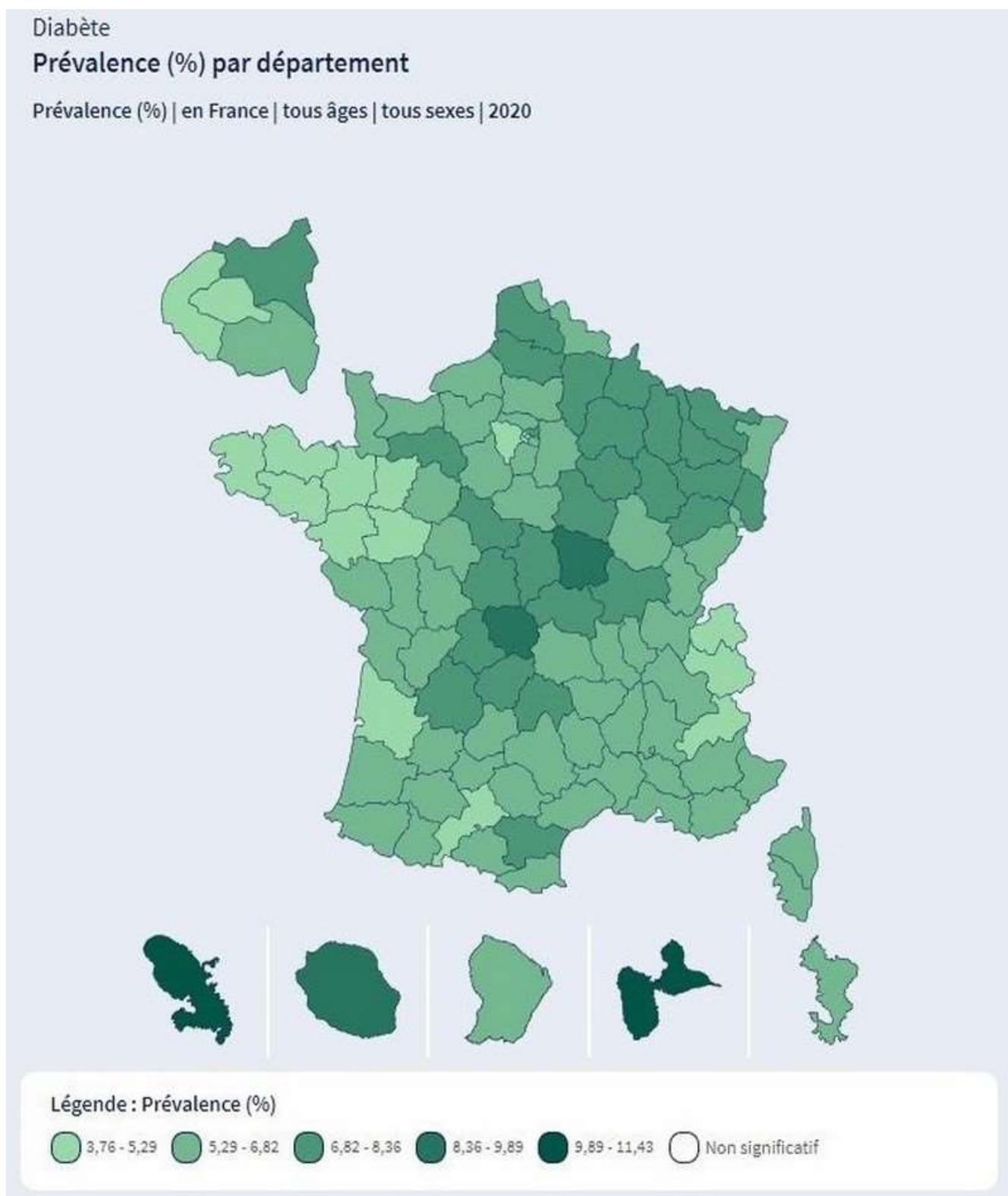
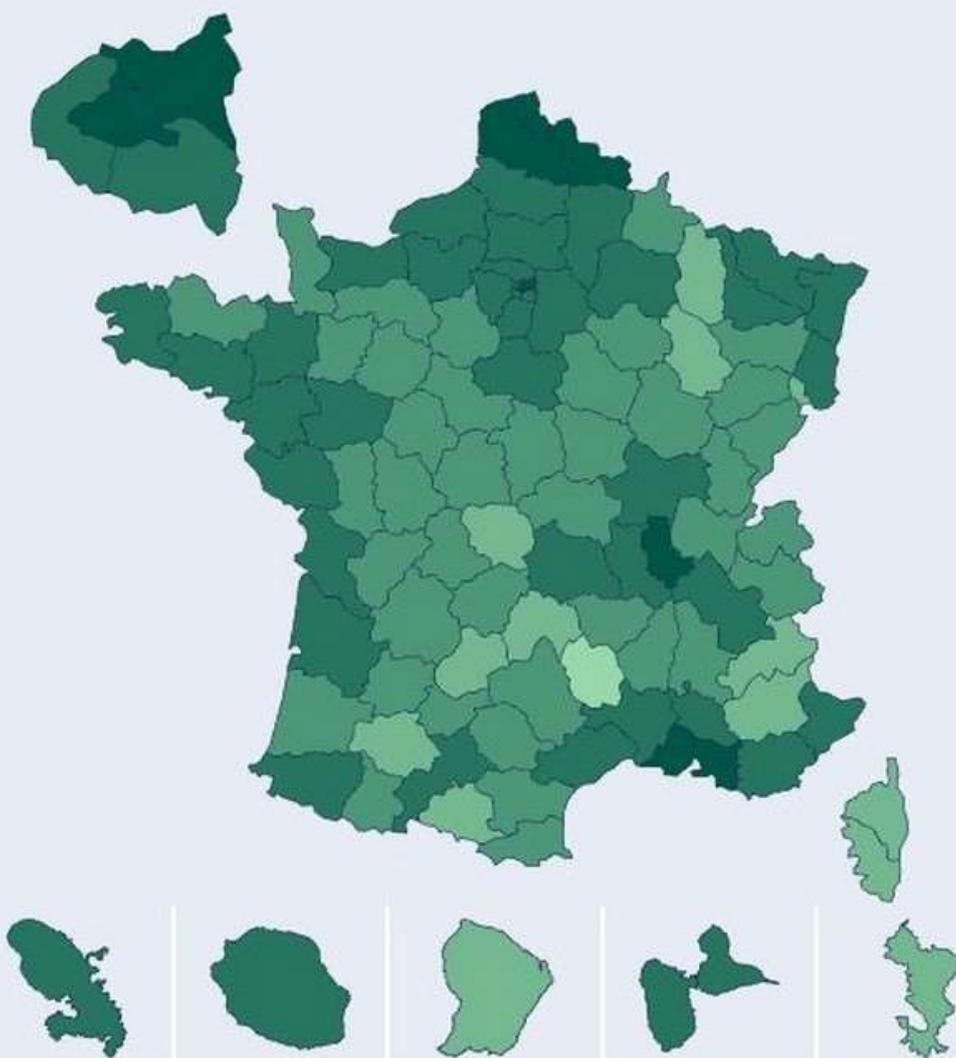


Fig. 2 : Prévalence du diabète de type II en France par département, entre 2015 et 2020.
Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

Diabète Effectif par département

Effectif | en France | tous âges | tous sexes | 2020



Légende : Effectif



Fig. 3 : Effectifs bruts du diabète de type II en France par département, entre 2015 et 2020.
Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

La répartition de la prévalence par tranche d'âge montre que le diabète touche plus d'hommes que de femmes et une majorité de patients sont situés au-dessus de 55 ans (Fig. 4). Cette répartition, au détriment des classes d'âge élevées, amène nécessairement le PMG à organiser le soin de ses patients diabétiques au regard d'autres pathologies (Fig. 5), dont en premier lieu les maladies cardiovasculaires ; que l'on retrouve aussi en tête des complications du diabète.

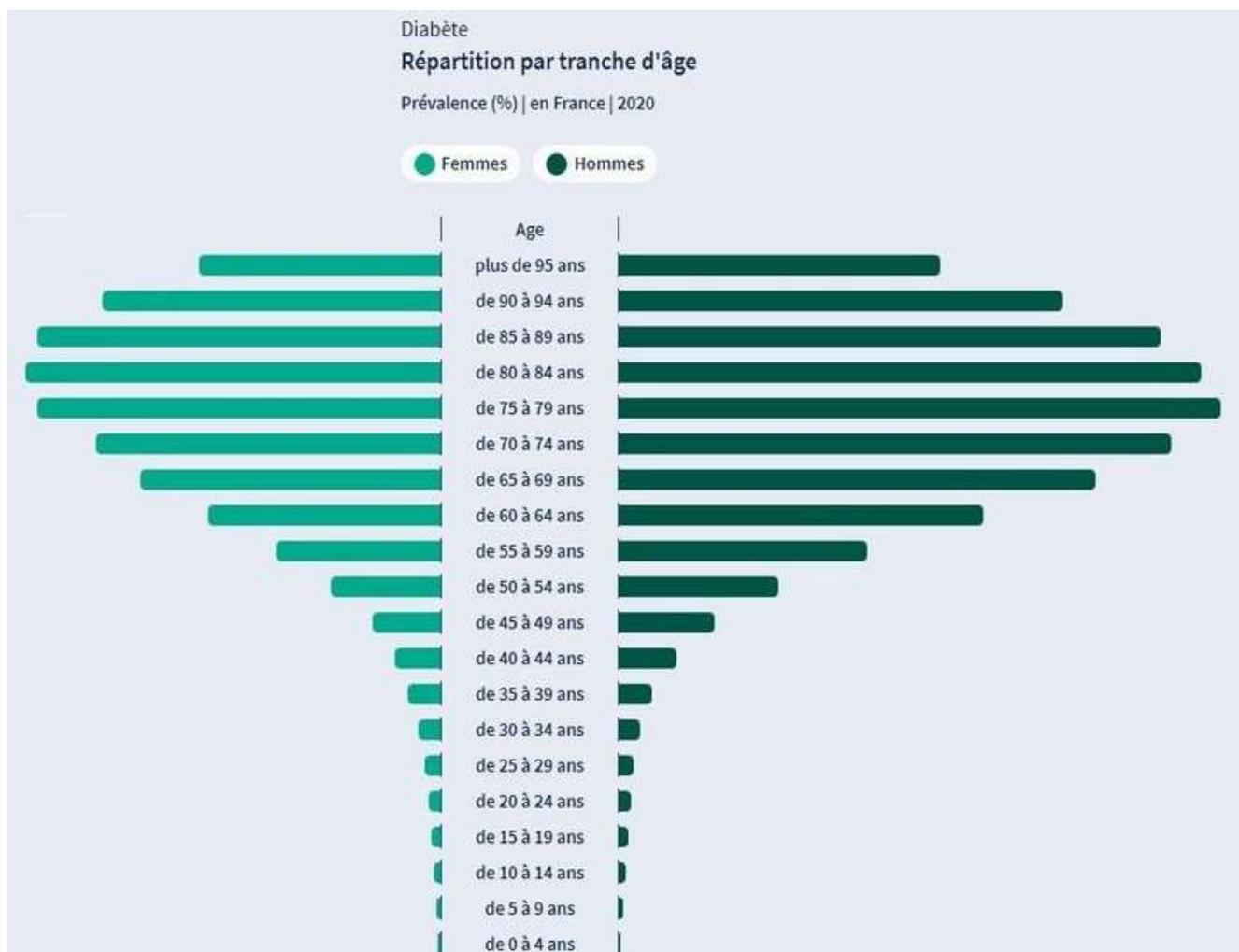


Fig. 4 : Répartition de la prévalence du diabète de type II par tranche d'âge en France, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

Diabète

Top 10 des comorbidités associées

En France | Pourcentage de l'effectif pris en charge avec au moins une...

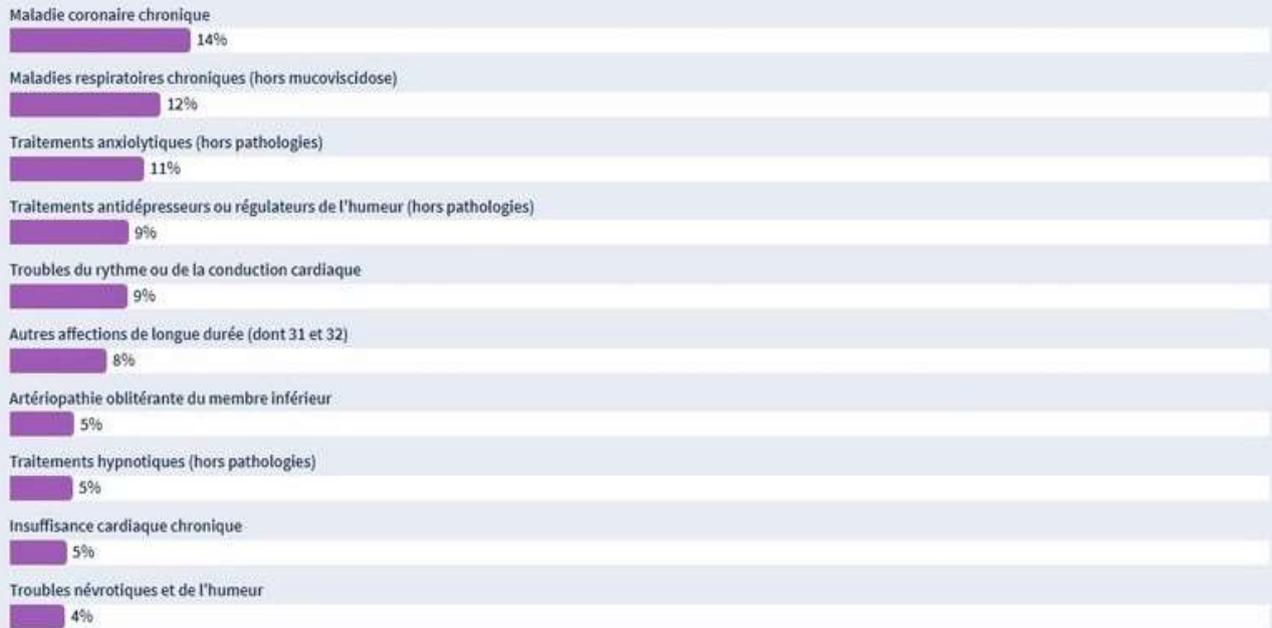


Fig. 5 : Comorbidités les plus souvent associées au diabète de type II en France, entre 2015 et 2020.
Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

L'importance économique du diabète :

Cette maladie chronique dont la prise en soins et les thérapeutiques ont évoluées au cours des dernières années, amène une augmentation des dépenses de santé, (Fig. 6) notamment en ce qui concerne les soins de premiers recours. (Fig. 7)

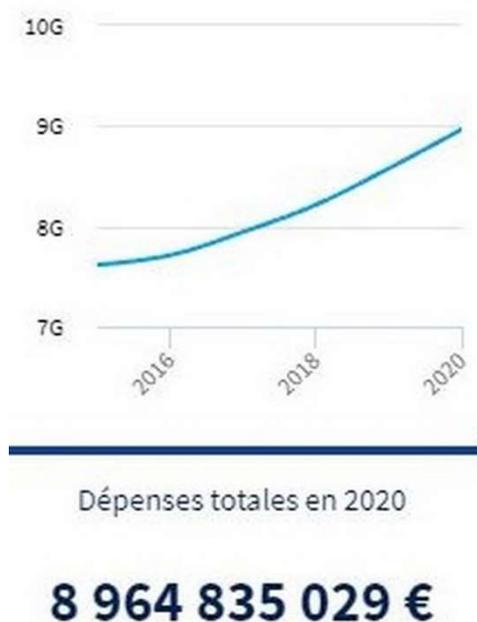


Fig. 6 : Évolution des dépenses en santé pour le diabète de type II en France, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

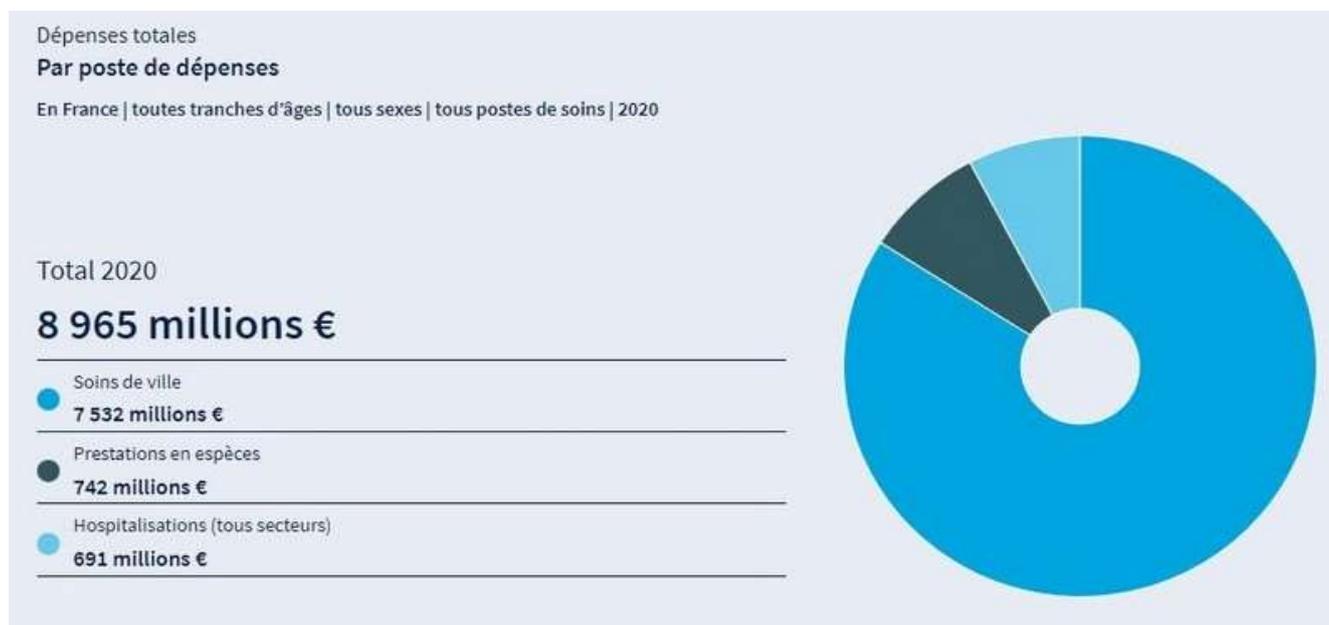


Fig. 7 : Les dépenses en santé pour le diabète de type II en France, répartition entre la ville et l'hôpital entre 2015 et 2020.

Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

Selon les chiffres de la CNAM, le PMG se retrouve en quatrième position pour ce qui est du montant des soins remboursés, ce qui en fait un bon indicateur pour évaluer son ressenti concernant le suivi des patients diabétiques et durant cette période de pandémie (Fig. 8).

Sur Ameli.fr, nous pouvons retrouver plusieurs recommandations, ce en plus du système SOPHIA déjà existant (2) ; le service d'accompagnement des maladies chroniques.

Parmi ces nouvelles recommandations, celles concernant le suivi attentif et régulier du patient diabétique, l'invitant à se rendre chez son médecin traitant et plutôt sur rendez-vous, pour discuter avec lui des examens à ne pas reporter.

Un équilibre du diabète restait l'objectif afin d'éviter les risques d'infection, voire de forme grave du COVID-19, (3) et on peut y retrouver un guide, publié dès avril 2022, à destination des patients diabétiques : « Diabète : Poursuivre ses soins face au COVID-19 » (4).

Dépenses totales
Par poste de dépenses

En France | toutes tranches d'âges | tous sexes | tous postes de soins | 2020

Total 2020

7 532 millions €

Médicaments remboursés	2 613 millions €
Autres produits de santé remboursés	1 798 millions €
Soins infirmiers remboursés	1 731 millions €
Soins de généralistes remboursés	380 millions €
Soins autres spécialistes remboursés	352 millions €
Biologie remboursée	265 millions €
Soins de kinésithérapie remboursés	142 millions €
Soins dentaires remboursés	111 millions €
Transports remboursés	107 millions €
Soins d'autres paramédicaux remboursés	25 millions €
Autres dépenses de soins de ville remboursés	8 millions €
Soins de sages-femmes remboursés	0 €

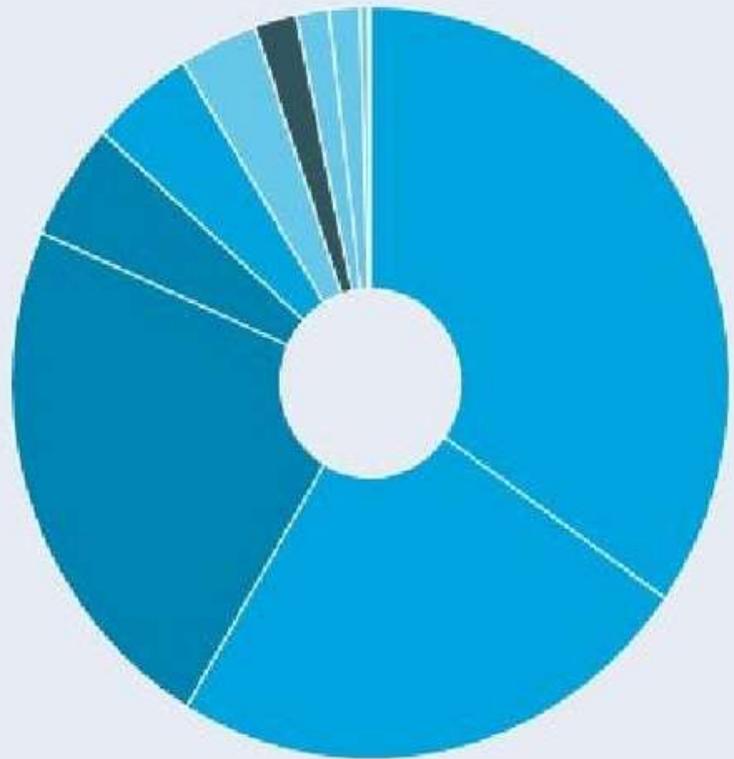


Fig. 8 : Les dépenses en santé pour le diabète de type II en France, répartition par poste, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.

B) Le COVID-19 :

Le SARS-COV-2 a pour la première fois été identifié en Chine en janvier 2020, les premiers cas rapportés en France ont été officiellement recensés le 24 janvier 2020, avec un premier patient décédé en février de la même année.

La forte contagiosité notamment aérienne et la période d'incubation pouvant aller jusqu'à 14 jours maximum (avec une phase contagieuse de 8 jours en moyenne) ont amené les autorités à prendre des mesures de restrictions sociales, allant jusqu'aux confinements et couvre-feux.

Selon la DRESS et SantéPubliqueFrance, à la date du 30/09/2022, le COVID-19 est responsable de 614.385.693 infections confirmées et de 6.522.600 décès dans le monde ; de plus de 900.000 hospitalisations en France avec 185.000 décès en établissements hospitaliers (5), dont 12600 dans les Hauts de France ; soit le cinquième taux brut pour la cinquième région la plus peuplée du pays.

Ce nombre de décès hospitaliers liés au COVID-19, en date de fin septembre 2022, rapporté à la population régionale (recensement ined.fr pour des chiffres de janvier 2022) donne un taux de mortalité 0.0021%, soit la moyenne nationale (0.0022 pour l'Île de France, 0.0020 pour l'Auvergne Rhône Alpes, par exemple).

Ce virus a très rapidement été considéré comme à risque de forme grave chez le patient diabétique (6).

En 2020, les chiffres rapportés par l'assurance maladie indiquent le diabète comme première comorbidité liée aux patients hospitalisés pour infection par COVID-19 : 27% de ceux-ci présentent alors un diabète, 26% un trouble du rythme cardiaque, 23% une affection respiratoire chronique -hors mucoviscidose- (7).

Cette considération a été nuancée en 2021 par le fait d'être plutôt diabétique et âgé, notamment en lien avec des polyopathologies, comme on peut le voir sur les extraits de

l'étude observationnelle multi-centrée CORONADO-control (8).

Sur le plan économique, les données fournies par l'assurance maladie font état de 1560 millions d'euros dépensés pour le COVID-19 lors de l'année 2020, dont 102 millions (7.2%) pour les soins de ville.

Les dépenses totales en lien avec le COVID-19 semblent très complexes à estimer, ces derniers chiffres ne représentant que les couts des hospitalisations, pas ceux de « la crise covid » par exemple cités fin 2021 par le ministre des comptes publiques ; qui estimait ces dépenses totales pour les années 2020 et 2021 entre 170 et 200 milliards d'euros.

Concernant les téléconsultations, un des éléments que nous allons aborder dans les entretiens des praticiens, les chiffres de l'assurance maladie dépeignent une hausse spectaculaire des actes de consultation médicale en soins primaires : d'un peu plus de 10.000 actes en janvier 2020, ils passent à plus d'un million en mars, avant de redescendre aux 500.000 en fin d'été 2020. Sur cette période, toujours selon l'assurance maladie, trois patients téléconsultant sur cinq avait entre 30 et 70 ans.

Le PMG, médecin de premier recours, était l'un des soignants « en première ligne » durant chaque phase de cette pandémie : depuis les premiers centres COVID jusqu'aux centres de vaccination, des premiers diagnostics avec PCR jusqu'à la gestion de la continuité des soins primaires pour le reste des autres pathologies.

C) Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude souhaitait appréhender le vécu des médecins généralistes quant au suivi de leurs patients diabétiques durant les deux premières années de la pandémie de COVID-19, soit de Mars 2020 (premier confinement) à février 2022 (fin de la vaccination COVID en centre vaccinal).

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

- L'impact de ces changements concernant la consultation du diabétique dans le cadre du colloque singulier,
- Les moyens mis en œuvre par le PMG pour s'adapter à cette situation inédite,
- Le sentiment du PMG sur l'évolution de sa place et de celle du patient diabétique dans son parcours de soin,
- La place des aides extérieures concernant ce suivi (paramédicaux, matériel de téléconsultation, ordonnances dématérialisées, ...).

II Matériel et méthode

A) Type d'étude :

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens individuels ouverts.

La façon de mener les entretiens s'inspirait de l'entretien compréhensif de Kauffman (9) se voulant une écoute active, respectueuse, encourageant les praticiens à développer leur propos sans chercher à influencer les réponses apportées.

La recherche qualitative était la plus appropriée afin de répondre à l'objectif principal, permettant de recueillir des résultats en termes de ressenti, d'expérience personnelle, sans chercher à quantifier ou à mesurer.

La théorisation ancrée a été retenue pour ce travail : en effet celle-ci « vise à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique », soit une démarche de théorisation progressive ce du phénomène étudié. (10)

Elle permet donc, selon V. Méliani (11) de « conceptualiser des données empiriques », par un « aller-retour constant entre les données recueillies sur le terrain et les données empiriques qualitatives ».

Le terme « ancrée » rapporte justement à ces données recueillies sur le terrain.

B) Recrutement :

Les entretiens ont eu lieu après un premier contact téléphonique ou par courriel.

Après accord de participation du PMG, un rendez-vous était fixé afin de réaliser l'interview en présentiel si possible.

L'échantillon a été constitué avec l'idée première d'une "exemplarité à variation maximale".

L'arrêt de l'inclusion de nouveaux participants a été réalisée lorsque la suffisance des données a été atteinte, sans nouvel élément ajouté sur deux entretiens consécutifs.

Les entretiens ont été préférentiellement menés en présentiel, seuls les deux derniers ont été réalisés en visio-conférence.

Le recrutement a été arrêté lorsque deux entretiens successifs ont permis une suffisance des données.

Les entretiens se sont déroulés du 7 février au 9 juillet 2022.

Critères d'inclusion :

J'ai interviewé des PMG installés dans les Hauts de France. Ils devaient nécessairement suivre des patients atteints de diabète de type II avant et pendant la pandémie de COVID-19.

Critères de non-inclusion :

Les médecins spécialistes de second recours, les médecins remplaçants à titre ponctuel, les PMG ayant stoppé leur activité au décours des six premiers mois de la pandémie COVID-19.

C) Protocole :

Lors de la demande d'entretien, j'ai présenté aux PMG le sujet et les objectifs de cette étude. Lorsque le PMG acceptait un rendez-vous, un consentement pour l'enregistrement audio a été recueilli avant de commencer l'entretien.

L'entretien en lui-même débutait par une présentation du PMG : modalités d'exercice, durée d'exercice en tant que PMG, structure(s) d'exercice.

Puis j'ouvrais l'entretien en tant que tel par une question ouverte, avec des questions de relance semi-structurées selon un script découlant des entretiens tests (au nombre de trois, cf. annexe 1).

Le PMG était informé qu'il pouvait refuser de répondre à certaines questions de relance, ou qu'il pouvait demander que certains passages ne soient pas inscrits dans les résultats, notamment s'il préférait éviter d'aborder un thème plus personnel.

Cette situation s'est produite pour un seul PMG, (N°4, question concernant l'articulation des soins primaires avec les professionnels paramédicaux).

Un seul entretien a dû être écourté par suite d'une intervention extérieure (N°5).

D) Méthode d'analyse :

Les données recueillies étaient ensuite retranscrites en verbatim puis analysés sans aide d'un logiciel.

A partir des données recueillies, les textes ont été codés en étiquettes, c'est-à-dire en idée se rapportant à un aspect précis du ressenti du PMG.

Plusieurs étiquettes ont permis de définir des propriétés (sous-catégories), afin de dégager les thèmes principaux.

E) Triangulation des données :

La triangulation des données a été réalisée avec deux personnes différentes pour les cinq premiers entretiens, puis a dû être abandonnée au vu des difficultés de coordination rencontrées.

F) Matériel :

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone (modèle OLYMPUS© WS-853).

La retranscription a été réalisée au fur et à mesure sur le logiciel OpenOffice Apache 4.1.12.

Les enregistrements audios ont été réalisés après accord oral des PMG, ceux-ci seront supprimés une fois la thèse soutenue.

III Résultats :

A) Résultats quantitatifs :

Échantillon :

Un total de cinquante-sept PMG ont été contactés, dont vingt-deux ont répondu. Concernant ceux-ci, quatre n'ont pas donné suite, un a refusé de participer, sept n'ont pu prévoir un rendez-vous pour l'entretien. Neuf PMG ont été interrogés pour ce travail (Fig. 9).

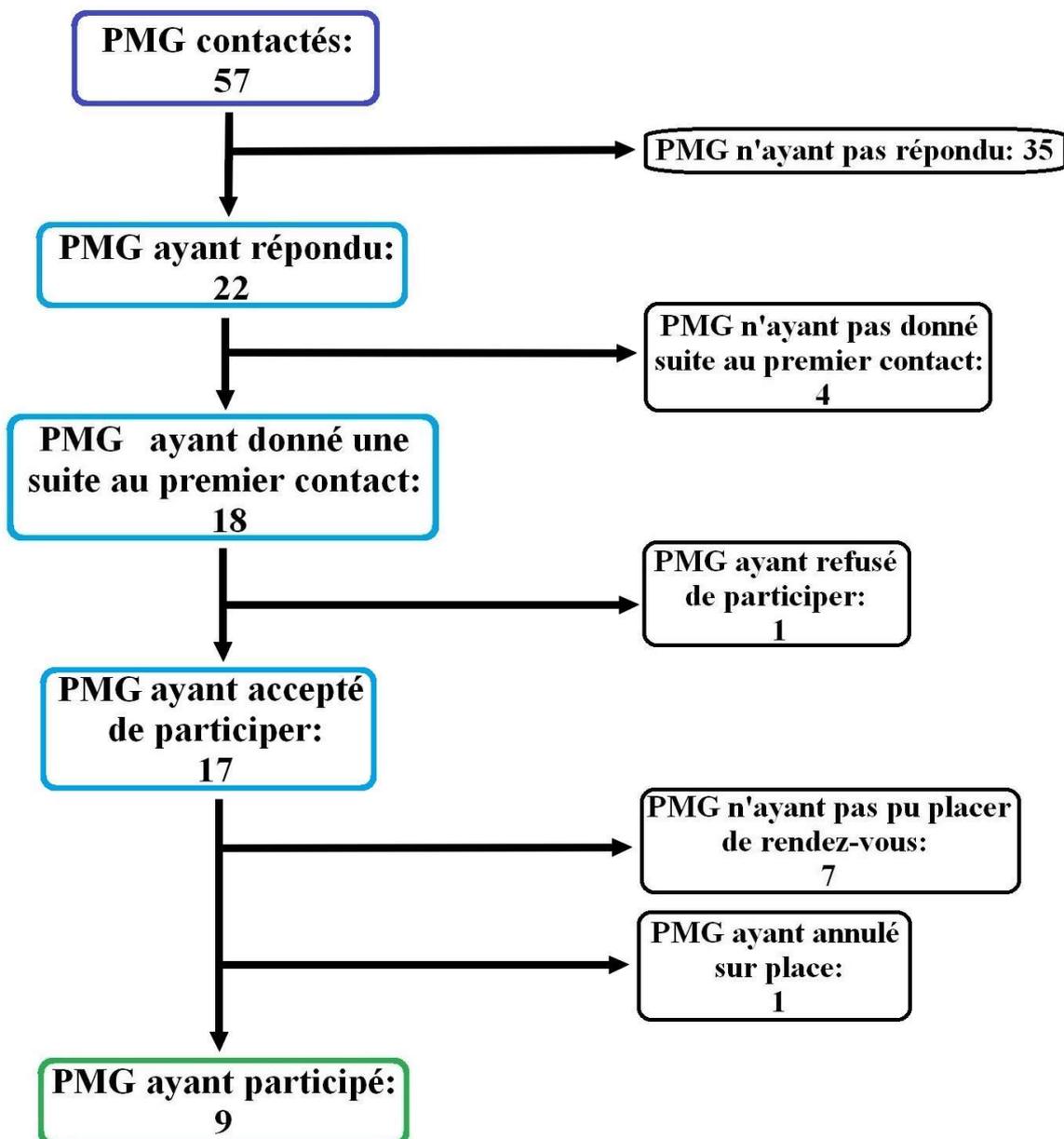


Fig. 9 : schéma récapitulatif des PMG contactés et interrogés.

Les PMG contactés l'ont été dans une optique de représenter des modes d'exercices variés, dans des sites d'activités allant de la métropole Lilloise au cabinet rural. (Fig. 10).

Cinq d'entre eux étaient inscrits dans une CPTS (Fig. 11), cinq exerçaient dans une MSP. (Fig. 12).

Un seul entretien a été interrompu avant la dernière question et n'a pu être repris.

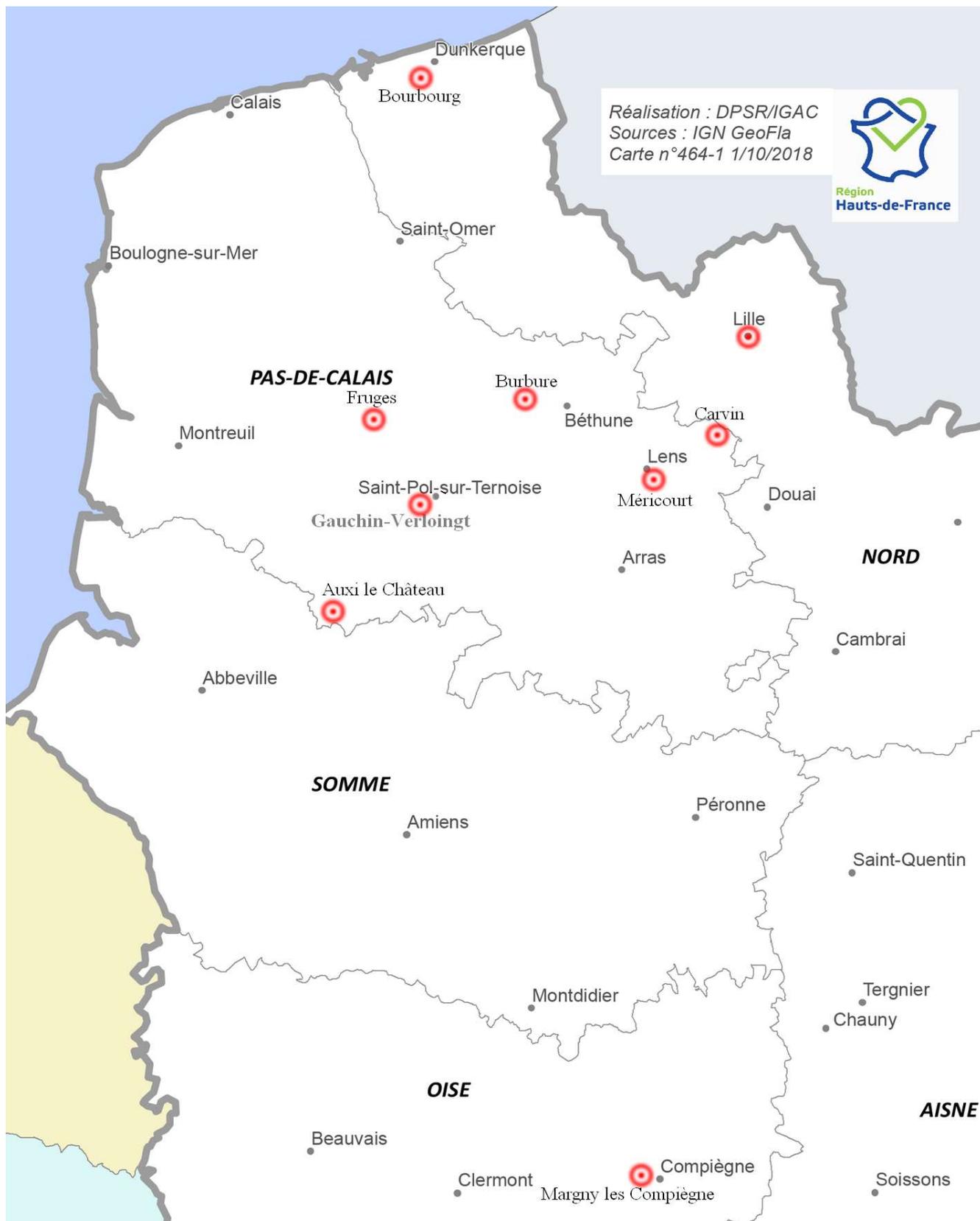


Fig. 10 : Répartition géographique des PMG interviewés.
 Source de la base de la carte : Région Hauts de France, disponible sur <https://cartes.hautsdefrance.fr/node/983>

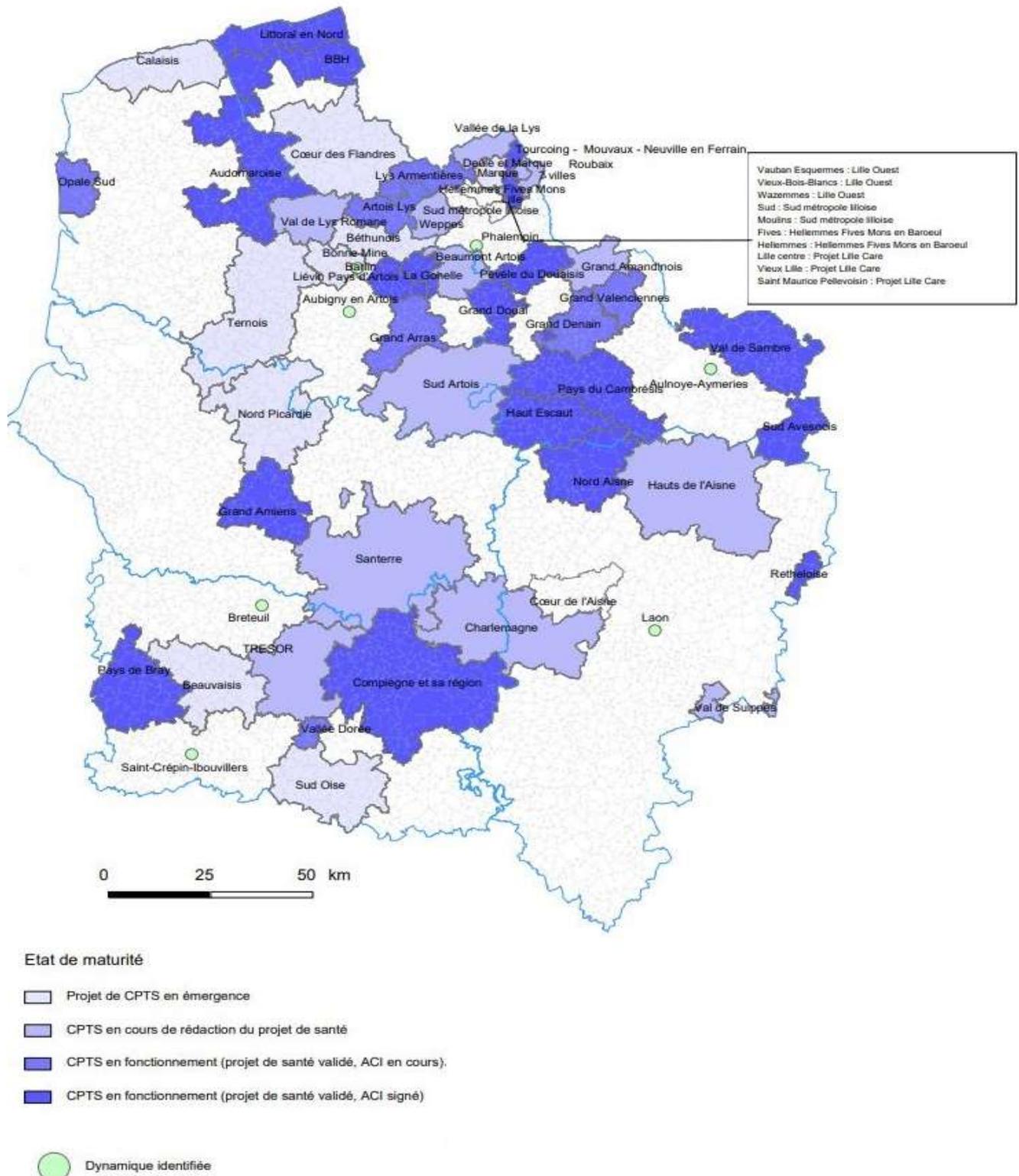
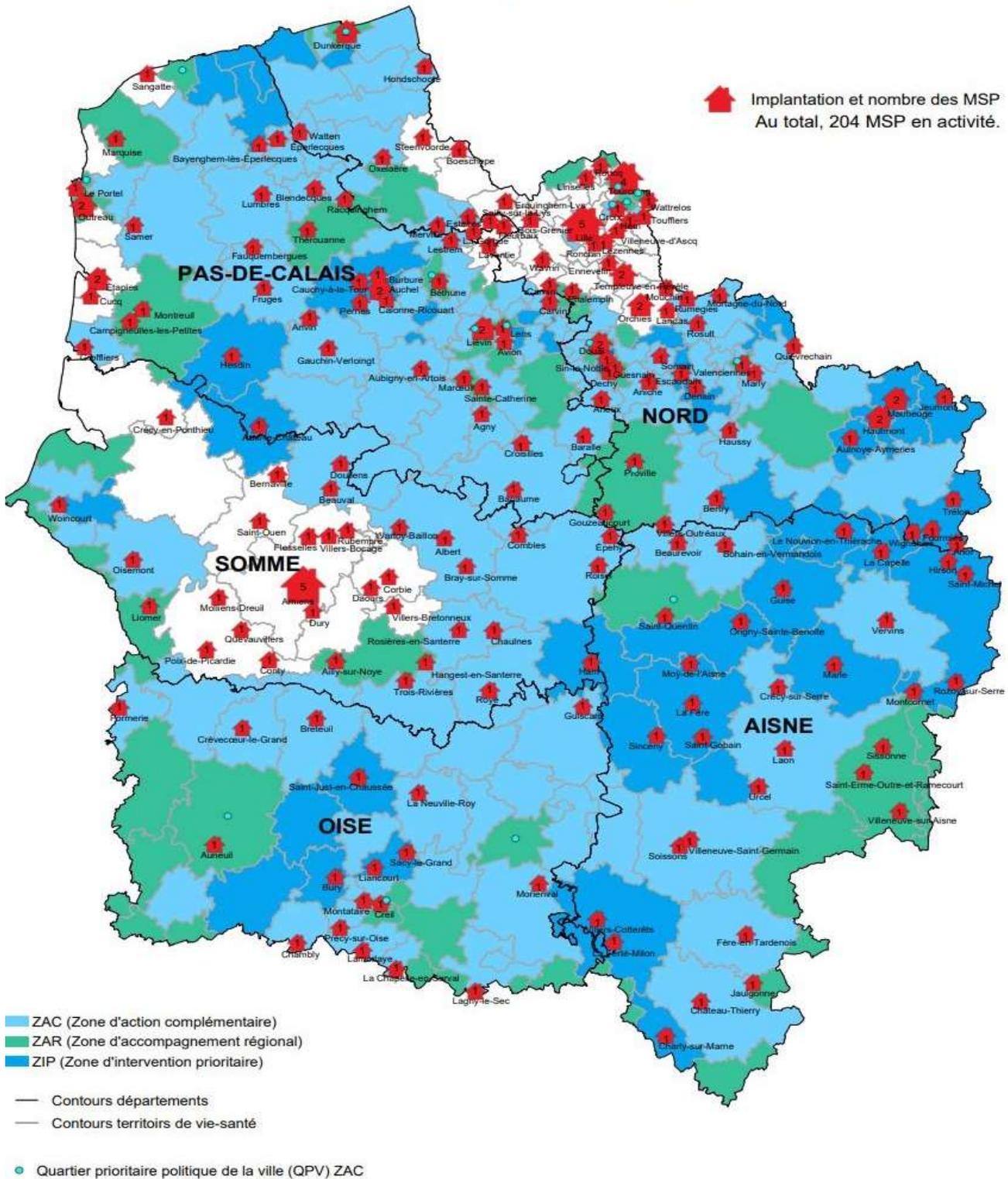


Fig. 11 : Carte des CPTS de la région Hauts de France, Source : ARS Hauts de France.

Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) Mai 2022

Région Hauts-de-France



Source : ARS/DOS et DST Observation et études/ LI (mai 2022)

Fig. 12 : Carte des MSP de la région Hauts de France,
 Source : ARS Hauts de France.

Caractéristiques des entretiens :

Concernant les neuf praticiens ayant répondu, six sont des femmes, un PMG travaille en non libéral et un en activité mixte.

Tous sont installés depuis au moins deux ans, avec une moyenne d'années d'exercice à 11.8 ans et une médiane située à 12 ans.

Les deux tiers (6/9) exercent en milieu rural ou semi-rural, et un seul PMG exerce en métropole.

Aucun des PMG interviewés n'exerce de façon isolée, et trois d'entre eux ont seulement un ou une associé(e) médical dans leur structure.

Trois PMG ont une salle d'attente commune, une seule PMG exerce en alternance avec sa collaboratrice, et une dans des lieux différents : MS, MSP, avec des agencements de locaux bien distincts.

La durée moyenne des entretiens est de 36.55 minutes, seuls deux n'ont pas été réalisés en présentiel (Fig.13).

En ce qui concerne les autres professionnels de santé exerçant avec les PMG, on retrouve :

- Chez 6 PMG : IDEL installé(e)s dans la structure,
- Chez deux PMG : podologues,
- Chez un PMG : une nutritionniste,
- Une des PMG exerçait avec des médecins spécialistes de second recours pouvant avoir un lien avec le suivi des patients diabétiques (néphrologue).

N° d'entretien	Sexe	DEX (années)	Âge	Mode d'exercice	Site d'activité	Lieu d'exercice	ENV.EX:	Présence d'autres PMG?	Durée d'entretien	Mode d'entretien
1	F	2	30-35	Libéral	SR	cabinet	1 CAB, 1SdA	1 coll	55	Pre
2	F	3	30-35	Mixte	UR	Cabinet médical	Plusieurs CABS et SdA	3 coll	25	Pre
3	F	15	35-40	Libéral	UR	Cabinet médical	1 CAB, 1SdA	1 coll	55	Pre
4	F	12	40-45	Libéral	SR	MS	Plusieurs CAB	3 coll	25	Pre
5	F	4	30-35	Libéral	SR	MSP/MS	Variable selon lieu	Variable	30	Pre
6	H	25	45-50	Libéral	SR	Cabinet médical	2 CABS, 1 SdA	1 coll	45	Pre
7	H	17	40-45	Salarié	UR	MSP	Plusieurs CAB	1 coll	16	Pre
8	F	22	60-65	Libéral	RU	MSP	Plusieurs CAB	5 coll	37	Tel
9	H	7	35-40	Libéral	RU	MS	Plusieurs CAB	1 coll	41	Vis

Liste des abréviations dans le tableau :

CAB : cabinet (pièce) de consultation dans la structure d'exercice.

Coll : collaborateur médical.

DEX : durée d'exercice.

ENV.EX : environnement d'exercice, locaux du PMG.

MS : Maison de santé médicale.

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle (incluant donc des paramédicaux).

PDS : Professionnels de santé.

Pre : entretien réalisé en présentiel.

R : rural

SdA : salle(s) d'attente(s).

SR : semi-rural

Tel : entretien réalisé par appel téléphonique.

UR : urbain.

Vis : entretien réalisé par visio-appel.

Fig. 13 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des PMG interrogés.

B) Résultats qualitatifs

Les étiquettes (▪), propriétés (➤), thèmes (❖) sont listés ci-dessous, et sont aussi repris schématiquement dans l'annexe 5 :

❖ **La place du PMG dans le suivi des patients diabétiques**

- La nécessité de trouver une nouvelle organisation du soin :
 - Modifications des plannings,
 - Modification de l'organisation du soin,
 - Organisation des locaux d'exercice,
 - Adaptation du matériel.
- La modification du colloque singulier :
 - Lien avec la société médiatisée,
 - Plus de psychothérapie de soutien,
 - De devoir être plus sévère en consultation de suivi.
- Le stress professionnel :
 - La pandémie
 - Sentiment d'isolement,
 - Perte d'endurance.
- Le questionnement sur la place de prescripteur de premier recours :
 - Renouvellements sans consulter le médecin traitant,
 - La place du discours médical et celle du discours des médias.
- La crainte de retrouver des « catastrophes » à la levée des confinements :
 - Difficulté de garder un suivi habituel,
 - Patients perdus de vue,
 - Retard de prise en soins,

- Perte de chance,
- Complications du diabète,
- Hémoglobine glyquée.

❖ La place du diabétique dans son suivi médical

➤ La perte de repères :

- Pouvoir consulter son médecin traitant durant les confinements,
- Pouvoir se rendre aux examens et consultations spécialisées,
- Isolement et confinement à domicile,
- Changement de rythme de vie.

➤ L'anxiété du patient diabétique :

- Environnement médiatique / surconsommation médiatique,
- Peur de se rendre dans les lieux publics / les structures de soin,
- La part des choses entre le discours du médecin et des plateaux télévisés.

➤ Les mesures hygiéno-diététiques :

- Exercice physique et confinement,
- Nouveaux prétextes de sortie et confinement,
- Confinement et grignotages,
- Moins de « grandes sorties » : jauges des lieux publics, ...

➤ L'avis du patient sur sa propre maladie :

- Vécu de la maladie diabète,
- Vécu de la pandémie COVID-19,
- Avis sur les vaccins,
- Avis sur le diabète et le suivi.

❖ **Apports et limites de la télé médecine dans le suivi du patient diabétique**

➤ Des difficultés techniques :

- Matériels,
- Réseaux,
- Connexion aux plateformes.

➤ Difficultés du PMG :

- Stress du PMG : « passer à côté de quelque chose »,
- Impression d'être non professionnel,
- Place accordée à l'examen physique,
- Perte de temps : patients à revoir ?

➤ Difficultés du patient :

- Habitudes et âge,
- Préfère voir un humain en face,

➤ Un avantage pour garder un suivi :

- Suivi de patients stables et connus,
- "Raccrocher" les patients ne souhaitant pas venir en présentiel.

❖ **L'articulation avec les autres professionnels de santé**

➤ La place de l'IDEL :

- Une place indispensable,
- L'IDEL à domicile
- Les téléconsultations triangulaires,
- L'avis quasi quotidien sur soins,
- Une amélioration des échanges.

➤ Le Pharmacien :

- Renouvellements sans ordonnance,

- Permet d'éviter les perdus de vue,
- Ouvert lors du premier confinement,
- Rapports et échanges se font plus librement.

➤ Les autres professionnels paramédicaux :

- Pédicures,
- Nutritionnistes, diététiciens.

➤ Les relations avec les médecins spécialistes de second recours :

- Difficultés de rendez-vous,
- Avoir un avis (PMG),
- Se rendre en cabinet et structures de soins (diabétique),
- Secrétariats dématérialisés,
- Recours aux hospitalisations et aux urgences,

Relation entre PMG et spécialiste de second recours.

➤ Les échanges interprofessionnels :

- Plus grande fluidité des échanges interprofessionnels,
- Création ou extension des discussions pluriprofessionnelles centrées sur le patient,
- Mieux se connaître entre professionnels,
- Modalités d'échanges plus rapides,
- Une demande plus facile d'avis entre les différents soignants.

Premier thème : La place du PMG dans le suivi du patient diabétique :

La nécessité de trouver une nouvelle organisation du soin :

Lors de nos entretiens, j'ai noté que tous les PMG interviewés ont dû, au moins lors de la première vague de la pandémie et le premier confinement, s'organiser sur leur façon de gérer le soin, et tout particulièrement le suivi des patients diabétiques.

Dans les premiers temps, les PMG ont noté un moment de flottement, de sidération, amenant à fermer les cabinets pour les consultations en présentiel :

« Du coup, on s'est organisé mais ça a été un suivi pour ainsi dire inexistant ; il y a une pause, une vraie pause ! »

« On avait même mis une affiche à la porte de la maison de santé disant "Pas de consultation pour les plus de 70 ans ", et de toute façon on n'avait pas encore les conduites à tenir ou de recommandations des autorités. ».

« Du jour au lendemain on a été contraint d'être tous confinés, et les pouvoirs publics disaient "N'allez pas chez votre médecin traitant !", et alors, oui, c'était un petit peu plus compliqué pour pouvoir suivre les gens. ».

« Ici notre direction a décidé de ne pas prendre de risques et de fermer les cabinets dès qu'il y a eu le confinement. »

Très rapidement, les PMG se sont organisés pour pouvoir tout de même répondre aux demandes de consultations, tout en permettant de continuer à voir leurs patients diabétiques s'il le fallait.

Une des premières adaptations notées est celles des plannings, en modifiant la structure des plages horaires, ou en préférant plutôt faire des visites auprès de leur patientèle à risque afin

de limiter le risque infectieux, ou en plaçant les patients à risque infectieux en fin de consultation :

« Alors pour les patients diabétiques comme les autres, j'ai eu la même conduite : ceux qui étaient fragilisés, je les voyais chez eux. »

« Après, on a essayé des plages pour les patients avec un symptôme évocateur pour les placer sur des créneaux en fin de demi-journée à chaque fois, et rapidement ça s'est avéré impossible à tenir. » (PMG avec un seul cabinet d'examen et une seule salle d'attente).

« Les patients fragiles on les met plus en début ou en fin de plage horaire. »

« Ce qui a changé par contre dans l'organisation des consultations, tous ceux qui sont suspects d'une infection sont maintenant en fin de plage horaire. »

Les PMG en structure ont pu mettre en place des jauges de patients, des fléchages voire des séparations entre les couloirs et/ou salles d'attente :

« Et ceux qui étaient malades de toute façon on avait un secteur covid où ils étaient isolés et nous on s'habillait de la tête aux pieds. »

« Pendant un mois ou deux on a carrément séparé en deux ailes (Nb : la MSP), avec d'un côté les patients "sains", et de l'autre, dans le secteur covid, ceux avec le moindre symptôme viral. »

« Au début il y avait moins de patients donc ce n'était pas gênant pour l'organisation et ensuite on a pu espacer les patients en salle d'attente, et ceux suspects d'infection virale étaient placés en fin de journée. »

« Oui, on a aménagé la salle d'attente, on a même dû retirer le gel hydroalcoolique en salle d'attente car on avait des personnes qui venaient faire le plein ! »

« Alors pour les patients diabétiques comme les autres, j'ai eu la même conduite : ceux qui étaient fragilisés, je les voyais chez eux. »

« Depuis on a fait plusieurs zones en salle d'attente, une zone par professionnel et on demande aux patients de n'être qu'un patient par professionnel en salle d'attente, s'ils arrivent en avance ils attendent sur le parking. »

Un d'entre eux a bénéficié d'une articulation avec le centre hospitalier à proximité, permettant de voir les patients suspects d'infection COVID, dont les diabétiques, et nécessitant un examen en présentiel, sans recevoir à ce moment-là dans son propre cabinet :

« Honnêtement pendant le covid ici on ne voyait pas les patients, on avait une structure à l'hôpital où tout patient qui était suspect de covid a été vu, et dans cet hôpital tous les généralistes du coin faisaient des gardes s'ils le voulaient. »

Tous notent un grand bouleversement de leur activité les premiers jours, voire les premières semaines de la pandémie.

« Donc, si je reprends en mars 2020 ça faisait bizarre. Voyez : la journée où je voyais dix patients voire même cinq patients des fois... »

« Là on voyait beaucoup moins de personnes, donc on pouvait y aller (Nb : en visite) sans problème. »

Des PMG notent même qu'ils ont pu profiter de ces bouleversements pour supprimer les créneaux de consultation sans rendez-vous, ou de modifier leur façon d'appréhender le rendez-vous de consultation :

« Avant la pandémie je faisais encore des consultations sans rendez-vous mais ça je ne le conseille pas du tout d'ailleurs ! »

« Elle aussi a changé pour ne plus faire de consultations sans rendez-vous et elle ne reviendra pas en arrière ! » (Nb : en parlant de sa collaboratrice).

« Après j'ai changé aussi autre chose : moins d'accompagnants en consultation et maintenant un patient par rendez-vous ! Le fait de ne pouvoir faire rentrer tout le monde avec la pandémie, ça a permis d'arrêter les consultations que j'appellerai "zanzi boum". »

« Au début il y avait moins de patients [...] ça a permis d'arrêter les consultations libres, et ça ce n'est pas plus mal ! »

Sur le plan matériel, tous ont dû s'adapter, que ce soit pour la commande de fournitures (gel hydroalcoolique, masques, gants...), l'organisation du nettoyage des structures, la fourniture de masques aux consultants, quand d'autres ont dû demander à leur patientèle un peu d'aide :

« La recherche de matériel nous prenait énormément de temps à cette époque-là, on a dû passer par des entreprises locales qui ne faisait pas ça habituellement, on a dû aménager avec un stock au cabinet et on a changé aussi l'organisation des commandes. »

« Au début il fallait faire plus attention car quoi qu'on en dise on n'était pas bien équipés. J'ai du même recourir à certains patients pour avoir du gel ou des masques !

« On a eu du pot quand des premiers médecins sont morts du COVID dans la ville à côté, on

a eu un élan de solidarité de la part des patients qui nous apportaient des masques. »

Une PMG évoque la difficulté de ces changements pour les visites à domicile :

« C'était la vraie vie avec une charge virale au domicile ! Et puis comment retirer la blouse après ? Et changer tout le matériel à chaque fois ? »

Si pour tous, la fin de cette première phase n'a pas signé un retour complet à la normale concernant leurs consultations de suivi, l'arrivée des vaccinations contre le COVID-19 les a une nouvelle fois amené à s'organiser différemment :

« Ici, on a vacciné donc il a fallu s'organiser au cabinet. On a priorisé les gens les plus fragiles, très très vite les diabétiques ont été dans la première fournée de vaccination. »

« On a dû s'organiser avec deux flacons par semaine mais aussi avec les disponibilités de nos patients. »

« Et la surcharge de travail, notamment l'organisation des vaccins ! »

« Il a fallu s'organiser au cabinet et faire des listes, de toute façon les diabétiques ont été très demandeurs.

« Nous en mars 2021, on ne pouvait faire que de l'Astra, on a même dû annuler des séances de vaccination, mais il y a eu aussi des soucis de commande, on était prêt mais on n'avait pas les vaccins ! »

« Donc oui, ça a changé ma manière de travailler car je continue à faire des vaccins, et je dois faire les rappels en retard ! »

« On a dû organiser les vaccinations au mieux et au plus vite. On s'est tous resserré les coudes, ça c'est sûr ! »

Un seul PMG est à contre-courant du panel interviewé, ne notant pas d'impact de la vaccination sur son organisation habituelle. Ce qu'il tempère plus loin en mentionnant le centre de vaccination de sa structure :

« Le centre de vaccination Filieris a beaucoup aidé aussi. »

Une autre évoque un changement dans l'organisation de ses consultations en lien avec la vaccination, et a préféré ne pas vacciner ensuite et se limiter à conseiller les patients :

« Ça a beaucoup compliqué les choses, je ne savais pas quoi leur dire, ils étaient perdus tout autant que moi. J'ai été vaccinée, et leur est recommandé de le faire au plus vite. Je n'ai pas voulu m'impliquer dedans vu la complexité de mise en place, des commandes, des changements de calendrier. »

La modification du colloque singulier :

L'environnement médiatique durant la pandémie, anxiogène, semble avoir impacté la relation médecin malade dans le cadre même de la consultation du diabétique.

Les PMG interviewés notent en majorité (6/9) qu'ils ont dû augmenter la part de psychothérapie de soutien dans leur consultation :

« Ça (Nb : les médias) a très clairement eu un impact sur l'anxiété des patients. »

« Les reportages qui passaient en boucle, pour compter les nombres de morts un par un. Heureusement qu'il n'y avait pas autant que prévu au début ! »

« C'est vrai qu'avec les informations, on leur a bourré la tête et nous on devait éteindre le feu comme on pouvait ensuite en consultation. »

« L'anxiété avec des gens qui ne sortaient plus de chez eux. »

« Ils étaient plus stressés, j'ai consulté surtout pour des arrêts »

« Ça a eu un effet hyper anxiogène sur les patients et j'ai dû prescrire sur l'ordonnance même d'éteindre la télévision !! »

« Et surtout le conseil vis-à-vis de l'actualité : Débrancher sa télé!! »

« Je me souviens de la recrudescence de la demande de prescription de vitamine D car à un moment à la télévision, certains ont dit que ça protégeait du COVID. »

Un seul a déclaré n'avoir pas forcément vu de changement sur ce point :

« Je n'ai pas forcément eu plus de consultation pour anxiété, après c'était la secrétaire qui recevait les appels. »

L'arrivée de la vaccination a, là encore, chamboulé le contenu des consultations :

« En gros avant les vaccins c'était : "On n'en a pas on va tous mourir", et après, c'était "les vaccins sont pourris on va tous mourir !"... »

« Ils (Nb : les patients) ont eu beaucoup plus de questionnement ou d'inquiétude avec

l'arrivée des vaccins qui citaient le diabète en tant que facteur de risque prioritaire. »

« En consultation, je parlais déjà beaucoup, il a fallu parler encore plus! »

« Après beaucoup ont été rassurés d'être vaccinés pour reprendre le cours de leurs examens. »

Les PMG notent tous avoir dû modifier leur discours lors des consultations, s'attelant à faire plus de psychothérapie de soutien qu'auparavant :

« Pour ma part, ça a changé mes consultations : il fallait d'abord reconnaître qu'on n'est pas calé en tout »

« Il a fallu, pour les patients super angoissés, passer du temps à temporiser et débloquer certaines idées, oui il y avait un devoir d'information et clairement pas les bons messages qui étaient passés ! »

« Moi j'ai fait beaucoup de psychothérapie par téléphone, ce que je ne faisais pas forcément avant. »

« Donc il fallait expliquer ensuite au patient, en restant calme et empathique. Et comme on avait du temps on pouvait débriefer avec les patients. »

L'un des PMG a rebondi directement sur l'utilisation qu'il a pu faire de cette ambiance médiatique pour améliorer la prise en soins de ses patients :

« Quelque part ça n'a pas été si négatif que ça, comme ça j'ai refait le stock de vitamine D au

patient, mais je leur expliquais que je ne la prescrivais pas dans le cadre du COVID »

Une PMG a fait mention d'un changement notable dans sa façon de mener les consultations, avec l'apport de supports informatiques (12) :

« Il fallait expliquer les choses et on utilisait des outils comme CORONACLIC, avec un tableau et de petites cases : on renseignait les facteurs de risque, l'âge, ... »

Le stress du praticien :

La pandémie a, selon les PMG, largement impacté leurs patients diabétiques sur le plan anxieux.

Mais ce stress a lui aussi été noté sur le médecin lui-même, et tous les PMG ont abordé cet élément, d'eux même (5/9) ou après une question de relance (question de relance en lien avec l'anxiété :3/9, sans lien : 1/9).

En premier lieu, la pandémie elle-même. Si aucun des PMG n'a évoqué l'idée d'arrêter son activité devant une maladie inconnue alors, tous ont abordé le sujet avec leurs proches :

« Je me souviens les premières semaines me dire en ne voyant personne sur la route avec le confinement pourquoi on le fait, la peur ! »

« On prenait le risque (nb : d'être infecté) parce que c'était bien de ça donc il s'agissait en vrai ! »

« Alors, il a fallu en débriefer avec mon conjoint, et être d'accord sur le fait que j'allais être amenée à consulter des patients positifs. »

« Pour ma part c'était très stressant aussi, je n'avais pas envie d'attraper le covid ni d'infecter ma famille, j'ai des proches diabétiques. »

« Et c'était compliqué pour ma famille mais jamais je me suis dit je n'y vais pas, c'était logique d'y être ! »

« J'étais plus stressée, inquiète beaucoup plus vite alors qu'en fait c'était surtout des appels parce que le patient était anxieux. »

A côté de cette anxiété, deux PMG évoquent un sentiment d'isolement du soignant :

« Donc en ayant choisi de continuer j'ai choisi de ne pas aller voir ma famille afin de limiter les transmissions. »

« Par contre, moi ce que j'ai très mal vécu c'est d'être chez moi, je n'ai pas pu faire le sport que je faisais habituellement, et pareil la vie sociale. »

« On mangeait juste avec mon associé et mon interne le midi, le pauvre interne n'a pas dû passer un stage très intéressant ! »

Certains ont aussi évoqué une autre forme de stress, celui de faire prendre un risque à leur patient en allant les rencontrer, que ce soit en consultation ou en visite :

« Au tout début on était un peu paniqués, on avait peur d'apporter la peste chez les gens ! »

« Je me dis que celui qui avait le malheur de dire qu'il avait le moindre symptôme genre nez

qui coule a été par-là ! (Nb : secteur "COVID" de la MSP) »

« Et ça, ça m'a compliqué la tâche pour le suivi des patients fragilisées, toujours à répéter qu'on ne savait pas, on n'est pas à l'aise, et quand on n'est pas à l'aise, on ne fait pas son travail avec autant de sérénité. »

Mis à part le PMG salarié, qui n'a pas ressenti ce sentiment d'isolement, tous ont parlé d'une perte d'endurance au fil de la pandémie, en lien avec les mesures de distanciation, les changements des recommandations officielles, la surcharge de travail ressentie :

« Ce qui m'a, et nous a tous bien gonflés c'étaient les annonces du gouvernement qui se faisaient d'abord sur la télévision avant que nous, soignants, nous soyons informés ! »

« On avait des mails de la DGS tous les jours ainsi que des résumés URPS, mais un moment j'en ai eu un petit peu marre ! Il n'arrivait pas à nous faire un truc simple, genre un algorithme ! »

« Et même moi je le sens autant j'étais à fond au début et là maintenant je zappe j'arrive à saturation »

« Et la surcharge de travail, notamment l'organisation ainsi que les vaccins »

« Pour nous, ça a été une question d'endurance quand même, parce que c'était toutes les semaines ! »

« Mais par contre je pense que cet épisode a été propice à avancer ma date de retraite ! »

Le questionnement sur la place de prescripteur de premier recours :

Ces modifications d'organisation, d'environnement médiatique et de remise en question du PMG semblent avoir eu un effet sur l'idée de sa propre place en tant que soignant de premier recours.

Certains y ont vu un effet bénéfique, comme une sorte de rappel à ne pas prendre de "mauvaises habitudes" ; d'autres ont eu des difficultés à se situer par rapport à leur patient en regard d'un discours plus ou moins scientifique dans les médias :

« La pandémie à ce niveau-là a eu un certain côté positif parce qu'auparavant on pouvait renouveler les médicaments avec quelquefois une manière automatique de le faire. »

« Pour moi, ça a été une donnée compliquée à gérer de se rendre compte que son propre discours professionnel était complètement remis en cause par le gars qui fait un speech à la télé ! »

« Il suffisait d'une blouse blanche pour passer pour un expert, dire tout et n'importe quoi ! »

« Ce qui a été difficile par contre à vivre c'est qu'on a été moins bien écouté que les journalistes ! Très souvent ! Ça, ça a été terrible je trouve ! »

« Les fameuses "DGS-urgent" du dimanche soir à 22h, qui validaient en plus un truc déjà passé aux infos et que tout le monde savait ! »

La question des renouvellements sans ordonnance, ajoutée au script d'entretien au cours de cette enquête, a été abordée d'office chez quatre PMG. Elle a pu poser la question de la place du médecin traitant comme point de passage avant la prescription de thérapeutiques, mais aussi celle du lien avec le pharmacien, que nous verrons plus bas.

Ce sujet d'un renouvellement des traitements habituels, sans passer par le médecin traitant, semble diviser les PMG interviewés :

« Globalement ça a été. Ils l'ont bien pris de se faire dépanner, ça a été un à deux renouvellements à la pharmacie. »

« Pour revenir sur le système du renouvellement sans ordonnance, je trouve... l'idée qu'on n'était pas obligé d'aller voir son médecin à ce moment-là, et que c'était une période à part, globalement ça a autorisé les gens à ne pas se soigner ! »

« Je n'ai pas eu spécialement de ressenti négatif sur ces renouvellements, est-ce que ça a changé quelque chose dans la relation entre le patient et le pharmacien ? Probablement. »

« On en a eu, mais on avait anticipé avant avec les pharmaciens que l'on connaît très bien ; Et il n'y a eu aucun problème. »

« J'ai remarqué que les patients qui allait directement chez le pharmacien faire le renouvellement ne faisaient pas forcément leur suivi biologique »

« C'est simplement les patients les moins observants et les moins raisonnables qui ont profité de l'excuse "covid " pour se faire renouveler un max » (Nb : en pharmacie sans voir le médecin).

L'un des PMG note un effet bénéfique de ce système :

« Il y a eu des dérogations pour qu'ils aient le renouvellement directement sans passer par le médecin, pour éviter de surcharger les cabinets médicaux. Et, avec ce système, on a réussi à rechopper quelques patients qui étaient déséquilibrés (Nb : concernant l'HBA1c) mais qui ne voulaient pas aller au laboratoire. »

Un seul PMG a déclaré n'avoir pas eu recours aux renouvellements directement en pharmacie.

La crainte de retrouver des « catastrophes » à la levée des confinements :

Les PMG ont très rapidement évoqué les craintes qu'ils avaient lors du premier confinement de découvrir des décompensations chez leurs patients.

Même si une majorité d'entre eux (8/9) n'évoque pas de complications majeures, ils s'accordent à dire que l'HbA1c a varié très certainement en lien avec les effets des mesures de confinement, et de l'anxiété généralisée.

La principale conséquence de la pandémie, puis de ces mesures de confinement, a été une réorganisation du suivi habituel de leurs patients diabétiques :

« C'était catastrophique ! La plupart a pris du poids »

« Oui, sur le plan de l'activité physique, je pense que la baisse de celle-ci est continue.

Pour la nutrition c'est après le premier confinement que ça a été beaucoup plus compliqué à gérer. »

« On s'est arrangé avec les infirmières pour que les diabétiques plutôt instables puissent avoir un point avec nous de façon régulière et ça même pendant le covid. »

« Forcément une petite diminution de l'activité physique qui a fait un peu augmenter l'hémoglobine glyquée avec grignotage et ennui, mais rien de catastrophique »

« On va dire que je suis devenu quelquefois un petit peu plus sévère, par exemple sur les

changements thérapeutiques, où j'ai pu leur proposer de nouveaux traitements. »

« Je dois appuyer un peu plus. Quand je faisais des renouvellements je ne le rappelais pas forcément à chaque fois, mais désormais au vu des déséquilibres je le répète beaucoup plus systématiquement qu'avant ! »

« L'HBA1c a-t-elle varié selon vous ? » Réponse : « Non pas vraiment. Peut-être un petit peu mais pas énorme, à la limite 0,2% mais pas plus. »

« Car certains avaient quand même des prises de sang qui sans être catastrophiques ont nécessité une attention particulière, on va dire ! »

« Un retard de prise en charge, et ensuite les difficultés de retour à un suivi habituel, avec un surcroît de poids et de douleurs physiques, d'hémoglobine glyquée, de cholestérol, de tension et de stress ! »

Une seule PMG a déclaré se souvenir de deux patients ayant eu des complications en lien direct avec la pandémie.

Trois autres évoquent un lien possible :

« Au niveau macro-angiopathie, là oui, je n'en ai pas eu beaucoup mais il y en a certains à qui on a découvert de l'angor, voire un avec un infarctus, alors est-ce dû à son observance avec le contexte où est-ce dû au fait qu'il y avait moins de suivi spécialisé ? »

« Peut-être qu'il y a eu une aggravation sur des patients ayant déjà une neuropathie, mais rien d'autre. »

« Peut-être un tout petit peu plus d'hospitalisation pour déséquilibre sans gros problème.

Je n'ai pas noté plus de décès en lien avec le covid en tout cas. »

« Pour le diabète, systématiquement les patients ont décompensé, pas sur des modes graves, mais j'ai eu par exemple, un patient qui a fait un coma acidocétosique parce qu'il ne voulait pas aller à l'hôpital ! »

« Elle a eu le Covid avec forme grave et a passé 2 mois en réanimation, et, au sortir de tout ça, elle a des séquelles sévères, notamment pneumologiques. Avec ses multiples comorbidités et complications diabétiques, son suivi est différent maintenant » (Nb : parlant d'une patiente diabétique ayant refusé la vaccination).

Chez tous les PMG, après un début nécessitant un espacement des consultations de suivi ou des prescriptions d'examens, des efforts ont été faits (par le PMG et les patients) pour rétablir un suivi bimestriel ou trimestriel semblable à celui d'avant la pandémie :

« Ce qui fait qu'avec certains patients notamment des diabétiques j'ai pu assurer, on va dire un suivi à distance, sauf qu'on avait plus forcément les prises de sang tous les 3 mois comme dans un suivi classique. »

« Des patients avec un bon suivi habituel avaient tellement peur, qu'ils n'allaient même pas au laboratoire »

« Ça a donné quelques perdus de vue, on va dire sur le plan biologique ; et ça compliqué les choses quand on les a récupérés lors du déconfinement »

« Donc le suivi a été pratiquement pareil, je ne les ai pas vus pour la tension etc. »

« On a eu une activité comme dans tous les cabinets qui a été très faible de mars à avril 2020 mais après le suivi a repris normalement »

« Aujourd'hui on essaye de reprendre un suivi normal mais des difficultés persistent. »

« Maintenant c'est revenu comme avant. »

Un PMG évoque cependant un risque de patient perdus de vue, en lien avec les renouvellements en pharmacie vus plus hauts, ou encore l'essor de la télémédecine que nous aborderons par la suite :

« J'ai des patients qui ont été perdus de vue durant le début de la pandémie et que j'ai revu plus d'un an et demi après, ils ont été suivis entre deux en téléconsultation (Nb : des téléconsultations en ligne et des cabines de téléconsultation). »

Second thème : La place du diabétique dans son suivi médical

Interrogés sur les possibles causes de « flottement » des diabétiques dans leur suivi médical, les PMG avancent principalement la perte de repères au début de la pandémie, et l'anxiété.

La perte de repères :

Les difficultés parfois rencontrées à se rendre chez son médecin traitant, à ses examens complémentaires, et à garder un rythme de vie ont joué un rôle.

Le patient, au départ informé de ne pas se rendre dans les lieux de soins, ont pour une partie subi ce décalage de prise en soins :

« Ils étaient perdus ! »

« Il n'y a pas eu de choses basiques, par exemple : "Allez vers votre infirmier ou votre médecin". Ces informations ne faisaient pas appel aux ressources internes du patient, elles n'étaient pas du tout adaptées à tout à chacun ! »

« Ça c'est embêtant car on disait des choses différentes selon les jours à des patients avec la même maladie »

« Ça a été remis aux calendes grecques pour beaucoup ! » (Parlant des examens complémentaires dans le cadre du suivi),

« Il n'a pas eu ses rendez-vous, on a dû les replacer ils ont été de nouveau annulés »

« Les patients finissaient par arrêter d'appeler, car même les secrétariats n'étaient pas joignables ! » (Parlant des examens complémentaires ou consultations auprès des spécialistes de second recours),

« Le premier confinement a été un peu délétère, on a eu beaucoup de décalage par exemple dans les prises de sang. »

« Il y a eu un petit décalage sur les prises de sang, pendant le début du covid on ne faisait que les biologies urgentes, »

« Certains se sont complètement isolés, sans médicaments, d'autres ont fait des micmacs avec leur traitement : couper leurs médicaments en deux, on a tout vu ! »

« Certains spécialistes se sont mis à la prise de rendez-vous par internet, les patients n'ont pas apprécié car c'est devenu beaucoup plus compliqué. »

« L'hôpital de secteur a perdu tous ses cardiologues au cours des dernières années, on n'a toujours pas de rendez-vous pour les épreuves d'effort !»

« Les secrétariats ou services ne rappelaient pas les patients que j'ai dû gérer moi-même. »

« Pour les patients il fallait un point de rattachement qu'ils connaissent, que le médecin soit là. »

L'anxiété du patient diabétique :

Vécue par les PMG, se retrouve dans huit des entretiens :

« Je pense qu'il y en a beaucoup qui ont demandé d'eux-mêmes leur renouvellement (directement en pharmacie) : ils avaient trop peur. »

« L'anxiété avec des gens qui ne sortaient plus de chez eux. »

« Il a eu un effet hyper anxiogène (des médias) sur les patients. »

« On a eu des gens qui se sont réellement confinés par peur » (En dehors des périodes légales de confinement),

« Des patients avec un bon suivi habituel avaient tellement peur, qu'ils n'allaient même pas au laboratoire, c'était carrément une hérésie pour eux ! »

« (Ils) allaient bien et qui se demandaient pourquoi aller chercher la misère dans les hôpitaux ou chez les spécialistes ! »

« Il y avait beaucoup de craintes, et oui, ils ont vraiment déserté le cabinet. »

« Ils parlaient plus du covid que de leur maladie, ils avaient peur. »

« Et ce sont plutôt les personnes qui refusent la vaccination désormais qui ne font pas leur suivi, surtout par peur d'aller fréquenter les milieux hospitaliers. »

Les mesures hygiéno-diététiques :

En lien avec ces mesures de protection et de distanciation, l'un des principaux volets du traitement du diabète a été impacté, avec des avis opposés selon le relatif isolement de la zone d'exercice :

« Les gens promenaient leur chien, d'ailleurs je n'avais jamais vu autant de chiens ni de patient faisant leur footing qu'à ce moment-là ! » (Milieu rural),

« Beaucoup moins faisaient des efforts physiques, l'excuse du confinement semblait redondante. » (Milieu urbain),

« La majorité des résultats biologiques n'ont pas été aussi mauvais que ça, mais l'arrêt de l'activité physique ou arrêt du sport ça oui ! »

« Mais avec le confinement, les fermetures des salles de sport, ou aussi des drones qui surveillaient pour ne pas aller en forêt, c'était fou ! » (Parlant des MHD et de l'anxiété des patients),

« Je leur ai dit de ne pas changer les habitudes, je les ai peut-être un petit peu plus stimulés qu'habituellement pour marcher ou faire des efforts. »

« Avec le confinement et que les gens ont fait un petit peu moins attention, avec un peu plus d'apéros et de gâteaux, ou de grignotage [...] et en général on ne grignote pas des pommes ou des haricots verts ! »

« Au premier confinement ils disaient "ah oui on ne peut rien faire, je mange plus, on cuisine plus donc je mange beaucoup plus" »,

« Ceux qui sortaient pour se promener avant ne pouvaient plus sortir donc ils ne pouvaient plus faire leurs exercices. »

L'avis du patient sur sa propre maladie :

Pour plus de la moitié des PMG (5/9), la pandémie a eu un changement dans leur perception du vécu de leur maladie par les patients.

Certains PMG notent une meilleure prise de conscience des risques encourus lorsqu'on est diabétique, ou encore plus de questionnements sur leur maladie et les traitements, d'autres un certain raidissement dans l'avis des patients pour ce qui les concerne d'un point de vue médical :

« Il y a eu un positionnement pour chaque personne, pour chaque individu : "Moi je pense que"... Une certaine façon d'avoir un avis sur tout que je n'avais pas auparavant ! »

« Ça a été un changement, ils avaient déjà pris leur décision avant de venir, ils passaient leurs journées à avoir un avis, ou celui du voisin ! »

« Auparavant, je n'avais eu aucun diabétique qui venait en me disant regarder cette étude pour la metformine ; ni qui parlait du schéma selon des études, les recommandations... »

« Ce n'est jamais arrivé avant ça ! Et là, durant le Covid, ils avaient un avis sur tout ! »

« J'ai beaucoup de questions sur des nouveaux traitements, dont certains sont utilisés dans d'autres pays comme coupe-faim. Ça je ne l'avais pas avant. »

« Peut-être que la pandémie a changé un petit peu cette façon de penser la relation au médecin. »

« Cette prise de conscience de leur fragilité et le fait qu'ils deviennent plus acteurs, je ne trouve pas ça forcément négatif. »

Troisième thème : Apports et limites de la télémédecine dans le suivi du patient diabétique

Parmi les PMG avec qui je me suis entretenu, un seul faisait déjà des téléconsultations avant la pandémie. Pour les autres, la télémédecine s'est introduite avec les recommandations officielles, ou dans les faits pour éviter aux patients d'avoir à se rendre au cabinet, notamment lorsqu'ils étaient positifs au COVID-19 :

« C'était la recommandation de prioriser les téléconsultations. »

« Ça a vraiment débuté avec le covid. »

« C'est plutôt après le premier confinement que j'ai commencé des téléconsultations. »

De ces téléconsultations ressort un avis plutôt négatif des PMG, un seul évoque un aspect positif dans le cadre de suivis de patients stables, deux déclarent que les téléconsultations ont permis de "faire au mieux".

Parmi les difficultés rencontrées par les PMG, trois groupes ressortent : des difficultés techniques, des difficultés d'utilisation liées aux patients, et les difficultés du PMG à aborder une consultation sans examen physique.

Des difficultés techniques :

Que ce soit du côté du patient ou du PMG, on retrouve les mêmes soucis liés aux connexions et aux réseaux de télécommunications :

« Sans parler des problèmes techniques avec la connexion qui ne fonctionne pas et où j'ai dû

rappeler des patients »,

« Il y a des incidents techniques. »

Une PMG évoque sa difficulté à utiliser des outils numériques :

« De toute façon à part le téléphone, je n'utilisais pas autre chose car je suis nulle en technologie ! »

Les difficultés du PMG face à la téléconsultation :

Pour tous les PMG interrogés, la première barrière à cette nouvelle forme de consultation était pour eux l'impossibilité d'avoir accès à l'examen physique du patient :

« Moi je suis plutôt ancienne génération, j'ai toujours été plus à me servir de mes yeux et de mes mains. »

« Je préfère les voir en présentiel pour pouvoir les examiner, prendre la tension, regarder les pieds... J'ai surtout peur de passer à côté de quelque chose »

« Mais le peu de fois que j'ai fait des téléconsultations j'ai fini par faire revenir les gens parce que je ne sais pas le faire ! [...] J'ai détesté ça personnellement »

« Moi je voulais les voir, [...] donc je n'ai fait que très ponctuelles téléconsultations, je ne suis pas un fan de la chose. »

« J'avais plus l'impression de passer un coup de fil pas du tout professionnel »

« De toute façon l'examen reste un moteur pour ce métier. »

« On ne peut pas poser de diagnostic de la même manière. »

Les difficultés liées au patient :

Trois PMG évoquent la complexité de mettre en place des télé consultations lors de la pandémie en lien avec leur patientèle :

« La plupart de mes diabétiques sont assez âgés, peu modernes. »

« Ils sont trop vieux pour un smartphone ! »

« Ils préféreraient que je les voie, c'était important de voir un humain en face »

« Je trouve que ça toujours été important pour les patients d'avoir un humain en face d'eux, pour parler de leur vie, pour les soigner, ... »

Un avantage pour garder un suivi :

Les points positifs de ces téléconsultations pendant la pandémie se recentrent sur le fait de pouvoir garder un lien avec le patient, et d'éviter les perdus de vue :

« Globalement ils ont été contents de pouvoir avoir un lien avec leur docteur, ils étaient plutôt rassurés ».

« Mon avis sur les téléconsultations est assez mitigé : d'un côté c'est bien pour ceux qui ne

veulent pas venir car on peut au moins faire le point »

Si les téléconsultations ont eu un vécu plutôt négatif, un PMG a évoqué la possibilité d'en faire pour les patients dont le suivi est stable :

« Alors pourquoi pas de temps en temps faire des téléconsultations mais pas tout le temps. »

Quatrième thème : L'articulation avec les autres professionnels de santé

L'IDEL :

Que les PMG exercent ou non en structure comprenant des infirmiers, la majorité (7/9) a l'habitude de travailler avec un réseau d'IDEL connu d'eux.

Les changements d'organisation, les confinements, les retards de prise en soins cités plus haut les ont alors amenés à adapter les échanges PMG – IDEL.

Deux PMG n'ont pas évoqué leurs échanges avec les IDEL, et un a effleuré le sujet mais n'a pu développer (entretien interrompu à la question concernant les paramédicaux).

Chez les PMG ayant abordé le sujet, la place indispensable qu'occupe l'IDEL dans le suivi du patient diabétique ressort clairement :

« Heureusement qu'il y a eu les infirmiers libéraux, ça c'est sûr, et on ne les remerciera jamais assez, ils ont fait un travail fantastique, c'est sûr ! »

« Heureusement que les infirmiers libéraux étaient là pour nous informer sur les évolutions en positif et négatif. »

« Avec les infirmières puisqu'elles allaient au domicile, ça me rassure, et les patients aussi. »

« S'ils avaient refusé de continuer de voir les patients, ça aurait franchement coincé ! »

« Il m'est arrivé aussi de prescrire des surveillances par les infirmiers ; donc j'avais l'œil et l'avis d'un professionnel de santé. » (Déclare ne pas l'avoir fait auparavant).

Cinq PMG ont noté que la pandémie avait fait évoluer la manière d'organiser le soin du patient diabétique avec l'IDEL, que ce soit sur la forme ou le fond des échanges :

« Les téléconsultations triangulaires avec infirmière, ça ce n'était pas trop développé avant dans mon secteur. »

« On s'est arrangé avec les infirmières pour que les diabétiques plutôt instables puissent avoir un point avec nous de façon régulière et ça même pendant le covid. »

« C'est vrai que, pour le coup, la pandémie a fait qu'on a été obligées de s'organiser, rien que pour les vaccins, pour les suivis, les infirmiers et les gens covidés. »

« Les infirmières ont continué à bosser pareil et au contraire avec les vaccins on a beaucoup plus travaillé ensemble main dans la main. »

L'un des PMG articule cette organisation un peu plus loin dans son développement en rattachant son sentiment sur le vécu des patients :

« Je pense qu'ils (les patients) étaient contents de voir que leurs infirmiers travaillaient aussi ici pour les vaccins ou dans le côté covid de la MSP, et de voir qu'on a pu s'organiser. »

Un autre évoque une ressource inattendue chez l'un de ses IDEL :

« J'ai la chance d'avoir un infirmier ayant travaillé en endocrinologie et qui est lui-même diabétique, il s'y connaît très bien pour tout ce qui va être glycémie et adaptation d'insuline. »

Le Pharmacien :

Le rôle du pharmacien lors de cette pandémie a lui aussi été central.

Soignant de premier recours lui aussi, il a vu sa place dans le parcours de soins modifié : lorsque les cabinets ont dû fermer, ou lorsque les patients ont pu obtenir des renouvellements sans ordonnance du médecin traitant, leurs officines restaient ouvertes et il m'a semblé intéressant d'interroger le sentiment du PMG sur ce point particulier.

Une seule PMG a déclaré n'avoir pas vu de changement dans ses échanges avec les pharmaciens, ni avoir eu de patients qui ont pu bénéficier de renouvellements directement en pharmacie.

Pour les autres, deux points de vue semblent s'opposer :

1- Les PMG avec un bon vécu de ces renouvellements directs :

« Oui peut-être qu'ils nous tenaient plus informés quand ils étaient inquiets sur un truc !

Donc oui il y a eu plus d'échange avec les pharmaciens oui sur les patients chroniques ! »

« Le fait qu'on leur donne cette compétence supplémentaire à pouvoir renouveler le traitement, cela ne m'a pas trop dérangé personnellement. »

« Je sais que certains patients ont pu montrer les carnets de glycémie directement au pharmacien je trouve ça bien, après quand ils avaient le moindre souci ils me contactaient. »

« Mais de manière à tout à fait naturelle [...] ils nous ont tout de suite contacté en nous disant : "On n'est pas très à l'aise avec ça, est-ce que ça ne te dérange pas qu'on t'appelle pour avoir l'autorisation de renouveler les patients ?". »

« On en a eu, mais on avait anticipé avant avec les pharmaciens que l'on connaît très bien ;

et il n'y a eu aucun problème. Les pharmaciens savaient très bien à qui ils pouvaient renouveler sans problème. »

2- Les PMG qui y ont vu un aspect plus négatif sur le suivi des diabétiques :

« Le premier confinement a été un peu délétère parce que les gens pouvaient aller faire renouveler leur ordonnance directement en pharmacie. »

« J'ai remarqué que les patients qui allait directement chez le pharmacien faire le renouvellement ne faisaient pas forcément leur suivi biologique, ils n'avaient pas l'ordonnance pour le faire. »

« Pour revenir sur le système du renouvellement sans ordonnance, je trouve l'idée qu'on n'était pas obligé d'aller voir son médecin à ce moment-là, et que c'était une période à part, et globalement ça a autorisé les gens à ne pas se soigner ! »

L'une des PMG tempère plus son propos :

« D'un autre côté ceux qui ne voulaient pas venir chez le médecin traitement, ils allaient directement à la pharmacie : je pense que ça a été mieux que rien, mieux que ne pas avoir de traitement du tout ! »

Les autres professionnels paramédicaux : pédicures et nutritionnistes / diététiciens :

Leur place dans le suivi des patients diabétiques chez les PMG interrogés dépend du réseau de soins local, et de leur intégration avant la pandémie à ce réseau.

Deux des PMG interrogés travaillaient avec un pédicure avant la pandémie. S'ils évoquent le fait que l'activité de ces derniers a dû être interrompue au début de la pandémie, ils déclarent

noter une amélioration de leurs échanges :

« Le pédicure a été forcée d'arrêter un moment avec le covid. Ça, ça a été gênant. »

« Pour les pédicures ça revient un peu au même que les spécialistes car il y en a qui ont dû fermer. »

« En revanche ça a changé ma relation avec la pédicure : nous échangeons peut-être un petit peu plus désormais. »

« Désormais nous n'hésitons plus, elle vient me voir quand elle a un patient qui lui pose un problème et inversement je vais toquer à sa porte si j'ai un souci avec un patient dont le pied me semble louche. »

Concernant les nutritionnistes ou diététiciens, avant la pandémie deux PMG avait l'habitude de travailler avec, mais arrivé en 2022, les deux PMG se désolent de ne plus en avoir pour exercer en coordination avec cette profession. Pour l'une des diététiciennes, les effets de la pandémie, financiers et anxiogènes, semblent avoir eu raison de son activité libérale :

« Hélas, les effets du COVID ont fait qu'elle a dû stopper, mais je n'en dirai pas plus. »

Les relations avec les médecins spécialistes de second recours :

Concernant les consultations de second recours spécialisées, les PMG notent que la pandémie a augmenté les difficultés afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient, mais pas forcément pour avoir un avis directement :

« Il reste aussi la problématique de l'accès aux soins et notamment l'accès aux spécialistes,

c'était déjà le cas avant la pandémie mais je trouve que désormais c'est pire ! »

« Quand on avait un truc vraiment urgent les spécialistes restaient joignables et on se débrouillait. »

« Pour l'hôpital de secteur qui suit habituellement certains patients, là pour le coup les spécialistes ne consultaient pas ; mais ils étaient très disponibles par téléphone, et ça a été une vraie grande aide. »

« Par contre un cardiologue avait fermé et on a dû en changer pour aller vers le cardiologue de l'hôpital. Mais je n'ai pas de souvenir de moment où j'ai été coincé avec des spécialistes indisponibles. »

« On a peut-être dû décaler les rendez-vous spécialistes, par exemple les cardiologues ou les échodopplers. Ils ne faisaient pas de consultation donc tout a été décalé un petit peu, mais ça a été à décalage de trois mois. Maintenant c'est revenu comme avant. »

« Pour les échodopplers, ça a été décalé mais je trouve qu'ils ont petit à petit rattrapé le retard. Quant aux rendez-vous chez l'ophtalmologue, c'était déjà fantaisiste avant, et là on a eu jusqu'à un an de délai en plus du retard habituel ! »

« Je n'ai eu qu'un seul patient avec une complication néphrologique et qui n'a pas eu ses rendez-vous, on a dû les replacer, ils ont été de nouveau annulés, c'est un concours de circonstances et on a arrangé les choses ensuite. »

« Sur le secteur c'est déjà très tendu pour avoir des rendez-vous, [...] Et là comme fatalement quasiment tout a été arrêté chez les spécialistes, on s'est pris un retard de

plusieurs mois, particulièrement avec les cardiologues ! »

« Il y a eu une sorte de blocage du système. [...] Pour les suivis spécialisés, je n'ai pas vraiment eu de soucis après le premier confinement en tout cas. »

« Quelques patients ont eu leur rendez-vous reporté de quelques semaines mais c'était pour les cardiologues et ophtalmologues. »

Quatre des PMG interrogés ont aussi fait le lien avec des difficultés de rendez-vous et de l'anxiété des patients à se rendre en structures de soins (du moins pour le début de la pandémie jusqu'au second confinement) :

« C'est plus sur le suivi on va dire spécialisé qu'on a vu un peu de retard les consultations spécialisées et les examens complémentaires, certains me disaient "Non je préfère ne pas aller à l'hôpital en ce moment docteur". »

« On sentait quand même que venir au cabinet ça passait ; il n'y avait pas trop de souci ; par contre, aller dans les hôpitaux ou chez le spécialiste c'était plutôt : "Docteur ça on va attendre je n'ai pas trop envie !". »

« Ça a été compliqué ; en plus des annulations et délai il y avait des patients qui allaient bien et qui se demandaient pourquoi aller chercher la misère et dans les hôpitaux ou chez les spécialistes ! »

« Mais pour les échodopplers, pour les patients il s'agit d'aller voir un spécialiste donc ça pose souvent plus de problème. »

L'un des PMG déplore une détérioration de sa relation avec le spécialiste de second recours, et l'isolement de son bassin d'exercice concernant les endocrinologues-diabétologues, quand un autre note une détérioration du suivi par le service spécialisé pour plusieurs de ses patients :

*« Par rapport au reste je vais prendre l'exemple de l'angiologue pour les échos doppler, là paradoxalement ça n'a pas forcément amélioré les échanges, j'ai augmenté mes demandes pour les doppler et la prévention des macros-angiopathie, et je vais le dire en mes termes mais j'ai l'impression de la faire ch*** ! »*

« Pour les spécialistes notamment diabétologues, en fait ils sont assez loin et la pandémie n'a pas changé quoi que ce soit dans nos relations. »

« Il n'était pas là alors j'ai appelé celui de garde et on m'a raccroché directement au nez ! J'ai donc dû contacter un spécialiste (d'une spécialité différente) différent dans le secteur (géographique) ! »

Un autre déplore la difficulté dans son secteur de pouvoir joindre certains spécialistes de second recours, ainsi que la mise en place des secrétariats en ligne chez ceux-ci :

« Non seulement c'était compliqué de prendre un rendez-vous pour les patients, mais c'était même compliqué de joindre le spécialiste. [...] C'était saturé et sans humain, tu pouvais plus discuter... »

Concernant le recours à l'hospitalisation, au vu des difficultés qu'ont rencontré les structures en lien avec les différentes vagues de la pandémie, les PMG essaient de moins adresser

directement leurs patients :

« J'ai peut-être tendance à moins envoyer les gens vers l'hôpital. »

« Je n'ai plus l'état d'esprit, par exemple, d'envoyer les gens aux urgences si je n'ai plus de place en consultation, désormais j'essaye de m'arranger pour les caser entre deux ou le soir. »

« Pour les urgences j'appelais directement le cardiologue sur sa ligne privée, »

« Normalement on est censé les envoyer à l'hôpital mais on évite de le surcharger, car l'hôpital ici n'en peut plus, il est en saturation de tout ! »

Une seule évoque un recours peut-être plus facile aux urgences du secteur :

« Si je n'arrivais pas à avoir de rendez-vous ou de consultation rapidement c'est bête mais je les envoyais aux urgences pour être sûr qu'ils soient vus. »

Un PMG a profité de la question pour évoquer un projet qu'il souhaite voir s'implanter dans sa MSP, et une autre voit dans ces difficultés de rendez-vous un point positif pour le soin en premier recours :

« Ce qui serait bien c'est qu'ils aient (des) téléconsultations avec leur spécialiste, notamment endocrinologue, surtout après les déprogrammations des rendez-vous qui n'ont jamais été remis ! »

« Je pense que comme les patients n'ont pas forcément pu aller voir les spécialistes, ils ont eu plus confiance en nous les soignants en premier recours. »

L'amélioration des échanges interprofessionnels :

Dans les suites des questions sur les soins de second recours et des IDEL ou pharmaciens, j'ai pu voir émerger au fil des entretiens chez les PMG ayant travaillé étroitement avec leur réseau de soignant, l'évocation d'une plus grande fluidité d'échange.

Que ce soit spontanément ou en question de relance, quatre PMG notent un point positif sur ce rapprochement amené par la pandémie :

« *Donc on voyait les patients de tout le monde (Nb : de chacun des quatre PMG installés dans la MSP) [...] on se transmettait les informations et on en parlait.* »

« *Ça a resserré les liens de l'équipe, car on a appris à se connaître différemment, nous avons trouvé des organisations grâce à ça, on a pu se connaître autrement.* »

« *Et du coup les échanges par rapport au patient notamment diabétique, étaient plus fluides. Les infirmières et pharmaciens étaient plus loquaces.* »

« *Depuis on fait plus de GEP (groupe d'échange de pratiques), c'est pas mal.* »

« *Nous avons créé un groupe WhatsApp© pour que je sois disponible quand ils ont besoin de moi.* »

IV Discussion

Par ce travail, j'ai voulu évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le suivi des patients diabétiques par le vécu des PMG.

En effectuant des recherches bibliographiques, je me suis rapidement rendu compte que la plupart des études réalisées sur cet impact, en France ou à l'étranger, portaient surtout sur des éléments quantifiables : l'hémoglobine glyquée ou encore le pied diabétique (13).

Peu de publications cependant portent sur le suivi des patients en soins primaires.

Une étude semble en cours pour évaluer cet impact sur les patients diabétiques en Ile de France (14).

A) Le vécu du PMG au regard de sa place dans le suivi du patient diabétique

Au regard des résultats, on note que la place du PMG dans le suivi de ses patients diabétiques a pu être modifiée sur plusieurs aspects.

Tout d'abord au regard de la nécessité de prévenir la propagation de la pandémie, que cela passe par les mesures de protection et de distanciation sociale, par l'organisation interne de l'espace d'exercice du PMG, ou encore l'organisation du suivi des diabétiques.

Dans les premiers temps de la pandémie, la majorité des PMG interrogés (8/9) a noté que le suivi a pu être maintenu en modifiant ce suivi : allongement des intervalles entre consultations ou biologies, recours aux téléconsultations ou aux conseils téléphoniques.

On note que tous les PMG, même celui affirmant ne pas avoir eu à modifier ses modalités de suivi, ont vécu un changement : ce dernier a en effet du vivre l'arrêt transitoire de ses consultations présentes, et exercer en téléconsultation ou en centre de consultation dédié à l'hôpital de proximité.

L'apport des téléconsultations, dans le cadre de cette crise sanitaire, a parmi selon quatre des PMG interrogés, de 'raccrocher' des patients à un suivi, et au mieux de continuer d'assurer un suivi.

L'organisation de la structure d'exercice a été citée par tous les PMG interrogés.

Il est à noter une différence de capacité d'organisation entre les PMG installés en exercice de cabinet (un seul cabinet d'examen et/ou salle d'attente) et ceux exerçant en maison de santé avec plusieurs cabinets et/ou salles d'attentes : chez ces derniers, les difficultés d'organiser un fléchage du parcours patient, des jauges en salle d'attente, voire une séparation en ailes « COVID » et « non COVID » semblent avoir pu être surmontées plus facilement, et mieux tenir dans le temps.

Ces organisations du soin de premiers recours, que ce soit sur le plan de l'agenda chronologique, de l'organisation de la structure ou de l'organisation en amont dans les commandes de matériel par exemple, ont eu un impact sur la charge de travail à fournir par le PMG.

Là encore, les différences dans les réponses apportées varient selon le mode d'exercice du PMG : plus il est entouré de confrères ou d'autres soignants, moins cette question a été marquée dans les réponses que j'ai pu obtenir.

Cette charge de travail a eu un impact sur les ressources intérieures du PMG.

On parle « d'endurance », « d'organisation lourde », des termes rapidement suivis dans les entretiens par celui du stress.

Celui-ci, vécu par les PMG au regard de pandémie, se retrouve dans différentes modalités : pour eux-mêmes ou pour leur proches (chez quatre PMG), le sentiment d'isolement lors des confinements (chez trois PMG), induit par une surinformation médiatique (chez cinq PMG) ou encore les difficultés à ne pas savoir quoi répondre à ses patients (chez cinq PMG).

Une PMG évoque que ce dernier point « a pu avoir l'effet d'avancer la date de retraite ».

Les ressources externes au PMG ont eu un effet positif, là encore en lien avec ses modalités d'exercice : recours aux confrères, groupes d'échange intra ou inter structures (chez trois PMG).

L'organisation de la télémédecine, par contre, n'a pas vécu ces différences sur les mêmes difficultés : ces dernières ont plutôt été d'ordre technique, que ce soit des réticences ou difficultés rencontrées par le PMG et/ou le patient, et des problèmes en lien avec l'accès au canal de communication ou de couverture réseau.

B) Une modification du colloque singulier

Chez huit PMG interrogés, il est noté une modification du contenu de la consultation du patient diabétique depuis l'émergence de la pandémie.

Celle-ci se retrouve sous deux grands axes principaux : ce qu'apporte le PMG lors de la consultation, et ce que le PMG ressent de son interaction avec le patient.

Pour le premier axe, en dehors des recommandations sur les mesures de protection et sur la vaccination, l'apport du PMG a été changé pour cinq d'entre eux sur une hausse des recommandations concernant les mesures hygiéno-diététiques, un sentiment de devoir prendre en soins de façon plus globale le patient (chez deux PMG), et surtout de devoir plus prendre en compte l'anxiété du patient (chez huit PMG).

L'importance attachée aux règles hygiéno-diététiques se retrouve dans plusieurs études menées par exemple en Suisse (15) ou encore là aussi en Espagne (16).

Sur ce plan, des différences existent selon la population de patients vue par le PMG : si les patients sont plutôt âgés, et pas franchement connus pour faire des excès notamment en regard de l'alimentation, il n'y a pas eu besoin d'appuyer sur ce point lors des consultations pendant ou après les confinements.

Au contraire, une patientèle plus jeune, plus mobile et plus urbaine était plus exposée à des excès alimentaires. Ces résultats ont semblé contre intuitifs de prime abord aux PMG.

Concernant le second axe, huit PMG déclarent que leurs patients diabétiques étaient plus anxieux, nécessitant alors des consultations en dehors du suivi habituel, et trois PMG déclarent avoir senti un changement dans l'attitude de leurs patients : pour une PMG, ce changement s'est traduit par un 'raidissement' de l'avis du patient sur les questions médicales, quand pour les deux autres, il s'agissait plus d'une prise de conscience de leur état de santé avec in fine le sentiment de meilleurs échanges pour parvenir à limiter l'évolution de leur diabète.

Cette anxiété chez les patients se retrouve dans la littérature, notamment dans une étude Danoise sur l'anxiété des patients diabétiques durant la pandémie (17) ou encore chez des auteurs d'une étude Espagnole (18) ou encore lors de thèses soutenues à l'université de Bordeaux (19) et de La Réunion (20).

C) Le suivi du patient diabétique par les éléments biologiques

Un élément important de suivi du diabétique en consultation de premiers recours est l'hémoglobine glyquée, celle-ci a été citée directement chez cinq des PMG interrogés.

Si cinq PMG notent une discrète dégradation de celle-ci, tous s'accordent sur le fait qu'il n'y a rien eu de « catastrophique ».

Une seule PMG n'a pas noté de différence sur ce point parmi sa patientèle.

Ces résultats semblent en accord avec ceux retrouvés dans la littérature : une amélioration de l'HBA1c à la suite des confinements dans des études Française et Espagnole (18) ; (21).

Concernant le contrôle glycémique, la littérature est plus contradictoire : amélioration dans une étude Française (22) et détérioration dans une autre étude, Japonaise (23).

D) Le suivi du patient diabétique en regard des soins de second recours

Lors de la phase initiale de la pandémie, avec les fermetures de cabinets ou de services hospitaliers, tous les PMG interrogés s'accordent à dire qu'il y a eu un « coup d'arrêt » du système, avec plus ou moins de difficultés à reprendre un rythme de suivi habituel.

Lorsque le maillage géographique de second recours et les structures hospitalières l'ont permis, ce retard a pu être rattrapé pour trois PMG interrogés.

Trois PMG notent une très forte augmentation des délais de rendez-vous auprès de confrères spécialistes par exemple en cardiologie, ophtalmologie.

Il semble intéressant de noter que ces PMG sont ceux exerçant dans un milieu urbain (Métropole ou ville de plus de 30.000 habitants).

Dans les causes retrouvées, et en passant sur les délais d'accès longs préalables à la pandémie, ils citent la fermeture de services spécialisés, de cabinets de second recours, ou l'absence de rattrapage des retards pris lors des fermetures de services de consultations.

Un article publié en décembre 2021 dans Elsevier Public Health Emergency Collection (24) semble aller dans le même sens.

E) L'articulation avec les autres soignants

Tous les PMG déclarent que la pandémie a changé leurs échanges avec les autres soignants, que ce soient les confrères généralistes ou spécialistes de second recours des PMG interrogés, les pharmaciens de ville ou encore les infirmiers libéraux.

L'inauguration des renouvellements d'ordonnances sans passer chez le médecin traitant, parfois mal vécu (chez deux PMG), a chez six des PMG interrogés permis une plus grande facilité d'échanger avec leur pharmacien de ville.

Cependant, le développement des téléconsultations, avec un vécu plutôt négatif chez cinq des sept PMG les ayant débutées avec la pandémie, n'a pas changé leurs échanges si ceux-ci en avaient réalisé en triangulation avec un ou une IDEL.

Il est à noter toutefois que les échanges avec les IDEL se sont alors plutôt fait hors téléconsultation, afin de mieux organiser le suivi à domicile des diabétiques : 6 PMG déclarent avoir plus sollicité les IDEL qu'auparavant, et trois appuient sur leur place centrale dans la gestion de ce qui a été vécu comme une cassure majeure de l'offre de soins. Ces changements sont encore plus marqués chez les PMG ayant participé aux centres COVID ou aux centres de vaccination.

En effet, ceux-ci rapportent avoir plus facilement avoir des échanges avec les soignants qu'ils ont mieux appris à connaître parfois au quotidien.

Les difficultés rencontrées par les PMG afin d'obtenir des examens paracliniques, ou voyant leurs patients en rencontrer pour obtenir des rendez-vous spécialisés ont conduit à des modifications des échanges en place : recours aux lignes personnelles en cas de besoin (deux PMG), mise en place de modes d'échange différents (par exemple groupes WhatsApp® ou obtention d'adresses mails chez deux PMG), adressage à des centres plus lointains (deux PMG), recours à des aides extérieures (par exemple IDE diabétique lui-même chez l'un des PMG).

Un autre recours en cas de difficulté est apparu lors des entretiens, celui de l'adressage direct.

Si une PMG déclare adresser directement à l'hôpital les patients pour lesquels elle n'a pas de solution de rendez-vous, trois autres essaient désormais de plus temporiser le recours aux urgences qu'auparavant.

F) Un impact sur le suivi à long terme ?

Selon une étude Britannique, la mortalité hors COVID-19 chez les diabétiques était augmentée depuis le début de la pandémie (25). En France, les chiffres de l'assurance maladie ou de SantéPubliqueFrance ne sont pas encore accessibles pour délimiter la surmortalité des patients diabétiques sans lien direct avec une infection par le COVID-19 (des tableaux de données brutes semblent avoir été mise à jour sur le site améli.fr, nécessitant un travail statistique ligne par ligne pour envisager de dégager cette surmortalité spécifique).

Le rôle qu'a pu jouer la télémédecine pour tenter de contrebalancer l'allongement des délais de prise en soins est par exemple retrouvé dans des thèses : l'une de médecine générale soutenue en Septembre 2021 à l'université de Montpellier-Nîmes (26), ou dans une autre thèse soutenue pour le DES d'endocrinologie en 2020 à l'université de Strasbourg (27).

Ces changements chez les patients (anxiété, mesures hygiéno-diététiques) et dans l'accès aux soins (PMG de premier recours, médecins spécialistes de second recours) ont-ils eu un impact sur le patient diabétique à deux ans de la pandémie ?

Qu'en pensent les PMG interrogés ?

Selon deux des PMG, l'impact des confinements, la détérioration vécue de l'offre de soins de second recours mais aussi la réticence de certains patients à se rendre dans des structures de soins a eu un impact négatif sur leurs patients diabétiques.

Ils notent un moindre suivi cardiologique, plus de détériorations vasculaires chez ces patients.

Un des PMG s'interroge sur les patients ayant présenté des complications cardio-vasculaires : aurait-on pu les diagnostiquer plus précocement s'il n'y avait pas eu cet

environnement de crise sanitaire ? Ces complications peuvent-elles être imputées au diabète ? Au COVID-19 ? A l'interaction des deux chez les patients infectés ?

Une étude publiée (28) et une thèse d'exercice (29) montrent qu'une infection par le COVID chez le diabétique augmentent le risque de thrombus distal, et donc de complications grave à terme : amputation, macro-angiopathie rénale.

On peut prendre en compte les articles publiés sur le pied diabétique (29) qui vont dans le sens contraire des réponses obtenues dans notre échantillon : on tend alors plutôt vers un retard de soins, donc une hausse des complications du pied diabétique.

Le surrisque pour un diabétique de développer une forme grave de COVID-19 est illustré par une des PMG dans son exemple cité dans les résultats. La littérature, puis les recommandations officielles parues au décours de la pandémie vont dans ce sens (7).

L'impact de la pandémie sur la morbi-mortalité des diabétiques, en dehors des décès liés au COVID, est encore assez mal délimité.

Si les réponses des PMG interrogés dans ce travail vont plutôt dans le sens d'un « petite hausse » de l'HbA1c, sans forcément plus de complications graves depuis le début de la pandémie, on peut s'interroger de façon plus générale sur l'impact de cette pandémie concernant les diabétiques de type II. Une étude, encore en cours, s'y intéresse (8).

G) Perspectives

Si l'on ne peut nier que les mesures législatives prises au début de la pandémie ont eu un impact négatif sur les délais d'obtention de rendez-vous, il est intéressant de noter que la pandémie a joué aussi un rôle sur l'hésitation des patients à continuer leurs soins, notamment au sein des structures vues comme « à risque de contamination », tout comme

l'évolution notée par certains des PMG interrogés sur l'avis qu'a le patient diabétique de sa maladie et de ses soins.

A ce titre, il pourrait être intéressant de mettre en perspective le vécu des patients diabétiques sur leur suivi de premier et de second recours.

Une étude du vécu des pharmaciens et IDEL pourrait, elle aussi, apporter des réponses non envisagées pour le moment sur les modifications du suivi du diabétique.

Les résultats obtenus au cours de ce travail, notamment sur le sujet de l'accès au soin, semblent indissociables du sujet de la désertification médicale dont les causes et conséquences font débat au niveau national depuis plusieurs années maintenant ; mais ils touchent aussi le sujet de la dématérialisation du dossier médical, de la numérisation des données et de la sécurisation des échanges entre professionnels.

Concernant l'évolution en termes de morbidité et de mortalité, des études à plus larges échelle, notamment l'étude CORONADO et CORONADOPLUS pourront apporter des réponses plus solides.

Enfin, j'aborde en deux ligne un thème tout juste effleuré lors des entretiens : le versant économique du diabète et de l'impact du COVID-19.

Lors des entretiens, cela a juste été mentionné une fois, et ce concernant le flottement du tout début de la pandémie.

Or, en effectuant des recherches afin d'étoffer l'introduction de cette étude, il apparait clair que le diabète est un élément non négligeable en termes de prestations de soins ainsi que de remboursements ; tout comme l'est (et le sera ?) le COVID.

Un questionnement autour de l'impact financier du COVID-19 en regard des suivis de pathologie chroniques aurait pu être mené ici.

H) Forces et limites de l'étude

Les forces de ce travail :

Par ce travail, j'ai essayé d'obtenir un panel de PMG représentant des activités variées tant du point de vue de leur mode d'exercice que de leur bassin de population d'installation, mais aussi de leurs années d'exercice.

Secondairement, le choix d'un entretien à question ouverte et avec relances a permis de faire émerger des thèmes et propriétés non attendus lors du début de l'étude, comme l'a permis la méthodologie d'une théorisation ancrée (12).

Ensuite, la triangulation des données : elle a été réalisée sur les cinq premiers entretiens.

Les limites de ce travail :

En premier, le taux élevé de non-répondants (61.4%), et le peu d'entretiens menées à terme (15.7%).

Ces taux auraient-ils été les mêmes dans le cadre d'une autre méthodologie que l'entretien ouvert ?

Ils posent toutefois question sur l'intérêt accordé à cette pandémie mondiale dans le cadre de suivi de pathologies chroniques.

En second, le délai de recueil des données (dix-huit mois depuis le début de la pandémie), consécutif au fait d'avoir dû modifier le sujet de cette étude au cours de l'année 2021, après plus de douze mois à attendre l'accord de la CNIL puis du CPP pour le sujet précédent dont le matériel de données concernant les patients eux-mêmes.

Enfin, la méthode d'analyse des entretiens, le fait de ne pas recourir à un programme spécifique a pu être chronophage, mais a permis de pouvoir modifier le guide d'entretien au cours de l'étude, afin d'incorporer les éléments apparus.

V Conclusion

Si les bouleversements du suivi des diabétiques induits par la pandémie semblent partiellement résorbés pour les PMG interrogés, des difficultés persistent, notamment en ce qui concerne les délais de rendez-vous en vue d'examens spécialisés, ou encore l'anxiété des patients.

Les praticiens interrogés, ont dans leur majorité su s'adapter et s'organiser, mais cela ne s'est pas fait sans toucher à leur endurance ; et ils se questionnent sur leur place en tant que médecin traitant, effecteur de soins de premier recours, et leur positionnement dans une société où les médias omniprésents induisent une immédiateté des réactions, et in fine un ultracréditarisme.

Il serait intéressant d'appréhender ce vécu de praticiens de premier recours en regard de celui des patients eux-mêmes, mais aussi de celui des paramédicaux.

VI Annexes

Annexe 1 : script d'entretien

-Bonjour, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

Questions de relance :

-Depuis combien de temps exercez-vous ?

-Exercez-vous seulement en libéral ?

-Avez-vous des associés ou des collaborateurs ?

-Pourriez-vous décrire votre structure d'exercice ?

-Y a-t-il d'autres professionnels de santé (hors médecin) installé avec vous ?

Si le PMG ne lance pas directement sur le thème du suivi des patients diabétiques :

-Selon vous, la pandémie du covid-19 a-t-elle changé votre pratique concernant le suivi de vos patients diabétiques ?

Questions de relance :

-Si vous le souhaitez, nous pouvons commencer par votre ressenti personnel au début de la pandémie, avant et avec l'arrivée du confinement ?

-A la suite des confinements de 2020, comment avez-vous appréhendé la reprise d'un suivi sans restriction des déplacements et sans fermeture des services spécialisés ?

-Le déroulement de la consultation de suivi en tant que colloque singulier a-t-il été modifié ?

-Selon vous, la difficulté à consulter ou réaliser les biologies et/ou examens complémentaires a-t-elle eu un effet sur le suivi du patient diabétique ?

Concernant les rendez-vous spécialisés, quel est votre sentiment à distance des périodes de fermeture / confinement ?

-Avez-vous un avis sur l'autorisation des patients d'obtenir leur traitement directement en

pharmacie sans rendez-vous médical ?

Intégrer l'organisation du soin par le PMG :

-La pandémie vous a-t-elle fait changer la façon de recevoir vos patients ?

-Votre agencement des locaux ?

-L'organisation de votre planning ?

Si non abordé auparavant, amener le sujet de la télé médecine :

-Abordons si vous le voulez bien le sujet de la télémédecine et des téléconsultations : ne pratiquez-vous avant la pandémie ?

-Avez-vous été amené à en faire depuis ?

-Quel est votre sentiment sur la télémédecine comme suivi de vos patients diabétiques ?

Aborder le sujet de la vaccination :

-L'arrivée des vaccins a-t-elle changé quelque chose dans le suivi de vos patients diabétiques ?

-Cela a-t-il changé votre organisation du suivi ? La consultation elle-même avec le patient diabétique ?

Question de clôture :

-Voyez-vous un sujet à ajouter, en lien avec le suivi de vos patients diabétiques ?

Annexe 2 : texte intégral d'entretien (N°3)

Q : Pouvez-vous vous présenter succinctement, ainsi que votre exercice de médecin généraliste ?

R : « J'ai passé ma thèse en 2013, et me suis installée en 2016.

J'ai une collaboratrice depuis 5 ans maintenant ; nous partageons le même cabinet, ce qui permet de concilier amplitudes horaires et vie de famille. Nous avons toutes les deux des enfants.

Je travaille en libérale exclusif, en consultation et en visites à domicile, sans autre professionnel de santé, c'est déjà pas mal !

Il y a aussi un besoin de formation personnelle, ce qui prend du temps ; je suis inscrite cette année à un diplôme « stress et anxiété » à la fac, qui prend un peu de temps par ailleurs !

C'est vrai que, pour le coup, la pandémie fait qu'on a été obligées de s'organiser, rien que pour les vaccins, pour les suivis, les infirmiers et les gens covidés. »

Q : Avez-vous eu des besoins particuliers, une organisation à faire dans vos locaux avec cette pandémie ?

R : « Non, mon point de vue a été de dire que, pour une fois, on pouvait voir un être humain en réel et, qu'à la limite, on prenait le risque (nb : d'être infecté) parce que c'était bien de ça donc il s'agissait en vrai !

Au début avril 2020, il fallait qu'on examine les gens !

Mais pour la gestion des malades chroniques et en particulier des diabétiques, ça a été, c'est sûr, un bouleversement parce qu'on a arrêté quasiment tout, et toutes les visites.

Je crois d'ailleurs qu'au début, pendant un mois à 6 semaines, que j'ai tout arrêté.

On peut d'ailleurs voir là. (Nb : regarde son planning en date de mars 2020 et tourne son écran vers moi),

C'était la recommandation de prioriser les téléconsultations, en lien avec l'infirmier libéral.

Du coup, on s'est organisé mais ça a été un suivi pour ainsi dire inexistant ; il y a une pause, une vraie pause !

Alors ; si ! Il y a des gens qui se déplaçaient car on a dit qu'on restait ouvert et qu'on n'a jamais fermé.

Donc, si je reprends en mars 2020 ça faisait bizarre, là, la première semaine et là, la deuxième semaine (nb : désigne les journées en question sur l'agenda en ligne).

Voyez : la journée où je voyais 10 patients voire même 5 patients des fois... et est-ce qu'il y a des diabétiques dans le lot ? (Nb : regarde les noms, mais ne dit rien de plus sur le planning).

Après, on a essayé des plages pour les patients avec un symptôme évocateur pour les placer sur des créneaux en fin de demi-journée à chaque fois, et rapidement ça s'est avéré impossible à tenir.

La plupart des patients ont été sages et disciplinés, même s'il y en a eu d'opposants voire un peu complotistes, mais la règle en cabinet et en visite était claire : les gens savaient qu'il fallait faire attention. »

Q : Et pour les visites ?

R : « J'en ai eu, (nb : des patients positifs) mais à part les manches courtes et le gel, je n'ai

pas beaucoup plus changé que ça, je me suis dit que mettre une blouse etc., ce n'est pas stérile au domicile.

C'était la vraie vie avec une charge virale au domicile ! Et puis comment retirer la blouse après ? Et changer tout le matériel à chaque fois ? Cela n'était pas du tout ma façon de faire, et ce n'était pas forcément la bonne, hein ! Mais c'était ma décision à ce moment-là. »

Q : A un moment, au premier confinement, les patients ont eu le droit d'aller chercher leur renouvellement sans ordonnance, vous avez eu ce cas, par exemple ?

R : « *Oui c'est vrai qu'il y a eu ça, et du coup beaucoup l'ont fait et ça se voit (nb : montre de nouveau son agenda).*

Et voilà, il y a eu une anxiété majeure, une peur des gens vers fin avril (nb : regarde de nouveau le planning), on devrait photographier ça, ça donne des souvenirs !

C'est étrange quand même, franchement, c'est bizarre...

Et alors qui venait ? Les gens en fin de vie, les gens avec les douleurs chroniques... Ha ! Là, il y a eu deux diabétiques et c'est tout !

Pour revenir sur le système du renouvellement sans ordonnance, je trouve... l'idée qu'on n'était pas obligé d'aller voir son médecin à ce moment-là, et que c'était une période à part, globalement ça a autorisé les gens à ne pas se soigner !

Voilà : "vous restez chez vous, vous restez sédentaire et pas besoin de voir un médecin ! "

Je pense qu'il y en a beaucoup qui ont demandé d'eux-mêmes leur renouvellement : ils avaient trop peur. »

Q : Reprenons justement ce manque de consultations que vous notez, pour les consultations de second recours, les biologies, les examens paracliniques dans le cadre du suivi des diabétiques, avez-vous noté des différences par rapport à avant la pandémie ?

R : « *Ça a été remis aux calendes grecques pour beaucoup !*»

Q : Pourriez-vous développer ? A cause des services fermés ? Des patients ne souhaitant pas s'exposer ?

R : « *Il y a eu les deux, il y a eu une sorte de blocage du système.*

Mais moi j'ai eu l'impression, à ce moment-là, du premier confinement jusqu'au début des vaccins, qu'il y a eu un laisser-aller, tout a été mis en stand-by complet pendant au moins 2 mois !

Avec obligatoirement un retard équivalent de prise en charge, et ensuite les difficultés de retour à un suivi habituel, avec un surcroît de poids et de douleurs physiques, d'hémoglobine glyquée, de cholestérol, de tension et de stress !

Et aussi de l'anxiété avec des gens qui ne sortaient plus de chez eux.

Pour les suivis spécialisés, je n'ai pas vraiment eu de soucis après le premier confinement en tout cas. »

Q : Concernant les téléconsultations, en avez-vous fait ?

R : « Oui mais j'avais plus l'impression de passer un coup de fil pas du tout professionnel, pas du tout dans mes fonctions normales.

Ce n'était pas une consultation mais plutôt une sorte de soutien psychologique ou de guidage ; on essaie quand même de s'appuyer sur des règles d'hygiène de vie basiques : sommeil, bouger et faire attention à l'alimentation.

Et surtout le conseil vis-à-vis de l'actualité : Débrancher sa télé !!

On a aussi dû donner des conseils vis-à-vis de l'évolution de la pandémie. »

De toute façon l'examen reste un moteur pour ce métier, c'est une fonction importante qu'on ne peut pas déléguer ; je ne sais pas, en téléconsultation par exemple, ça n'a pas la même valeur !

Pour nous, cliniciens par exemple : il y a des incidents techniques, on ne peut pas poser de diagnostic de la même manière et moi, je trouve et que ça toujours été important pour les patients d'avoir un humain en face d'eux, pour parler de leur vie, pour les soigner, etc.... »

Q : Vous avez abordé le flot d'informations médiatiques, de recommandations, le fait qu'il y en aient de façon pluriquotidienne, et parfois contradictoires...Cela a-t-il induit des changements ou questionnements sur : comment gérer vos suivis, votre exercice ?

R : « Alors ça a posé des soucis d'ordre organisationnel : il fallait aller vite, être réactif sur les fameuses "DGS-urgent" du dimanche soir à 22h, qui validaient en plus un truc déjà passé aux infos et que tout le monde savait !

Mais que nous, on ne savait pas si on n'avait pas regardé la télé...

Et donc on devait les mettre en pratique, et surtout après signer la prescription : par exemple : est-ce qu'on fait un arrêt de travail ? De combien de jours ? Et pour les masques : Quel masque ? Pour qui ?

Je comprends que ça a été difficile pour les gens qui ont fait ce travail, mais pour nous, ça a été une question d'endurance quand même parce que c'était toutes les semaines !

Heureusement qu'il y eu l'URPS pour donner un cadre et des recommandations selon les pathologies point par point.

Ce qui a été difficile par contre à vivre c'est qu'on a été moins bien écouté que les journalistes !

Très souvent ! Ça, ça a été terrible je trouve!

Il n'y a pas eu de choses basiques ,par exemple : "Allez vers votre infirmier ou votre médecin"...Ces informations ne faisaient pas appel aux ressources internes du patient, elles n'étaient pas du tout adaptées à tout à chacun!

Pour moi, ça a été une donnée compliquée à gérer de se rendre compte que son propre discours professionnel était complètement remis en cause par le gars qui fait un speech à la télé!

Il fallait donc être réactif et être souple, savoir toujours se réajuster, il fallait accepter que les patients sachent avant nous, en ça aussi c'était très bizarre!

On n'était pas les premiers avertis alors qu'on était en première ligne pour soigner des pathologies chroniques, pour ne pas les hospitaliser, et il n'y avait pas de recommandations!

Mais les patients savent ce qu'on a fait, ils savent que ça a été difficile : ils nous voyaient

regarder sur l'ordinateur, on leur disait alors : "Attendez, je regarde la dernière mise à jour". Voilà, c'était en temps réel et ça s'est fait. »

Q : Vous évoquiez des changements dans le suivi des diabétiques, avec nécessité de s'adapter à chaque fois. Avez-vous rencontré des difficultés à reprendre un suivi habituel ?

R : « On a eu beau dire, c'était l'ambiance générale qui leur disait "maintenant j'ai le droit ..." Je n'ai plus le moment exact, c'est un peu flou dans ma tête mais à des moments, ils ont a pu progressivement ressortir, revenir au cabinet.

On ne va pas catégoriser les diabétiques dans le même panier mais il y en a qui ont attendu longtemps, vraiment longtemps, d'autres ont une sorte de sursaut avec une capacité d'adaptation plus importante : dans ce cas-là, on a pu reprendre un suivi normal. »

Q : Concernant les confinements et couvre-feux, avez-vous noté des difficultés pour vos patients diabétiques ? Je pense notamment à l'exercice physique ?

R : « Je ne pense pas que ça ait pu impacter, ça a été des périodes pour le deuxième confinement avec l'automne et l'hiver 2020 donc ça ne changeait pas tellement les habitudes de vie.

Il y a eu l'excuse du confinement, mais c'était plutôt le masque et la peur d'avoir le COVID.

Pour le diabète, systématiquement les patients ont décompensé, pas sur des modes graves, mais j'ai eu par exemple, un patient qui a fait un coma acidocétosique parce qu'il ne voulait pas aller à l'hôpital !

Et, du coup, il s'est quand même retrouvé à l'hôpital mais plus longtemps ! En réanimation ! Ce patient, je l'ai vu en téléconsultation, je lui ai dit que ça n'allait pas du tout, mais lui a refusé mes conseils ; j'ai tenté de cadrer dans ce truc qui n'était pas cadré du tout, j'ai donné des conduites à tenir, et c'est sa conjointe qui a appelé les urgences... »

Q : Nous en arrivons aux débuts des vaccins ; Y a-t-il eu de nouveau des changements dans vos suivis ?

R : « Il y a eu des changements.

Ici, on a vacciné donc il a fallu s'organiser au cabinet. On a priorisé les gens les plus fragiles, très très vite les diabétiques ont été dans la première journée de vaccination.

Je n'irais pas jusqu'à dire que certaines personnes ont revécu, mais ce n'était pas loin pour certains ! Certains se sont même pris en photo avec la piqûre !» (Nb : rit en évoquant ce souvenir).

Nous, en ville on a commencé fin février 2021, j'ai eu régulièrement des diabétiques sur les plages de vaccination. On a dû s'organiser avec deux flacons par semaine mais aussi avec les disponibilités de nos patients. C'étaient des rendez-vous dédiés au vaccin.

Après le premier rappel, ça a baissé car ce n'était pas un système très pratique, ni pour nous, ni pour les patients, sans compter qu'il ne fallait pas gâcher ! »

Q : Avez-vous eu des patients diabétiques ayant refusé les vaccinations ?

R : « Oui, je leur ai laissé le libre arbitre en leur fournissant une information claire, loyale et adaptée.

Par exemple, j'ai une dame avec de multiples comorbidités et complications diabétiques qui a refusé.

Son suivi n'a pas changé, mais, du coup, elle a eu le Covid avec forme grave et a passé 2 mois en réanimation, et, au sortir de tout ça, elle a des séquelles sévères, notamment pneumologiques en plus de tout le reste.

Son suivi a changé maintenant, car désormais elle est d'accord pour tous les vaccins et suivis : je l'ai vacciné pour le pneumocoque etc.... »

Q : Et ce genre de décision sur leurs soins, pour ces patients, vous trouvez que ça a varié depuis le début de la pandémie ?

« Oui, moi je crois : il y a eu un positionnement pour chaque personne, pour chaque individu : "Moi je pense que...".

Une certaine façon d'avoir un avis sur tout que je n'avais pas auparavant !

Par exemple : on ne parlait pas de comment on fabrique un vaccin, ou de la virologie et d'épidémiologie en consultation, cela demande du temps !

Là, il fallait expliquer les choses et on utilisait des outils comme CORONACLIC, avec un tableau et de petites cases : on renseignait les facteurs de risque, l'âge, et la couleur indiquait l'importance de faire le vaccin, c'était soit rouge, soit bleu, je crois. C'était pratique. C'était très intéressant de montrer ça aux patients, mais ça prenait du temps. Désormais c'est systématiquement, comme ce n'est plus à la mode, ils reviennent poser la question au médecin : " Vous en pensez quoi ?".

Ça a été un nouveau changement, alors qu'auparavant ils avaient déjà pris leur décision avant de venir, ils passaient leurs journées à avoir un avis, ou celui du voisin !

Pour ma part, ça a changé mes consultations : il fallait d'abord reconnaître qu'on n'est pas calé en tout : je n'ai pas de difficulté à le reconnaître, mais les gens viennent vous poser des questions.

Il fallait être informé, pour le reste (du suivi habituel), ils n'avaient jamais posé de questions et, là, brusquement il se positionnaient différemment !

Mais je ne sais pas comment ça se fait dans la tête des gens mais, auparavant, ce n'était pas comme ça !

Auparavant, je n'avais eu aucun diabétique qui venait en me disant regarder cette étude pour la metformine ... Ni qui parlait du schéma selon des études, les recommandations.... Ce n'est jamais arrivé avant ça ! Et là, durant le Covid, ils avaient un avis sur tout ! C'est un mode de fonctionnement complètement différent.

Mais pour le reste, rien n'a changé, c'est assez étrange, je n'ai pas l'explication sur pourquoi ils se sont fixé un avis sur le Covid et pas sur leur santé.

Encore une fois on n'est qu'une seule personne parmi tout ce flot d'informations et ce système, on ne peut être la référence de tout et il faut de l'humilité. »

Q : Un dernier point à aborder auquel vous avez tout à fait le droit de ne pas répondre : Avez-

vous ressenti, d'un point de vue plus personnel, une différence sur votre façon d'appréhender les consultations et suivis ?

R : « Alors, il a fallu en débriefer avec mon conjoint, et être d'accord sur le fait que j'allais être amenée à consulter des patients positifs.

Il a pris le risque avec moi, mais j'ai continué à consulter, au début sans savoir que le risque n'était pas aussi élevé qu'on le pensait, mais ce n'était pas un risque à exclure !»

Q : Avez- vous quelque chose à ajouter à tout cela concernant le suivi de vos diabétiques ?

R : « Heureusement qu'il y a eu les infirmiers libéraux, ça c'est sûr, et on ne les remerciera jamais assez, ils ont fait un travail fantastique, c'est sûr !

S'ils avaient refusé de continuer de voir les patients, ça aurait franchement coincé !

A posteriori, ce n'est pas rien, tout le monde restait chez soit à dire "non je ne sors pas, j'ai peur", mais il y avait quand même des gens à soigner !»

Annexe 3 : texte intégral d'entretien (N°6)

Q : Pour commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques phrases ?

R : « *Je suis remplaçante de façon régulière et en collaboration depuis 2017, en maison de santé et en cabinet médical de groupe, c'est en milieu semi rural ou limite urbain avec des villes de petites tailles. »*

Q : De façon générale avez-vous noté des modifications dans le suivi des patients diabétiques au début de la pandémie puis après avec et la reprise couvre-feux ?

R : « *De façon générale on voit que le suivi des patients diabétiques est moins adapté, ou plutôt moins bien fait.*

Les gens ont surtout lâché tout ce qui étaient rendez-vous chez le cardiologue, l'ophtalmologue et endocrinologue.

Il y en a beaucoup encore maintenant qui ne veulent pas y aller alors qu'il y a eu les vaccins depuis. On est quand même plus dans la situation sanitaire de début de pandémie... »

Q : Et ce quel que soit le site sur lequel vous travaillez ?

R : « *Oui, peut-être plutôt en milieu rural que dans la petite ville où je travaille.*

Et ce sont plutôt les personnes qui refusent la vaccination désormais qui ne font pas leur suivi, surtout par peur d'aller fréquenter les milieux hospitaliers. »

Q : Et concernant les examens complémentaires, par exemple hémoglobine glyquée ou échodopplers ?

R : « *Pour les bios, ça s'est fait assez régulièrement, mais pour les échodopplers, pour les patients il s'agit d'aller voir un spécialiste donc ça pose souvent plus de problème. »*

Q : Pour toutes les mesures hygiéno-diététiques concernant l'activité physique et l'alimentation, avez-vous noté des modifications identiques ?

R : « *Surtout au premier confinement ils disaient "ah oui on ne peut rien faire, je mange plus, on cuisine plus donc je mange beaucoup plus", et ceux qui sortaient pour se promener avant ne pouvaient plus sortir donc il ne pouvait plus faire leurs exercices. Quand on a pu reprendre, il y en a qui ont été plus essoufflés, et donc n'avaient plus envie de recommencer !*

Donc oui, sur le plan de l'activité physique je pense que la baisse de celle-ci est continue. Pour la nutrition, c'est après le premier confinement que ça a été beaucoup plus compliqué à gérer. »

Q : Et concernant les résultats d'hémoglobine glyquée ou l'apparition de comorbidités ?

R : « *Oui les prises de sang étaient plus déséquilibrées et je dois faire beaucoup plus de rappel des règles hygiéno-diététique, celles-ci sont plus compliquées qu'avant, et je trouve*

que j'ai dû modifier ou majorer des traitements, je pense que je ne l'aurai pas fait s'il n'y avait pas eu les confinements. »

Q : Pouvez-vous préciser concernant le fait de plus appuyer sur les règles hygiéno-diététiques, avec le confinement celles-ci sont restées les mêmes ?

Q : *« Je dois appuyer un peu plus, quand je faisais des renouvellements je ne le rappelais pas forcément à chaque fois, mais désormais, au vu des déséquilibres je le répète beaucoup plus systématiquement qu'avant ! »*

Q : Avez-vous noté plus de comorbidités graves voire de décès dû au diabète en cette période ?

R : *« Non pas forcément, peut-être un tout petit peu plus d'hospitalisation pour déséquilibre sans gros problème.
Je n'ai pas noté plus de décès en lien avec le covid en tout cas. »*

Q : Et concernant la consultation en premier recours, ce qu'on appelle le colloque singulier, cela a-t-il été modifié ? Les patients ont-ils une façon différente d'appréhender la maladie ?

R : *« Pas forcément par rapport à leur diabète en tant que tel, mais ils ont eu beaucoup plus de questionnement ou d'inquiétude avec l'arrivée des vaccins qui citaient le diabète en tant que facteur de risque prioritaire.
Mais ils n'ont pas eu plus que ça de questionnement sur leur maladie elle-même, c'était plus le risque par rapport au covid.
Ils parlaient plus du covid que de leur maladie, ils avaient peur. »*

Q : Cette inquiétude a-t-elle eu selon vous un impact suivi de premier recours (venir au cabinet, modification de la consultation) ?

R : *« Oui certains ont eu peur de venir en consultation et donc demandaient surtout des visites, a contrario d'autres venaient un peu plus car ils étaient inquiets.
Il y a eu donc les deux opposés. »*

Q : Abordons le sujet des téléconsultations, on faisait vous déjà auparavant ?

R : *« Non. »*

Q : Vous en avez mis en place pour les diabétiques suite au premier confinement ?

R : *« Lors du premier confinement on n'a pas fait forcément de téléconsultation, mais beaucoup plus de visite.
C'est plutôt après le premier confinement que j'ai commencé des téléconsultations.
Franchement je n'en ai pas fait beaucoup.*

Mon avis sur les téléconsultations et assez mitigé : d'un côté c'est bien pour ceux qui ne veulent pas venir car on peut au moins faire le point avec le médecin, d'un autre, je préfère

les voir en présentiel pour pouvoir les examiner, prendre la tension, regarder les pieds...

J'ai surtout peur de passer à côté de quelque chose que je pourrais voir en vraie consultation, et aussi il y a des choses qu'ils ne disent peut-être pas, sans parler des problèmes techniques avec la connexion qui ne fonctionne pas et où j'ai dû rappeler des patients et faire une consultation téléphonique !

Et même pour moi il y avait un petit stress et j'ai dû les faire venir un peu plus tôt que prévu où aller les voir en visite.

Ce qui serait bien c'est qu'ils aient téléconsultation avec leur spécialiste, notamment endocrinologue, surtout après les déprogrammations des rendez-vous qui n'ont jamais été remis ! »

Q : Et cela a-t-il compliqué le suivi avez-vous du plus rappeler les spécialistes où faire de négociations ?

R : « *Oui ça a été assez compliqué car avec le retard accumulé il n'y avait souvent pas de rendez-vous, après moi je ne me suis pas battu avec eux. »*

Q : Pour les déséquilibres ou les urgences, avez-vous rencontré des problèmes ?

R : « *Non ça, ça a été ok, et si je n'arrivais pas à avoir de rendez-vous ou de consultation rapidement c'est bête, mais je les envoyais aux urgences pour être sûr qu'ils soient vus. Ce que je ne faisais pas forcément auparavant »*

Q : Concernant les paramédicaux qui gravitent autour du patient diabétique, par exemple infirmiers, pédicures ?

R : « *Je n'ai pas eu de soucis avec les infirmiers, pour les pédicures ça revient un peu au même que les spécialistes car il y en a qui ont dû fermer. Avec les infirmières puisqu'elles allaient au domicile, ça me rassure, et les patients aussi !*

Je n'ai pas travaillé avec un nutritionniste donc sur ce point je n'ai pas eu de modification. »

Q : Au début de la pandémie les patients ont pu renouveler leur ordonnance sans passer par le médecin en allant directement en pharmacie, que pouvez-vous me dire sur votre ressenti à ce sujet ?

R : « *J'ai remarqué que les patients qui allait directement chez le pharmacien faire le renouvellement ne faisaient pas forcément leur suivi biologique, ils n'avaient pas l'ordonnance pour le faire. Donc il y a peut-être plus eu de déséquilibre d'hémoglobine vu tardivement.*

D'un autre côté ceux qui ne voulaient pas venir chez le médecin traitement, ils allaient directement à la pharmacie : je pense que ça a été mieux que rien, mieux que ne pas avoir de traitement du tout !

En tout cas ça n'a rien changé avec le contact avec les pharmaciens puisque on se tenait au

courant très souvent avant.

Mais la plupart étaient contents de pouvoir venir chez leur médecin, car ils aiment bien être examinés et qu'on prenne leurs tensions ! »

Q : Passons maintenant à la période où les vaccins sont arrivés : vous avez vous-même vacciné en cabinet et en centre. Cela a-t-il changé quelque chose selon vous pour le suivi de vos patients diabétiques ?

R : « *Il a fallu s'organiser au cabinet et faire des listes, de toute façon les diabétiques ont été très demandeurs.*

Après ça n'a pas spécialement changé la prise en charge des diabétiques à part que j'ai dû signaler systématiquement de le faire, de devoir vérifier et le rappeler concernant les rappels vaccinaux,

Ça, c'est rentré dans le suivi régulier des diabétiques maintenant ! »

Q : Concernant les médias et informations, tant à visée de la population générale que du médecin, cela a-t-il modifié le suivi des diabétiques ?

R : « *Au début c'était compliqué il y avait des informations tous les jours qui arrivaient, et qui changeaient !*

Ça c'est embêtant car on disait des choses différentes selon les jours à des patients avec la même maladie, et ce qui était compliqué à gérer c'est que certains patients étaient même informés avant nous !

J'ai eu des problèmes avec certains patients qui ne comprenaient pas que je ne savais pas tout tout le temps, globalement ça surtout augmenté le stress ! »

Q : Avez-vous eu des refus de suivi de peur d'apporter le virus ?

R : « *Ah bon ?? (Nb : rigole) non pas du tout ça ils s'en fichaient ! »*

Q : Sur le plan organisationnel avez-vous modifié quelque chose concernant vos pratiques par exemple les plannings et possibilités de visite...

R : « *Au début il fallait faire plus attention car quoi qu'on en dise on n'était pas bien équipés. J'ai du même recourir à certains patients pour avoir du gel ou des masques !*

Au début il y avait moins de patients donc ce n'était pas gênant pour l'organisation et ensuite on a pu espacer les patients en salle d'attente, et ceux suspects d'infection virale étaient placés en fin de journée.

Par contre ça a permis d'arrêter les consultations libres, et ça ce n'est pas plus mal ! »

Q : Et sur un plan plus personnel est-ce que l'apparition pandémie du moins au départ a pu modifier votre prise en charge le premier recours ?

R : « *Oui c'était inquiétant, surtout au début dès qu'un patient appelait et qu'on savait qu'il était à risque, j'étais plus inquiète, et donc j'y allais plus facilement.*

Je préférerais y aller le plus vite possible pour voir car je me disais que si je n'y allais pas il pouvait se passer quelque chose !

J'étais plus stressée, inquiète beaucoup plus vite alors qu'en fait c'était surtout des appels parce que le patient était anxieux.

Pour ma part c'était très stressant aussi, je n'avais pas envie d'attraper le covid ni d'infecter ma famille, j'ai des proches diabétiques et donc en ayant choisi de continuer j'ai choisi de ne pas aller voir ma famille afin de limiter les transmissions. »

Annexe 4 : texte intégral d'entretien (N°7)

Q : Pourriez-vous vous présenter en quelques phrases s'il vous plait ?

R : « *Oui, installé depuis 17ans, c'était une installation directe. J'avais fait quelques remplacements étant interne. Ici on est deux médecins, et trois infirmières. On est en zone urbaine. »*

Q : Quel est votre ressenti concernant le suivi de vos patients diabétiques avec l'arrivée de la pandémie du covid-19 ? L'arrivée de la pandémie a-t-elle changé leur suivi ?

R : « *Honnêtement pendant le covid ici on ne voyait pas les patients, on avait une structure à l'hôpital où tout patient qui était suspect de covid a été vu, et dans cet hôpital tous les généralistes du coin faisaient des gardes s'ils le voulaient. Donc le tri c'était : soit pas de risque de gravité et ils sortaient et nous rappelions à j+7, les autres étaient gardés. Donc ici dans le cabinet on ne voyait aucun patient, on faisait de la téléconsultation. »*

Q : Et ça vous n'en faisait pas auparavant ?

R : « *Non, pas du tout. Là on faisait des téléconsultations pour nos propres patients, donc je les appelais, s'il y avait un renouvellement je regardais dans le programme le renouvellement, je leur prescrivais les éventuelles prises de sang, et je leur faisais les renouvellements de 2 mois. Ça tombait bien car mai (2020) on les a revus.*

Donc le suivi a été pratiquement pareil, je ne les ai pas vus pour la tension etc. »

Q : Pas plus d'anomalie sur les biologies ?

R : « *Non pas plus. »*

Q : Pas de patient perdu de vue ?

R : « *Non. »*

Q : Avez-vous eu des patients ayant fait leur renouvellement en pharmacie, sans passer par le médecin ?

R : « *Non je ne pense pas, moi je les avais en téléconsultation, la secrétaire notait les noms des patients qui appelaient pour le renouvellement ; et moi je faisais la téléconsultation au téléphone.*

Et une fois que ça a été terminé à la fin du mois de mai, ils sont tous revenus au cabinet, le suivi a été assuré.

En fait globalement depuis le covid, le suivi a été pareil, à part cette phase de téléconsultation.

Après celle-ci, ce qui a changé c'était l'organisation au cabinet : on leur disait de venir bien à l'heure, il n'y avait qu'un patient en salle d'attente, etc.

Après on a peut-être dû décaler les rendez-vous spécialistes, par exemple cardiologue ou doppler. Ils ne faisaient pas de consultation donc tout a été décalé un petit peu, mais ça a été à décalage de trois mois.

Il y a eu un petit décalage sur les prises de sang, pendant le début du covid on ne faisait que les biologies urgentes, donc celles pour les diabétiques tous les trois mois, on a pu parfois les décaler d'un mois.

Ça a été un petit peu décalé, moi je n'ai pas remarqué qu'il y a eu de diabète déséquilibré. Je n'ai pas remarqué qu'il y a eu des patients à l'abandon, du moins pas ici. »

Q : Et concernant l'exercice physique, les mesures hygiéno-diététiques ?

R : *« Oui alors on sait que dans le Nord-Pas-de-Calais un diabétique c'est souvent quelqu'un d'un peu âgé, qui marche un petit peu, c'est sûr que la patientèle ici, ne fait pas d'activités sportives.*

Moi ce que je peux dire c'est que concernant les prises de sang après les confinements, il n'y a pas eu d'augmentation de l'hémoglobine glyquée. Je n'ai pas remarqué de hausse en tout cas. »

Q : *« Vous n'avez donc pas eu de déséquilibre chronique, pas eu non plus d'urgences de type hyperglycémie ? Pas plus d'anomalie morbide devant être prise en charge rapidement ? »*

R : *« Non. »*

Q : Et désormais, à deux ans du début de la pandémie, notez-vous une modification les difficultés pour le suivi concernant les examens complémentaires ou les consultations spécialisées ?

R : *« Non maintenant c'est revenu comme avant. »*

Q : Et, concernant la consultation du patient diabétique en elle-même ? Avez-vous noté une différence dans le corps de celle-ci ? Par exemple : plus de consultation pour anxiété ? De demande de conseils ?

R : *« Non je n'ai pas forcément eu plus de consultation pour anxiété, après c'était la secrétaire qui recevait les appels, je faisais que les rappeler pour la téléconsultation ou alors je les revoyais ensuite en consultation. »*

Q : Concernant ces téléconsultations, qu'en pensez-vous pour le suivi des patients diabétiques ?

R : *« Pour ça moi je pense que ça pourrait être fait, parce que là voilà à part prendre la tension artérielle et poser des questions avant de renouveler les traitements, ça, on peut le faire en téléconsultation.*

Après l'examen physique ça on ne peut pas le faire, alors pourquoi pas de temps en temps

faire des téléconsultations mais pas tout le temps.

Les gens n'ont pas trop l'habitude, pourquoi ?

Moi je pense que la plupart de mes diabétiques sont assez âgés, peu modernes, peut-être que notre génération pourra d'avantage effectuer des téléconsultations, plus facilement, parce qu'on saura ce qu'est un ordinateur ou un smartphone. »

Q : Et quels ont été vos retours sur ces téléconsultations ?

R : « *Globalement ils ont été contents de pouvoir avoir un lien avec leur docteur, il était plutôt rassuré ».*

Q : Abordons l'arrivée de la vaccination, cela a-t-il changé quelque chose ?

R : « *Bof non. »*

Q : « *Je souhaiterais aborder le sujet des médias et des informations parfois trop fréquentes, pour le médecin comme pour les patients. Cela a-t-il modifié le suivi des diabétiques où la façon d'appréhender celui-ci ?*

R : « *Alors nous on était à jour, mais pour nous chez Filieris, on est trois conseillers médicaux, dès qu'il y avait des recommandations on lisait les directives et on faisait des résumés.*

On doit être une centaine de médecin en tout, et donc depuis le début du covid pratiquement chaque semaine il y avait un résumé des actualités, que ce soit le suivi, les arrêts de travail, les conduites à tenir...

Le centre de vaccination Filieris a beaucoup aidé aussi.

On avait vraiment chaque semaine un résumé de toutes les actualités du covid.

Donc non je n'ai pas eu non plus de patient au courant de quelque chose avant moi. »

Q : Et pour peut-être plus se centrer sur le médecin, avec l'arrivée de la pandémie, avez-vous envisagé un changement dans le suivi des patients chroniques ? Je parle là avant les recommandations de téléconsultation ou d'ajournements ?

R : « *Alors ici notre direction a décidé de ne pas prendre de risques et de fermer les cabinets dès qu'il y a eu le confinement. C'est là qu'on a créé le Centre à l'hôpital.*

Donc on a bien expliqué aux patients qu'il n'y aurait pas de consultation à part pour les urgences extrêmes. »

Q : Et concernant les visites ?

R : « *Très peu, pareil pour les urgences. »*

Q : Concernant les paramédicaux, y a-t-il eu des changements avec le covid ?

R : « Non, on a juste une infirmière en plus au cabinet ».

Q : Voyez-vous un autre sujet à aborder concernant le suivi des diabétiques depuis l'apparition de cette pandémie ?

R : « Non je pense qu'on a fait le tour.

Ah, si, depuis on fait plus de GEP (groupe d'échange de pratiques), c'est pas mal. »

VII Table des figures :

Fig. 1 : Évolution de la prévalence du diabète de type II en France entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.2
Fig. 2 : Prévalence du diabète de type II en France par département, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.3
Fig. 3 : Effectifs bruts du diabète de type II en France par département, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.4
Fig. 4 : Répartition de la prévalence du diabète de type II par tranche d'âge en France, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.5
Fig. 5 : Comorbidités les plus souvent associées au diabète de type II en France, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.6
Fig. 6 : Évolution des dépenses en santé pour le diabète de type II en France, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.7
Fig. 7 : Les dépenses en santé pour le diabète de type II en France, répartition entre la ville et l'hôpital entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.7
Fig. 8 : : Les dépenses en santé pour le diabète de type II en France, répartition par poste, entre 2015 et 2020. Source : CNAM, données mises à jour de juin 2022.	p.9
Fig. 9 : schéma des résultats quantitatifs.	p.17
Fig. 10 : Répartition géographique des PMG interviewés. Source de la base de la carte : Région Hauts de France, Disponible sur : https://cartes.hautsdefrance.fr/node/983	p.19
Fig. 11 : Carte des CPTS de la région Hauts de France, Source : ARS Hauts de France.	p.20
Fig. 12 : Carte des MSP de la région Hauts de France, Source : ARS Hauts de France.	p.21
Fig. 13 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des PMG interrogés.	p.23

VIII Bibliographie

- 1 Surpoids et obésité de l'adulte : définition, causes et risques [En Ligne]. L'assurance maladie ; 2022.
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques>
- 2 SOPHIA, service de suivi des maladies de longue durée [En ligne]. L'assurance maladie ; 2022.
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia>
- 3 Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [En ligne]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 juill 2022].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
- 4 Diabète et Covid-19 : poursuivre ses soins habituels et faire face à l'épidémie [En ligne]. L'Assurance Maladie ; 2021.
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/diabete/diabete-et-covid-19>
- 5 Nombre de décès du Covid-19 à l'hôpital, par région, depuis le début de l'épidémie au 30 septembre 2022 [En Ligne]. Santé Publique France ; 2022.
Disponible sur : <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/sante-publique-france/>
- 6 Yue Z., Jingwei C., Wenshan L., Yangang W. Obesity and diabetes as high-risk factors for severe coronavirus disease 2019 (Covid-19) [En ligne]. Diabetes Metabolism Research and Reviews, Volume37, Issue2, February 2021, e3377 ; 2020.
Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.3377>
doi: 10.1002/dmrr.3377
- 7 Comorbidités associées aux séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la COVID-19 en 2020 [En ligne]. L'assurance maladie ; 2022.
Disponible sur : https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=S%C3%A9jours%20en%20hospitalisation%20compl%C3%A8te%20pour%20prise%20en%20charge%20de%20la%20Covid-19
- 8 CORONADO : Les professionnels de santé [En ligne]. Coronado - Coronavirus sars-cov2 & diabetes outcomes. Nantes : CHU de Nantes – Hôpital Nord-Laennec. [cité 17 juill 2022].
Disponible sur : <https://www.diabetes-covid.org/les-professionnels-de-sante/>
- 9 Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). Réseaux Commun - Technol – Société, 1996 ;14(79):177-9. [cité 10 juin 2022].
Réseaux. Communication - Technologie - Société Année 1996 79 pp. 177-179
- 10 Pelaccia T., Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé (En ligne). Pédagogie Médicale, Pédagogie Médicale 2010, 10 (4): 293–304. [cité 17 mars 2022].
Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2009/05/pmed20090049.pdf>

doi: 10.1051/pmed/20090049

11 Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode [En ligne]. Recherches Qualitatives, Hors-Série numéro 15 Du singulier à l'universel, ISSN 1715-8702, pp. 435-452, Université de Montpellier ; 2013.

12 CORONACLIC: toutes les informations utiles pour le médecin généraliste [En ligne]. Collège de la médecine générale ; 2021, 2022.
Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronacliv/>

13 Mariet A., Benzenine E., Bouillet B., Vergès B., Quantin C., Petit J. Impact of the COVID-19 Epidemic on hospitalization for diabetic foot ulcers during lockdown: A French nationwide population-based study [En ligne]. Diabetic Medicine, Volume38, Issue7, July 2021, e14577 ; 2021.
Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14577>
doi: 10.1111/dme.14577

14 Health Data Hub. Étude de l'impact de la pandémie de COVID 19 sur la prise en charge des patients diabétiques de type 2 sur un échantillonnage en région parisienne [En ligne]. Health Data Hub, N° F20211216094819.
Disponible sur : <https://www.health-data-hub.fr/projets/etude-de-limpact-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-la-prise-en-charge-des-patients-diabetiques>

15 Roque-Marçal I., Fernandes B., Aparecida-Viana A., Gomes-Ciolac E. The Urgent Need for Recommending Physical Activity for the Management of Diabetes During and Beyond COVID-19 Outbreak [En ligne]. Front Endocrinol (Lausanne). 2020; 11: 584642. ; 2020.
Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7673403/>
doi: 10.3389/fendo.2020.584642

16 Belén Ruiz-Roso M., Knott-Torcal K., Matilla-Escalante D., Garcimartin A., Sampedro-Núñez M., Dávalos A., Marazuela M. COVID-19 Lockdown and Changes of the Dietary Pattern and Physical Activity Habits in a Cohort of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus [En ligne]. Madrid: Hospital Universitario de la Princesa, Laboratory of Epigenetics of Lipid Metabolism - Nutrients 2020, 12(8), 2327; 2020.
Disponible sur : <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2327/htm>

17 Joensen L., Madsen K, Holm L., Nielsen A., Rod MH., Petersen A., Rod NH., Willaing I. Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries? [En ligne]. Diabetic Medicine, Volume 37, Issue 7, July 2020, Pages 1146-1154; 2020.
Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14319>
doi : 10.1111/dme.14319

18 Palanca A., Quinones-Torrelo C., Girbés J., Real J., Ampudia-Blasco F. Impact of COVID-19 lockdown on diabetes management and follow-up in a broad population in Spain [En ligne]. European Journal of Clinical Investigation 2022 Jun; 52(6): e13771 ; 2022.
Disponiblesur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9111861/>
doi: 10.1111/eci.13771

19 Saudo M. Perceptions et émotions de patients diabétiques de type 2 concernant leur diabète pendant le premier confinement : Netnographie de groupes de discussion Facebook

[Thèse de doctorat]. Bordeaux : Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales ; 2021.

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03157573/document>

20 Ethève S. Vécu du confinement par les patients diabétiques type 2 à La Réunion [Thèse de doctorat]. La Réunion, Université de la Réunion ; 2021.

21 Klein A., Moreau F. Impact du confinement de la pandémie Covid-19 sur l'équilibre glycémique des patients diabétiques sous insuline : étude de cohorte observationnelle en vie réelle en médecine de ville au sein du cluster alsacien [En ligne]. Strasbourg : Groupe hospitalier Saint Vincent, Service de Médecine Interne – Endocrinologie et Diabète, Annales d'Endocrinologie Volume 81, Issue 4, Septembre 2020, Page 260 ; 2020.

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003426620304078>
doi : 10.1016/j.ando.2020.07.316

22 Fouassin E., Durivault S., Binder P., Parthenay P., Gautier J., Muller A. Impact du confinement, lors de la pandémie de COVID-19, sur le suivi de l'hémoglobine glyquée des diabétiques de type 2, dans le département des Deux-Sèvres [Thèse de doctorat]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2021.

Disponible sur : <http://www.worldcat.org/fr/title/1246236110?oclcNum=1246236110>

23 Endo K., Miki T., Itoh T., Kubo H., Ito R., Ohno K., Hotta H., Kato N., Matsumoto T., Kitamura A., Tamayama M., Wataya T., Yamaya A., Ishikawa R., Ooiwa H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Glycemic Control and Blood Pressure Control in Patients with Diabetes in Japan [En ligne]. Intern Med. 2022 Jan 1; 61(1): 37–48; 2022.

Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8810256/>
doi: 10.2169/internalmedicine.8041-21

24 Mosheni M., Ahmadi S., Azami-Aghdash S., Mousavi Isfahani H., Moosavi A., Fardid M., Etemadi M., Ghazanfari F. Challenges of routine diabetes care during COVID-19 era: A systematic search and narrative review [En ligne]. Elsevier Ltd on behalf of Primary Care Diabetes Europe, 2021 Dec; 15(6): 918–922; 2021.

Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8326007/>
doi: 10.1016/j.pcd.2021.07.017

25 Valabhji J., Barron E., Gorton T., Bakhai C., Kar P., Young B., Khunti K., Associations between reductions in routine care delivery and non-COVID-19-related mortality in people with diabetes in England during the COVID-19 pandemic: a population-based parallel cohort study [En ligne]. Lancet Diabete Endocrinol. 2022 Aug; 10(8): 561–570; 2022.

Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9141683/>
doi: 10.1016/S2213-8587(22)00131-0

26 Rakotomalala R. identification des raisons d'un adressage tardif, ayant conduit à une hospitalisation dans un centre spécialisé, des patients atteints de plaies du pied diabétique, durant la période épidémique de la COVID-19 [Thèse de doctorat]. Montpellier : Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes ; 2021.

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03431537/document>

27 FLOCARD M. Prise en charge par téléconsultation des patients diabétiques dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 : étude observationnelle prospective [Thèse de doctorat]. Stasbourg : Faculté de médecine : 2020.

28 Goldman I., Ye K., Scheinfeld M. Lower-extremity Arterial Thrombosis Associated with

COVID-19 Is Characterized by Greater Thrombus Burden and Increased Rate of Amputation and Death [En ligne]. Radiology Vol. 297, No. 2, 2020 Nov;297(2):E263-E269 ; 2020.
Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32673190/>
doi: 10.1148/radiol.2020202348

29 Jurion S. Phénotypage du diabète des patients hospitalisés pour Covid-19 au CHU d'Amiens : relation entre diabète de type 2 et pronostic de l'infection [Thèse de doctorat]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2020.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03225225/document>

AUTEUR : van't Land Alexander

Date de soutenance : Mercredi 26 octobre 2022

Titre de la thèse : Le suivi des patients diabétiques de type II durant la pandémie de COVID-19 : sentiments de praticiens en médecine générale.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecin générale

Mots-clés : diabète, DNID, COVID-19, suivi, praticiens, médecine générale, vécu

Résumé :

Contexte : La pandémie COVID 19 a entraîné des répercussions sanitaires et sociales inédites au niveau mondial. Dans les hauts de France, la prévalence du diabète de type II est un problème de santé publique majeur.

L'objectif de ce travail était d'évaluer le vécu de praticiens en médecine générale (PMG) concernant le suivi de ces patients au vu de ces bouleversements sanitaires et sociétaux.

Méthode : Etude qualitative par entretiens ouverts dans le cadre d'une théorisation ancrée. Les PMG ont été recrutés par courriel ou appel téléphonique, dans les hauts de France. Ils ont été interrogés individuellement et en présentiel lorsque cela était possible, avec enregistrement audio.

Le codage s'est fait sans programme informatique.

Résultats : Le suivi des diabétiques de type II s'est vu largement changé lors des premières phases de la pandémie, les PMG essayant par la suite de remettre un cadre en articulation avec les autres professionnels de soins de premier recours, et les soignants de second recours.

Le colloque singulier de la consultation du suivi a lui aussi subi des variations chez une majorité des PMG : majoritairement concernant l'anxiété du patient, la nécessité de réévaluation globale du patient notamment les mesures hygiéno-diététiques après une période de confinements et de couvre-feux.

La place du PMG est aussi questionnée : l'isolement et l'anxiété du début de la pandémie ont précédé la question du discours médical en regard de la médiatisation majeure de la pandémie.

Le rôle des soignants paramédicaux (infirmiers pharmaciens, etc.) a joué un rôle crucial dans le maintien de ce suivi.

Les fermetures de cabinets d'examen et de services hospitaliers ont joué un rôle dans les difficultés rencontrées par les PMG, mais ont aussi poussées à réorganiser les réseaux d'échanges de premier recours.

Conclusion :

Si les PMG ont su s'adapter et s'organiser, et que les bouleversements du suivi des diabétiques ont pu être partiellement résorbés, cela ne s'est pas fait sans puiser dans leur endurance et questionner leur place face aux patients et médias.

Il serait intéressant d'appréhender ce vécu de praticiens de premier recours en regard de celui des patients eux-mêmes, mais aussi de celui des paramédicaux.

Composition du Jury :

Président : Professeur François Puisieux

Assesseurs : Professeur Christophe Berkhout, Docteur Benoit Dervaux

Directeur de thèse : Dr Laurent Turi