



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation des besoins du médecin généraliste afin d'optimiser le
parcours de soins du patient diabétique de type 2 : étude
observationnelle au sein de la CPTS de La Gohelle**

Présentée et soutenue publiquement le 27 avril 2023 à 18h00
au Pôle Formation
par **Charlie WALGER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Alexandra DERVEAUX

Avertissement

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

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale en Équipe

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

CHL : Centre Hospitalier de Lens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CU : Certificat Universitaire

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DT2 : Diabète de Type 2

DU : Diplôme Universitaire

EM : Entretien Motivationnel

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes

Diabétiques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

GLP1 : Glucagon Like Peptide 1

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

SGLT2 : Cotransporteur Sodium-Glucose de Type 2

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition du diabète et physiopathologie	2
II. Le diabète de type 2 et ses complications : un enjeu majeur de santé publique	4
III. Prise en charge et parcours de soins des patients DT2	8
IV. La CPTS de La Gohelle	12
V. Objectifs.....	16
Matériels et méthodes.....	17
I. Type d'étude	17
II. Population étudiée	17
III. Questionnaire	17
IV. Analyse statistique.....	18
V. Ethique	18
Résultats	19
I. Description de la population de l'étude	19
A. Sexe	19
B. Durée d'exercice	19
C. Mode d'exercice et adhésion à la CPTS	20
D. Taille et composition de la patientèle.....	21
E. Suivi des patients DT2 par un endocrinologue.....	22
F. Besoin de formations complémentaires en diabétologie	22
II. Besoins exprimés par les médecins généralistes pour optimiser le parcours Ville-Hôpital du patient DT2.....	23
A. Motif d'adressage d'un patient DT2 à un endocrinologue	23
B. Moyens de communication privilégiés pour avis spécialisé et fréquence de recours aux urgences	24
C. Qualité de l'information reçue après une consultation ou une hospitalisation au CHL.....	25
D. Participation à des échanges avec les médecins du CHL ou à des formations complémentaires afin d'améliorer le parcours patient des patients DT2	26
E. Moyens permettant d'améliorer le lien Ville-Hôpital.....	26
III. Freins ressentis par les médecins généralistes pour optimiser le parcours Ville-Hôpital du patient DT2.....	27
A. Difficultés à respecter le parcours de soins d'un patient DT2.....	27
B. Principales difficultés rencontrées dans le parcours de soins	27
C. Difficultés à contacter ou à adresser un patient DT2 à un spécialiste	29
Discussion	31
I. Discussion des résultats	31
A. Freins ressentis par les médecins généralistes.....	32
B. Besoins exprimés par les médecins généralistes.....	33
II. Points forts de l'étude	35

III. Biais et limites de l'étude	36
A. Biais de sélection	36
B. Représentativité	36
C. Biais de mesure.....	37
D. Limites de l'étude	37
Conclusion.....	38
Références bibliographiques	39
Annexes	42
Annexe 1 : Questionnaire envoyé par mail aux médecins généralistes	42

RESUME

Contexte : Le diabète constitue un problème majeur de santé publique, ses complications entraînant une morbi-mortalité importante. Afin d'y remédier, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2014 un guide parcours de soins du patient diabétique de type 2 (DT2). Mais les médecins généralistes, qui en sont les coordinateurs, sont confrontés à de nombreuses difficultés pour appliquer ces recommandations. Ces difficultés sont d'autant plus marquées lorsqu'ils exercent dans des territoires où l'offre de soins est insuffisante. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les besoins des médecins généralistes pour optimiser le parcours de soins du patient DT2 dans le secteur de la CPTS de La Gohelle.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale. Un questionnaire réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey® a été envoyé par mail aux 73 médecins généralistes installés au sein de la CPTS de La Gohelle.

Résultats : Du 1er février au 15 mars 2023, 26 réponses ont été obtenues. 100% des médecins ont déjà été confrontés à des difficultés pour appliquer le parcours de soins du patient DT2. 84,6% des participants ont évoqué un trop long délai d'attente pour consulter un spécialiste, et 76,9% ont déploré l'absence de spécialiste pour assurer le suivi lorsque c'était nécessaire. L'endocrinologue est le spécialiste le plus cité lorsque l'on évoque les difficultés d'adressage. Afin de renforcer le lien Ville-Hôpital, 76,9% des praticiens étaient intéressés pour échanger avec les spécialistes du Centre Hospitalier de Lens sur les difficultés rencontrées, et autant ont exprimé le souhait de les rencontrer périodiquement lors de formations médicales continues. Les médecins généralistes exprimaient également le besoin de favoriser les échanges directs via diverses options de communication, notamment par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique directe pour 6 d'entre eux.

Conclusion : Afin d'optimiser ce parcours, les médecins expriment principalement le besoin de favoriser les échanges entre spécialistes, que ce soit par des moyens de communications efficaces (ligne téléphonique directe, téléconsultation), ou lors de rencontres régulières par l'intermédiaire de formations médicales continues. L'apport de la téléexpertise pourrait permettre de favoriser les échanges Ville-Hôpital à l'avenir, et d'optimiser la prise en charge de ces patients au parcours complexe.

INTRODUCTION

I. Définition du diabète et physiopathologie

Le diabète est une affection métabolique définie par une hyperglycémie chronique liée à une insulino-résistance et à une insulino-pénie.

Selon les critères proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé, le diabète est défini par :

- une glycémie $> 1,26$ g/l ($7,0$ mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises,
- la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associés à une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l ($11,1$ mmol/l),
- une glycémie (sur plasma veineux) > 2 g/l ($11,1$ mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.(1)

Il existe plusieurs types de diabète selon leur étiologie. Le diabète de type 2 auquel on s'intéresse ici, est causé par une résistance à l'insuline des muscles squelettiques, du tissu adipeux et du foie, combinée à un défaut relatif de sécrétion en insuline.

Il s'agit de l'étiologie la plus fréquente, retrouvée dans 92% des cas, selon l'étude ENTRED 2 (Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques).(2)

La physiopathologie du diabète de type 2 est caractérisée par deux mécanismes majeurs ; l'altération des capacités d'insulinosécrétion et l'insulinorésistance.

Le premier mécanisme est plutôt déterminé par la génétique, tandis que le second est plutôt lié à l'environnement. Ces facteurs environnementaux comprennent notamment le surpoids, la sédentarité, une alimentation excessive ou riche en glucides rapides et en lipides, le tabagisme et l'hypertension artérielle.

L'insulinorésistance se caractérise par la nécessité d'augmenter la concentration d'insuline pour obtenir une réponse au niveau de ses organes cibles. Plusieurs mécanismes se mettent donc en place.

Au niveau musculaire, il y a une diminution de la capture, de l'utilisation et du stockage du glucose. Sur le plan hépatique, il y a une perte de l'inhibition de la production hépatique du glucose, à l'origine de l'hyperglycémie à jeun. Enfin, les adipocytes ont une lipolyse excessive, provoquant une élévation des acides gras libres circulants.

Cette insulinorésistance est associée à une anomalie de la sécrétion d'insuline. Il s'agit d'une incapacité de produire assez d'insuline pour subvenir aux besoins de l'organisme, que ceux-ci soient normaux (comme dans le diabète de type 1) ou élevés (chez les sujets résistants à l'action de l'insuline, comme dans le diabète de type 2). La sensibilité à l'insuline diminue progressivement avec l'âge et peut favoriser la survenue d'un diabète si la production d'insuline n'arrive plus à compenser l'augmentation des besoins.

A terme, l'hyperglycémie chronique entraîne des complications que l'on classe classiquement en complications microangiopathiques (ophtalmologique, néphrologique, neuropathique) et macroangiopathiques (cardiologique, vasculaire,

neurologique). (3) Ainsi le patient diabétique est à risque de développer des maladies cardio-vasculaires, rénales, ou encore ophtalmologiques, à dépister pour améliorer leurs pronostics.

II. Le diabète de type 2 et ses complications : un enjeu majeur de santé publique

Le diabète est un problème majeur de santé publique dans le monde. En effet, le nombre d'adultes de 20 à 79 ans touchés dans la population mondiale est estimé à 537 millions en 2021 par la Fédération internationale du diabète.(4)

Il s'agit donc de la première pandémie de maladie non contagieuse.

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 5,3% de la population en 2020, ce qui représente plus de 3,5 millions de personnes.(5)

Ces chiffres tendent à augmenter compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes diabétiques. De plus, ces chiffres sont sans doute sous-estimés puisqu'ils ne prennent pas en compte les personnes non traitées ou non diagnostiquées.(6)

Par ailleurs, il existe de fortes disparités territoriales concernant la prévalence du diabète de type 2. En France métropolitaine, la région des Hauts-de-France a la prévalence standardisée la plus élevée, avec 6,23% de la population traitée pour un diabète de type 2 et le département du Pas-de-Calais a un taux 1,3 fois plus élevé que celui observé à l'échelle nationale.(7)

Tableau

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par région en France en 2015

Région	Nombre de personnes diabétiques traitées	Prévalence brute %	Prévalence standardisée* %
Auvergne – Rhône-Alpes	364 603	4,61	4,73
Bourgogne – Franche-Comté	155 944	5,53	5,12
Bretagne	115 632	3,50	3,33
Centre – Val-de-Loire	141 252	5,46	5,15
Corse	15 897	4,83	4,39
Grand Est	313 249	5,64	5,66
Hauts-de-France	342 005	5,68	6,23
Île-de-France	541 412	4,47	5,44
Normandie	164 750	4,93	4,82
Nouvelle Aquitaine	296 917	5,01	4,49
Occitanie	285 556	4,92	4,59
Pays de la Loire	150 819	4,04	4,08
Provence – Alpes – Côte d'Azur	270 186	5,39	4,98
Guadeloupe	34 572	8,71	9,12
Martinique	30 269	7,99	7,70
Guyane	8 960	3,45	8,08
La Réunion	62 962	7,42	10,21

* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.

Champ : France entière hors Mayotte.

Source : Sniiram-DCIR (CnamTS) ; exploitation Santé publique France.

Figure 1 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement par région en France en 2015 (7)

Un constat similaire est porté pour la mortalité liée au diabète dans les Hauts-de-France. Entre 2006 et 2013, avec 3 644 décès par an en moyenne, la région présente une surmortalité par rapport à la France, estimée à 35 %. Cette différence est d'autant plus marquée chez les femmes avec +44 % versus +27 % chez les hommes.(8)

**DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE
ET D'ADMISSION EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 2
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE**

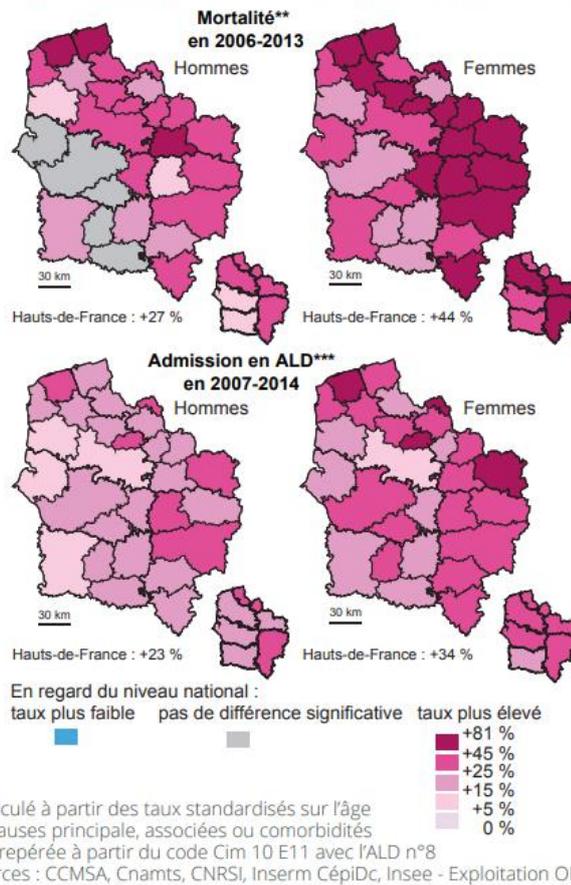


Figure 2 : Différentiel de mortalité par diabète et d'admission en ALD pour DT2 (8)

L'étude ENTRED 2 (Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) effectuée entre 2007 et 2010 a permis de faire un état des lieux approfondi concernant l'état de santé et la prise en charge des patients diabétiques en France.

Les omnipraticiens apparaissent comme les premiers acteurs de soins et suivent 87% de ces patients seuls, sans recours aux diabétologues.

Il est également constaté d'importantes améliorations sur la qualité du suivi médical depuis la première étude ENTRED effectuée entre 2001 et 2003, permettant notamment une diminution du risque vasculaire et un meilleur contrôle des glycémies, de la tension artérielle et du cholestérol.

En revanche, il ressort de cette étude que certaines complications sont encore malheureusement trop peu dépistées, notamment par défaut de réalisation de fond d'œil, de dosage de l'albumine ou encore par manque d'examen des pieds.(9)

Les premiers résultats de l'étude ENTRED 3, publiés en novembre 2022, permettent d'étudier les caractéristiques démographiques et socioéconomiques du patient DT2 et de faire un état des lieux des facteurs de risque et des complications micro et macroangiopathiques. Ces premiers résultats sont basés sur un auto-questionnaire.

55,3% des patients ayant répondu étaient des hommes, avec un âge moyen de 67,6 ans et une ancienneté médiane du diabète de 10,7 ans.

Les facteurs de risque de complications étaient fréquents chez les personnes DT2 (surpoids/obésité (80,1%), hypertension traitée (77,6%), dyslipidémie traitée (63,8%), tabagisme (13,4%), consommation d'alcool élevée ou sévère (7%)).

Des complications macrovasculaires étaient fréquemment autodéclarées (complication coronarienne (18,6%), accident vasculaire cérébral (7,8%)), alors que les complications microvasculaires étaient moins fréquentes (rétinopathie (6,8%), mal perforant plantaire actif ou ancien (6,7%)). (10)

Il apparaît donc nécessaire de contrôler la glycémie pour éviter l'apparition de ces complications et d'effectuer un suivi régulier chez différents spécialistes afin de les dépister au plus tôt pour les traiter rapidement.(11,12)

III. Prise en charge et parcours de soins des patients DT2

Le Ministère des Solidarités et de la Santé a défini trois grandes catégories de parcours (13) :

– les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

– les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

– Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Lors de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, cette notion de parcours patient s'est ancrée dans la pratique, notamment dans le cadre de prises en charge complexes. C'est notamment le cas pour les patients DT2, dont la prise en charge requiert l'intervention de nombreux professionnels de santé, sous la coordination du médecin traitant.

Afin d'améliorer la qualité des soins primaires et de mieux structurer le parcours de soins, l'HAS a publié un guide parcours de soins « Diabète de type 2 de l'adulte » en 2014.(14)

Le parcours de soins permet une prise en charge globale, structurée et continue des patients. Cela nécessite l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et des acteurs sociaux, tant en ville (cabinet libéral, maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé) qu'en établissement de santé ou en structure médico-sociale et sociale.

L'objectif de ce guide est d'expliciter le parcours de soins d'une personne ayant un diabète de type 2 en médecine de ville (notamment en médecine générale) et de rendre compte de la pluriprofessionnalité de la prise en charge ainsi que des principes et modalités de coordinations et de coopérations entre les professionnels impliqués.

Il cadre un parcours débutant par la prévention et le dépistage, jusqu'à la prise en charge des complications, en passant par les indications de suivi par d'autres spécialistes et professionnels de santé.

Cette prise en charge multidisciplinaire coordonnée permet, si elle est bien réalisée, de contrôler au mieux le diabète et d'éviter l'apparition des complications ou de les traiter rapidement.(15) (16)

Check-list	Recherche réalisée par le MG ou le professionnel d'une équipe traitante	Recours complémentaire, avis spécialisé
Facteurs de risque		
Âge	X	
Antécédents familiaux CV	X	
Tabagisme	X	
Consommation d'alcool	X	
Alimentation	Habitudes alimentaires	Diététicien : bilan alimentaire
Activité physique ou sportive	Appréciation du niveau d'activité physique	Cardiologue : éventuel bilan à l'effort pour évaluer l'aptitude à l'activité sportive, en fonction des risques estimés (ACSM 2010 (17))
Surpoids/obésité	IMC	
Pression artérielle (PA)	Mesure de la pression artérielle au cabinet Mesure 'hors cabinet' : automesure à domicile ou MAPA	
Dyslipidémie	EAL	
Glycémie	HbA1c initiale	
Parodontopathie		Chirurgien-dentiste : examen bucco-dentaire
Complications		
Œil		Ophthalmologue : acuité visuelle et fond d'œil avec mydriase
Pied	Gradation du risque podologique	
Rein	Albuminurie sur simple échantillon Créatininémie et estimation du DFG	Néphrologue : doute sur l'origine diabétique de la néphropathie
Nerfs	Interrogatoire et examen clinique	Neurologue : doute sur le diagnostic d'une neuropathie, examens complémentaires
Cœur et vaisseaux	ECG de repos (fait par le MG ou le cardiologue)	Cardiologue : bilan cardiologique pour le diagnostic de complications bilan à l'effort pour évaluer l'aptitude à l'activité physique ou sportive (17).
	Symptômes évocateurs, souffle vasculaire, pouls, IPS (index de pression systolique) Échographies des membres inférieurs, aorte abdominale, carotides : suivant présentation clinique	
Vulnérabilité		
Psychologique	X	Psychologue/psychiatre
Sociale	X	Professionnel équipe sociale
Professionnelle	X	Médecin du travail : aptitude au poste, adaptation du poste, reclassement professionnel
	Personne de 75 ans et plus repérage fragilité (HAS 2013 (18))	Si repérage positif, évaluation gériatrique par professionnels de santé formés et équipe médico-sociale

Figure 3 : Synthèse des recommandations de l'HAS concernant la prise en charge du patient DT2 (17)

Malgré la mise en place de ce guide, il existe toujours des freins empêchant son application.

Il est en effet constaté une stagnation ou tout au mieux une très légère augmentation de la fréquence de réalisation des examens de suivi recommandés.(18)

Fréquence de réalisation des examens recommandés annuellement (%) , 2010-2021

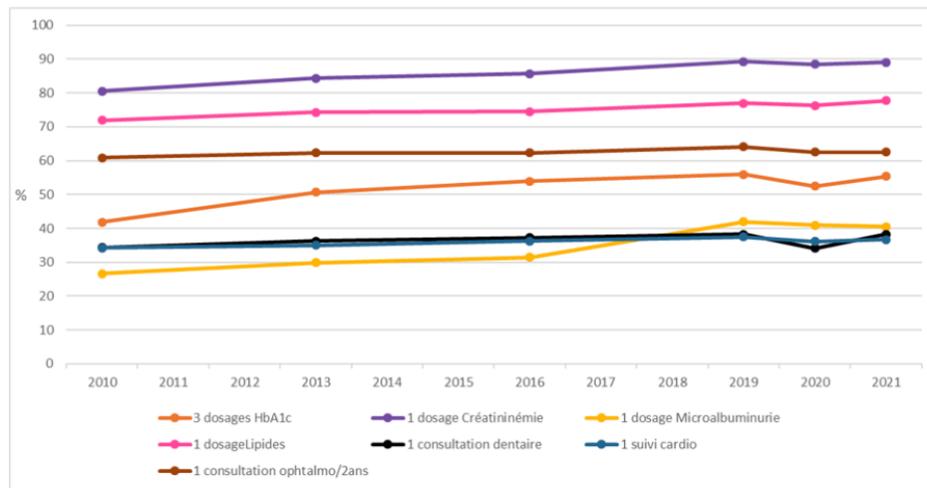


Figure 4 : Fréquence de réalisation des examens recommandés annuellement entre 2010 et 2021 (18)

Il n'a pas non plus été constaté d'amélioration concernant l'incidence des hospitalisations liées aux complications du diabète entre 2010 et 2021. Au contraire, on note même une augmentation progressive et importante des hospitalisations liées aux plaies du pied diabétique (les valeurs concernant l'année 2020 ne peuvent pas être prises en compte, du fait de la pandémie Covid19). (18)

Evolution de l'incidence des hospitalisations (/100 000 personnes diabétiques) pour complications liées au diabète en France entre 2010 et 2021

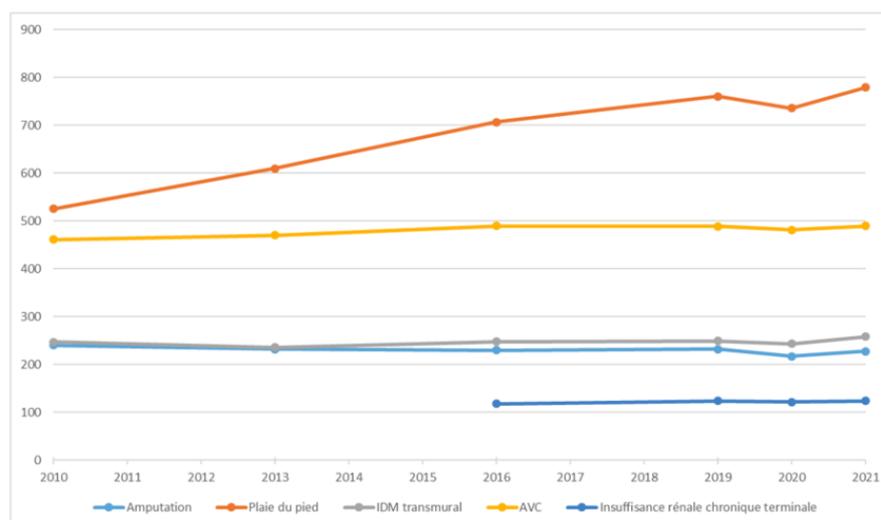


Figure 5 : Evolution de l'incidence des hospitalisations pour complications liées au diabète entre 2010 et 2021

Enfin, il existe des disparités selon le niveau socio-économique de la population avec un suivi moins bien respecté chez les populations les plus précaires, pourtant plus majoritairement touchées par le diabète.(19)

L'étude ENTRED 3 qui est en cours d'analyse permettra de faire un état des lieux récent de la prise en charge du diabète en France.(10)

IV. La CPTS de La Gohelle

La loi de modernisation de la santé a prévu la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) afin de regrouper des équipes de soins primaires et des acteurs de second recours autour d'un projet de santé territorialisé.(20)

Cette nouvelle forme d'exercice coordonné a pour but d'améliorer la coordination des professionnels de santé de ville entre eux et avec leurs partenaires, et donc de fluidifier le parcours de soins des patients.

Pour se faire, un projet de santé doit être rédigé afin de répondre aux besoins de santé de la population du territoire concerné.

Ce projet de soins doit contenir 4 missions obligatoires dites « socles » (21) :

- Amélioration de l'accès aux soins
- Organisation des parcours des patients
- Développement des actions de prévention
- Gestion des crises sanitaires graves

La CPTS de La Gohelle a été créée le 6 août 2019 et regroupe 11 communes : Annay, Bénifontaine, Eleu-dit-Leauwette, Hulluch, Lens, Loison-sous-Lens, Loos-en-Gohelle, Méricourt, Noyelles-sous-Lens, Sallaumines et Vendin-le-Vieil.

Selon les données INSEE de 2019, sa population est de 90621 habitants.

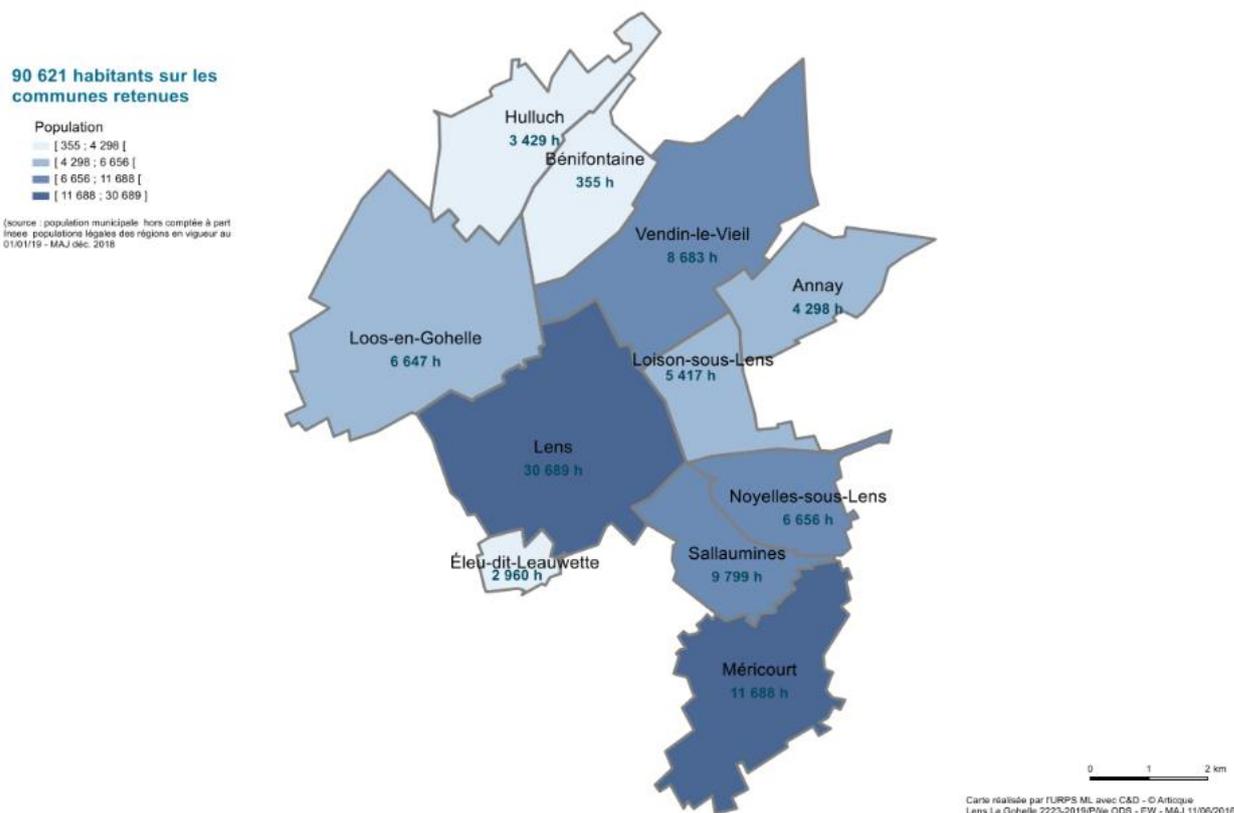


Figure 6 : Nombre d'habitants par commune au sein de la CPTS de La Gohelle.

En comparaison à la population des Hauts-de-France, on note une sur-représentation des personnes âgées de 75 ans et plus, ainsi qu'une sur-représentation des personnes sans activité professionnelle ou appartenant à la classe ouvrière.(22)

Le taux de pauvreté y est élevé et le taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire y est deux fois supérieur à la moyenne nationale.(8)

Malheureusement, le secteur a une offre de soins insuffisante par rapport aux besoins de sa population.

On dénombre en effet 61 médecins généralistes libéraux installés sur le secteur, ainsi que 12 médecins généralistes travaillant en tant que salariés dans les centres de santé Filiaris. La densité de médecins généralistes est donc de 8,0 pour 10000 habitants au sein de la CPTS, ce qui est inférieur à la moyenne régionale (8,2) et nationale (8,4).(23)

Sur les onze communes de la CPTS, l'Agence Régionale de Santé (ARS) en a classé quatre en zone d'intervention prioritaire et cinq en zone d'action complémentaire.(23)

De plus, aucun endocrinologue n'est installé en libéral dans le secteur de la CPTS de La Gohelle.

Le territoire de la CPTS bénéficie de la présence du Centre Hospitalier de Lens, pouvant aider à la prise en charge des patients diabétiques complexes ou multi-complicqués du secteur. Trois endocrinologues y exercent et prennent en charge les patients lors de consultations, d'hospitalisations de jour ou de semaine programmées ou encore d'hospitalisations conventionnelles.(24)

Il regroupe également d'autres spécialités nécessaires au suivi du patient diabétique, telles que la cardiologie, l'ophtalmologie, la neurologie, l'angiologie etc...

Le service des urgences absorbe également une partie de plus en plus importante des patients DT2 pour des problèmes aigus liés au diabète, mais également en raison d'une insuffisance du respect du parcours du soins (rupture de soins, insuffisance de l'offre de soins primaires, communication non optimale entre les intervenants, ...).

Il s'agit donc d'une importante structure hospitalière pouvant aider à la mise en place de soins primaires ou secondaires des patients DT2, ce qui en fait un partenaire essentiel de la CPTS.

Par ailleurs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé(25), s'attache à renforcer le lien entre les différents intervenants sur un territoire donné. Elle crée, d'une part, le projet territorial de santé, qui concrétisera l'objectif de décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Elle prévoit, d'autre part, que les projets des communautés professionnelles territoriales de santé soient soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS afin d'assurer leur coordination avec les autres acteurs du système de santé.

Devant la problématique importante de la prise en charge des patients DT2, la CPTS de La Gohelle s'est donnée comme mission d'améliorer le parcours de soins des patients diabétiques, ce qui répond à l'une des missions socles obligatoires. Un groupe de travail a été constitué afin d'établir un outil de travail permettant d'optimiser la coordination entre les différents professionnels de santé concernés.

Il s'agit donc d'un défi à réaliser dans un territoire fortement touché par le diabète, avec une pénurie de professionnels de santé et un contexte socio-économique défavorable.

V. Objectifs

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer les besoins des médecins généralistes pour optimiser le parcours de soins du patient DT2 dans le secteur de la CPTS de La Gohelle.

L'objectif secondaire sera de repérer les freins à sa mise en place et de rechercher à les lever.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale.

II. Population étudiée

La population d'étude comprenait l'ensemble des médecins qualifiés en médecine générale et exerçant sur le secteur de la CPTS de La Gohelle (61 libéraux et 12 salariés). Aucune technique d'échantillonnage n'a été réalisée, l'étude a été menée en population entière.

III. Questionnaire

Le questionnaire était anonyme et comprenait 21 questions : 13 questions à choix unique, 6 questions à choix multiple et 2 questions ouvertes. Les questions étaient relatives aux pratiques médicales, aux difficultés rencontrées concernant le parcours de soins des patients atteints de diabète de type 2 et au lien Ville-Hôpital. (Annexe 1)

Ce questionnaire a été testé auprès de cinq médecins généralistes installés dans le Pas-de-Calais afin de s'assurer de la bonne compréhension et de la pertinence des questions et d'évaluer la durée du questionnaire.

L'enquête a été réalisée avec la solution en ligne LimeSurvey et diffusée par courriel.

Le questionnaire a été diffusé le 1^{er} février 2023. Trois relances ont été effectuées à deux semaines d'intervalle. Le recueil s'est terminé le 15 mars 2023.

IV. Analyse statistique

Les données ont été exportées depuis la solution LimeSurvey.

Les réponses aux questions à choix unique et multiple ont été analysées avec des analyses descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité et représentées graphiquement par des diagrammes en barres. Les analyses ont été réalisées sur l'échantillon global. Les données manquantes ont été décrites et n'ont pas été remplacées.

Une analyse du contenu a été réalisée pour les questions ouvertes.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R (version 4.2.0).

V. Ethique

Cette étude ne nécessitait pas le recours à un comité d'éthique.

RESULTATS

I. Description de la population de l'étude

Sur les 73 médecins généralistes ayant reçu le questionnaire, 26 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 35,6%.

A. Sexe

Parmi les 26 participants, 7 étaient des femmes, soit 26,9%, et 19 étaient des hommes, soit 73,1%.

B. Durée d'exercice

Les médecins les plus représentés étaient ceux installés depuis moins de 5 ans (n=9, 34,6%), suivis de ceux installés depuis 20 à 30 ans (n=8, 30,8%).

Tableau 1 : Durée d'installation en cabinet de médecine générale

Durée d'exercice	n (%)
0 - 5 ans	9 (34.6%)
5 - 10 ans	3 (11.5%)
10 -20 ans	3 (11.5%)
20 - 30 ans	8 (30.8%)
Plus de 30 ans	3 (11.5%)

C. Mode d'exercice et adhésion à la CPTS

La majorité exerçait soit seul (n=9, 34,6%), soit en cabinet de groupe (n=9, 34,6%).

11 médecins soit 42,3%, avaient adhéré à la CPTS de La Gohelle.

Tableau 2 : Mode d'exercice des médecins généralistes

Mode d'exercice	n (%)
Seul(e)	9 (34.6%)
En cabinet de groupe	9 (34.6%)
En maison de santé pluriprofessionnelle	2 (7.7%)
Activité mixte (libéral et salarié)	3 (11.5%)
En tant que salarié(e)	3 (11.5%)

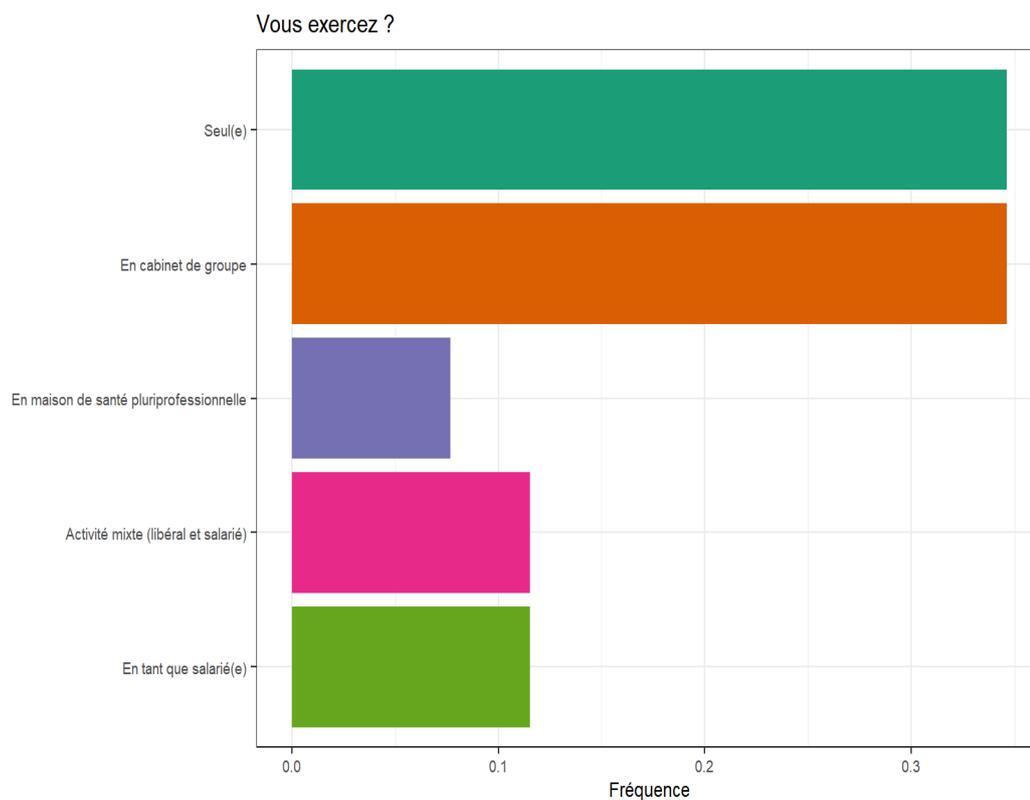


Figure 7 : Mode d'exercice des médecins généralistes.

D. Taille et composition de la patientèle

Un peu moins de la moitié des médecins (n=12) avaient une patientèle supérieure à 1000 patients et 38,5% suivaient entre 800 et 1000 patients.

Tableau 3 : Taille de la patientèle suivie par les médecins généralistes

Taille de la patientèle	n (%)
< 600 patients	1 (3.8%)
Entre 600 et 800 patients	3 (11.5%)
Entre 800 et 1000 patients	10 (38.5%)
>1000 patients	12 (46.2%)

La grande majorité de leurs patientèles comprenait 10 à 30% de patients DT2 (n=18, 69,2%).

Tableau 4 : Part des patients DT2 au sein de la patientèle

Part de DT2 parmi la patientèle	n (%)
<10%	7 (26.9%)
10 à 30%	18 (69.2%)
30 à 50%	1 (3.8%)
>50%	0 (0.0%)

E. Suivi des patients DT2 par un endocrinologue

Dans 17 patientèles (65,4%), moins de 10% des patients diabétiques étaient suivis par un endocrinologue, alors que 8 médecins (30,8%) estiment que le nombre de patients DT2 suivis par un endocrinologue se situe entre 10 et 30%.

Tableau 5 : Estimation par les médecins généralistes du pourcentage de patients DT2 suivis par un endocrinologue

Pourcentage de patients DT2 suivis par un endocrinologue	n (%)
<10%	17 (65.4%)
10 à 30%	8 (30.8%)
30 à 50%	1 (3.8%)

F. Besoin de formations complémentaires en diabétologie

24 praticiens ont répondu oui à la question relative au besoin ressenti d'amélioration des connaissances en diabétologie.

La majorité d'entre eux ont pu bénéficier d'une formation courte de type certification ou séminaire ou d'une formation en ligne « E-learning ».

Tableau 6 : Description des formations complémentaires en diabétologie réalisées par les médecins généralistes

Formations réalisées en diabétologie	n (%)
DIU	1 (4.2%)
DU	0 (0.0%)
CU	0 (0.0%)
AUEC	1 (4.2%)
E-learning	14 (58.3%)
Formation courte (certification/séminaire)	18 (75%)

II. Besoins exprimés par les médecins généralistes pour optimiser le parcours Ville-Hôpital du patient DT2

A. Motif d'adressage d'un patient DT2 à un endocrinologue

Lorsqu'un médecin généraliste devait adresser un patient à un endocrinologue, les raisons les plus souvent évoquées étaient la mise en place d'une nouvelle technologie pour 80,8% des répondants (n=17), la découverte d'une hémoglobine glyquée supérieure à 10%, ou la mise en place d'une insulinothérapie (n= 17, 65,4%)

La moitié des praticiens ont également répondu qu'il pouvait s'agir d'une demande du patient (n=13).

Tableau 7 : Motif d'adressage d'un patient DT2 à un endocrinologue

Motif d'adressage à un endocrinologue	n (%)
HbA1c	17 (65.4%)
Mise en place d'une insulinothérapie	17 (65.4%)
Introduction d'une nouvelle technologie	21 (80.8%)
Aide à l'instauration d'un analogue du GLP1 ou d'un inhibiteur SGLT2	2 (7.7%)
Bilan des complications	5 (19.2%)
Présence d'une ou plusieurs comorbidités	2 (7.7%)
Complication micro ou macroangiopathique	9 (34.6%)
Aide à l'éducation thérapeutique	7 (26.9%)
A la demande du patient	13 (50%)

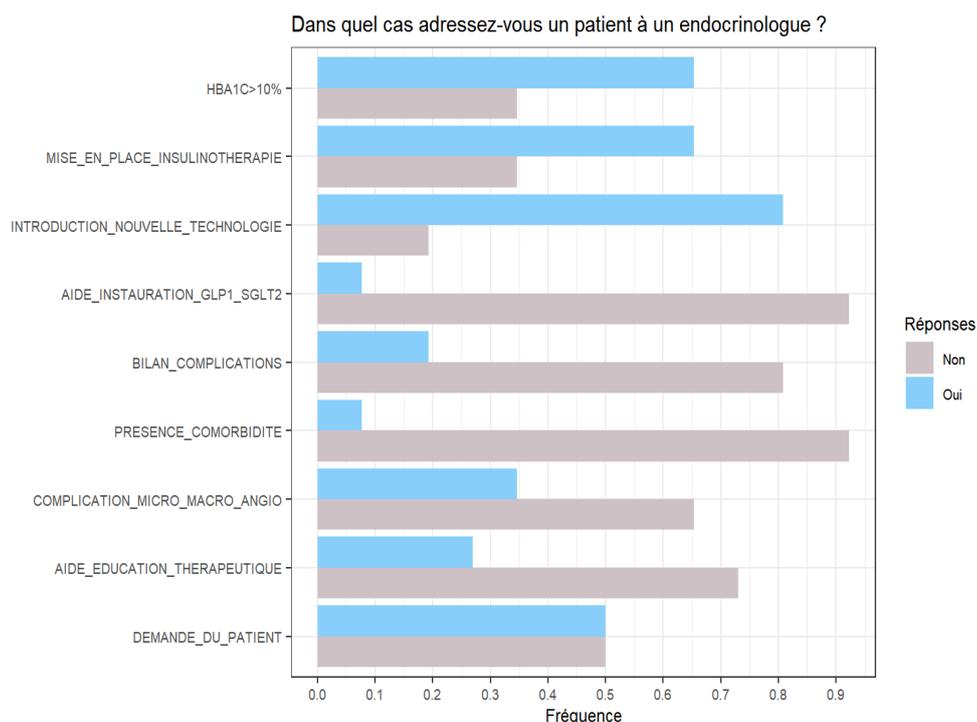


Figure 8 : Motif d'adressage d'un patient DT2 à un endocrinologue.

B. Moyens de communication privilégiés pour avis spécialisé et fréquence de recours aux urgences

Le moyen de contact clairement privilégié par les médecins était l'appel téléphonique (n=22, 84,6%), suivi par le mail (n=7, 26.9%), puis le courrier (n=5, 19,2%).

Tableau 8 : Moyens privilégiés par les médecins généralistes pour contacter les spécialistes du

CHL

Moyens de communication privilégiés	n (%)
Mail	7 (26.9%)
Fax	1 (3.8%)
Téléphone	22 (84.6%)
Courrier	5 (19.2%)
SMS	0 (0.0%)
Aucun	1 (3.8%)

17 médecins, soit 65,4%, estiment adresser aux urgences entre 1 et 5 patients diabétiques par an et 5 médecins (19,2%) en adressent entre 5 et 10.

Seulement 4 médecins (15,4%), n'utilisent jamais le recours aux urgences dans ce contexte.

Tableau 9 : Fréquence d'adressage de patients DT2 aux urgences

Fréquence d'adressage aux urgences	n (%)
Jamais	4 (15.4%)
1 à 5 patients par an	17 (65.4%)
5 à 10 patients par an	5 (19.2%)
> 10 patients par an	0 (0.0%)

C. Qualité de l'information reçue après une consultation ou une hospitalisation au CHL

La grande majorité des médecins généralistes estimait la qualité de l'information reçue après une consultation ou une hospitalisation au CHL comme bonne (n=3, 11,5%) ou plutôt bonne (n=19, 73,1%).

Tableau 10 : Evaluation de la qualité de l'information reçue après une consultation ou une hospitalisation au CHL

Qualité de l'information donnée par le CHL	n (%)
Bonne	3 (11.5%)
Plutôt bonne	19 (73.1%)
Moyenne	3 (11.5%)
Assez mauvaise	1 (3.8%)
Mauvaise	0 (0.0%)

D. Participation à des échanges avec les médecins du CHL ou à des formations complémentaires afin d'améliorer le parcours patient des patients DT2

Afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des patients DT2, 20 praticiens (76,9%) seraient intéressés pour échanger avec les spécialistes du CHL, et autant ont répondu favorablement pour assister à des formations complémentaires, notamment concernant les nouvelles thérapeutiques.

E. Moyens permettant d'améliorer le lien Ville-Hôpital

Concernant les moyens permettant de favoriser le lien Ville-Hôpital, de nombreux praticiens souhaiteraient favoriser des échanges directs via diverses options de communication (ligne téléphonique directe évoquée par 6 médecins, messagerie instantanée, téléexpertise).

4 omnipraticiens ont également évoqué le souhait de rencontrer périodiquement les spécialistes du CHL sous forme de soirées de formations médicales continues (FMC) sur le thème Ville-Hôpital ou de réunions avec études de cas clinique.

III. Freins ressentis par les médecins généralistes pour optimiser le parcours Ville-Hôpital du patient DT2

A. Difficultés à respecter le parcours de soins d'un patient DT2

100% des médecins généralistes du secteur ayant répondu au questionnaire ont déjà été confrontés à des difficultés pour respecter le parcours de soins du patient DT2. La moitié d'entre eux estime même y être confrontée très fréquemment (10 praticiens ayant répondu « souvent » et 3 ayant répondu « tout le temps »).

Tableau 11 : Estimation par les médecins généralistes de la difficulté à respecter le parcours de soins du patient DT2

Difficulté à respecter le parcours de soins du patient DT2	n (%)
Oui, tout le temps	3 (11.5%)
Souvent	10 (38.5%)
Parfois	13 (50.0%)
Non, jamais	0 (0.0%)

B. Principales difficultés rencontrées dans le parcours de soins

Le principal frein rencontré est le délai d'attente, qui est estimé trop long pour une consultation avec le spécialiste concerné (n=22, 84,6%). Le deuxième frein le plus rapporté est la couverture trop faible voire l'absence de spécialiste dans le secteur étudié (n=20, 76,9%).

Un peu moins de la moitié des omnipraticiens (n=11) ont également évoqué l'absence de motivation du patient et un tiers (n=9) ont rencontré des difficultés à joindre le spécialiste pour avis.

Tableau 12 : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans le parcours de soins du patient DT2

Difficultés rencontrées dans le parcours de soins du patient DT2	n (%)
Méconnaissance des recommandations de l'HAS	1 (3.8%)
Difficulté à joindre un spécialiste pour avis médical	9 (34.6%)
Peu ou absence de spécialiste pour assurer le suivi	20 (76.9%)
Délai d'attente trop long pour une consultation spécialisée	22 (84.6%)
Prise de rendez-vous trop chronophage	4 (15.4%)
Difficulté à recevoir le courrier à la suite d'une consultation	1 (3.8%)
Difficulté de coordination entre les différents spécialistes	5 (19.2%)
Refus du patient de consulter un spécialiste	6 (23.1%)
Manque de motivation du patient pour adhérer au parcours de soins proposé	11 (42.3%)
Aucune difficulté	0 (0.0%)

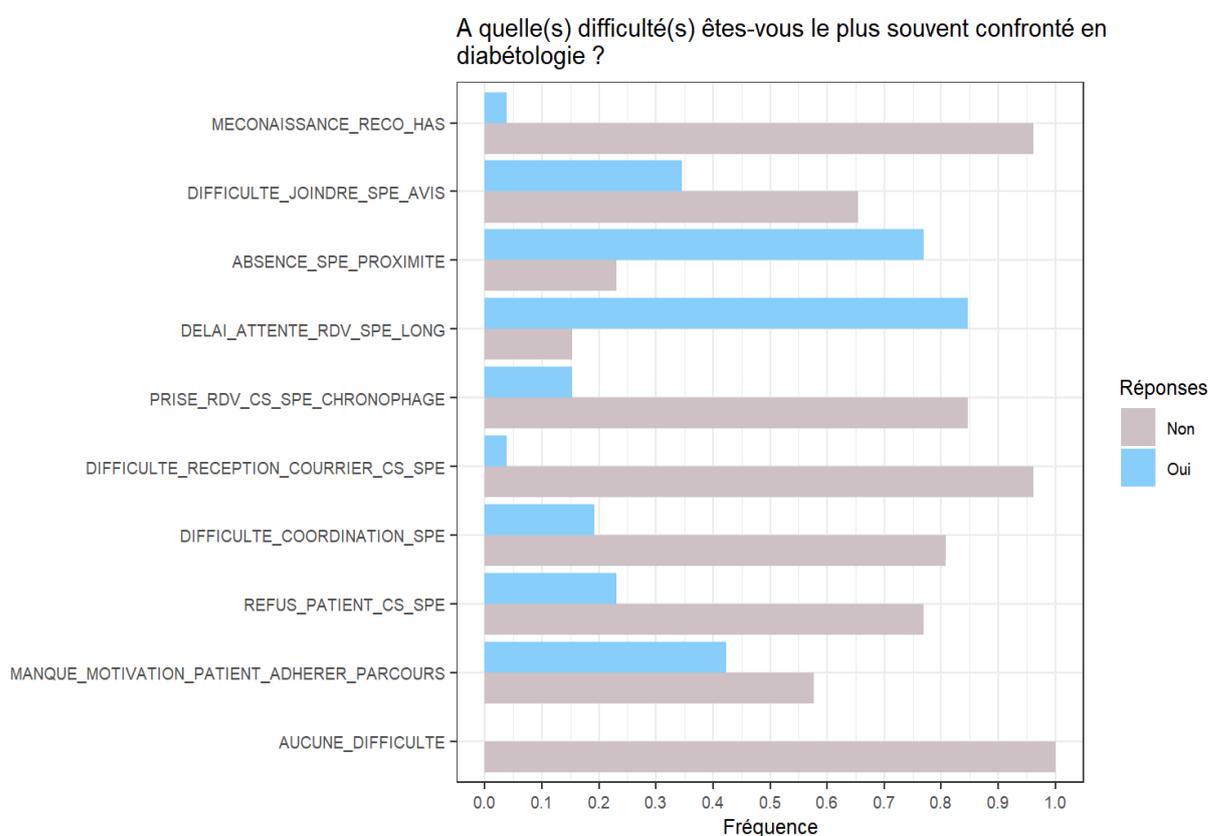


Figure 9 : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans le parcours de soins du patient DT2.

C. Difficultés à contacter ou à adresser un patient DT2 à un spécialiste

88,5% des participants (n=23) rencontrent des difficultés à joindre ou à adresser un patient à un endocrinologue. De nombreux médecins généralistes ont également cité les cardiologues (n= 9, 34,6%), ou encore les diététiciens (n=8, 30,8%).

Moins fréquemment, des difficultés sont aussi rencontrées pour adresser leurs patients auprès des dentistes (n=5, 19,2%) ou des ophtalmologues (n=4, 15,4%).

Tableau 13 : Difficultés d'adressage à un spécialiste rencontrées par les médecins généralistes dans le parcours de soins du patient DT2

Difficulté d'adressage	n (%)
Endocrinologue	23 (88.5%)
Cardiologue	9 (34.6%)
Ophtalmologue	4 (15.4%)
Néphrologue	3 (11.5%)
Chirurgien	2 (7.7%)
Biologiste	2 (7.7%)
Dentiste	5 (19.2%)
Podologue	0 (0.0%)
Diététicien	8 (30.8%)
Autre spécialiste	0 (0.0%)

Après de quel(s) spécialiste(s) rencontrez-vous régulièrement des difficultés pour le contacter ou lui adresser un patient diabétique de type 2 ?

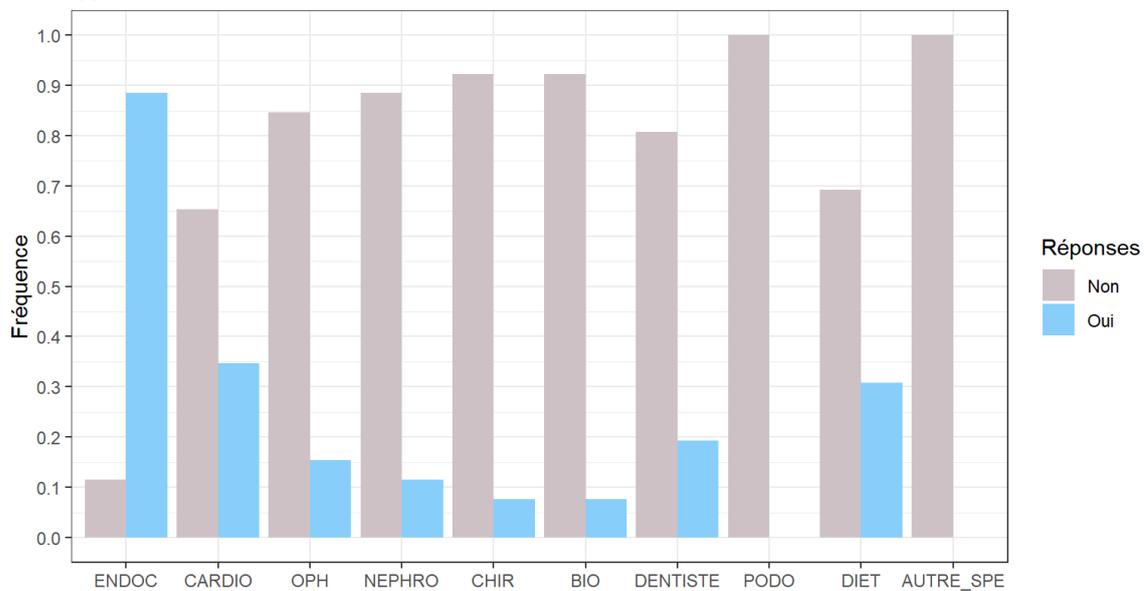


Figure 9 : Difficultés d'adressage à un spécialiste rencontrées par les médecins généralistes dans le parcours de soins du patient DT2

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

L'objectif de cette étude était d'évaluer les besoins des médecins généralistes pour optimiser le parcours de soins du patient DT2 dans le secteur de la CPTS de La Gohelle puis secondairement de repérer les freins empêchant sa bonne application. En dépit d'un guide publié par l'HAS élaboré en 2014, il persiste toujours aujourd'hui de nombreuses difficultés à le respecter, notamment dans le Pas-de-Calais et le secteur de soin lensois.

Ainsi, les résultats de notre étude montrent que le suivi d'un patient DT2 est très fréquemment réalisé par tous les médecins généralistes dont la patientèle est conséquente pour la majorité.

Les omnipraticiens déclarent adresser leurs patients DT2 à un diabétologue dans le cadre du parcours de soins pour des motifs multiples, les plus fréquents étant la mise en place d'une nouvelle technologie, l'instauration d'une insulinothérapie, un diabète déséquilibré avec une HbA1c supérieure à 10% et même, dans la moitié des réponses données, à la demande du patient lui-même.

Pourtant, on constate que le recours à un endocrinologue pour le suivi est inférieur à la moyenne nationale. En effet, 65,4% des praticiens ont déclaré adresser moins de 10% de leurs patients DT2 à un endocrinologue, alors que l'étude ENTRED 2 a constaté une moyenne nationale de 12%.⁽²⁶⁾ Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait que les médecins du secteur ont justement plus de difficultés à adresser leurs patients à un endocrinologue.

A. Freins ressentis par les médecins généralistes

100% des médecins ont rencontré des difficultés pour respecter le parcours de soins, et même fréquemment pour la moitié d'entre eux. Ils évoquent en grande majorité le délai d'attente trop long pour un avis spécialisé, ainsi que l'absence de spécialiste à proximité, ou en nombre trop restreint pour assurer le suivi des patients lorsque cela est nécessaire.

C'est d'ailleurs auprès des endocrinologues, cités par 88,5% des médecins traitants, que ces derniers ont le plus de difficulté à adresser leurs patients. Mais on remarque que les difficultés d'adressage existent pour tous les soignants faisant partie du parcours de soins du patient DT2 comme les cardiologues, à l'exception des podologues.

Cela peut s'expliquer en partie par le fait que l'offre médicale est insuffisante au sein de la CPTS de La Gohelle alors que la prévalence du diabète dans le département du Pas-de-Calais a un taux 1,3 fois plus élevé que celui observé à l'échelle nationale. (7)

L'autre difficulté à laquelle les médecins sont le plus souvent confrontés est le manque de motivation du patient à suivre le parcours de soins proposé par son médecin traitant. Dans notre étude, on rapporte souvent un refus du patient de consulter un autre spécialiste. En pratique, cela pose la question de l'entretien motivationnel (EM) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'EM est un ensemble de compétences en communication centré sur le patient visant à évoquer la motivation intrinsèque de l'individu à développer les changements de comportement nécessaires à la prise en charge d'une maladie chronique. Une méta-analyse récente évaluant l'effet de l'EM dans le cadre du DT2, et incluant 16 études, concluait à l'efficacité de cette méthode sur les variables psychosociales. Elle démontrait également l'amélioration de l'auto-gestion et l'augmentation de l'auto-

efficacité dans la prise en charge du diabète.(27) On peut donc penser que le patient ayant bénéficié de l'EM serait plus enclin à consulter un spécialiste si cela s'avérait nécessaire.

Enfin, dans notre travail, les médecins évoquent la difficulté de coordination avec les différents intervenants du parcours de soins. Une étude qualitative réalisée en 2011 avait déjà relevé le manque de concertation dans la relation entre le médecin généraliste et le diabétologue et concluait qu'il était nécessaire de rechercher des solutions afin d'optimiser cette coopération. (28)

B. Besoins exprimés par les médecins généralistes

A travers ce travail, nous avons montré que les médecins de ville souhaiteraient communiquer davantage plus facilement et notamment via une ligne directe téléphonique. Cela rejoint une étude réalisée à Paris en lien avec l'Hôpital Pitié Salpêtrière, publiée en 2013, qui recherchait différentes solutions concrètes pour améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et un service de diabétologie.(29) A l'issue d'un questionnaire, 51,8% médecins interrogés proposaient un accès direct à un endocrinologue via un numéro de téléphone portable.

Un médecin interrogé a également évoqué le souhait de voir se développer la téléexpertise. C'est une idée d'autant plus intéressante que cela permettrait de développer également l'ETP. Une revue de la littérature basée sur l'EM par l'intermédiaire de la télésanté publiée en 2021, retrouvait des résultats prometteurs pour améliorer la gestion du diabète chez les personnes handicapées atteintes de DT2 avec un impact statistiquement significatif.(30) De nos jours, avec la crise COVID, la téléexpertise prend tout son sens et l'explosion des nouvelles technologies notamment dans le diabète en favorise la mise en place.

Il en ressort dans ce travail que l'information passe correctement entre les diabétologues et les médecins de ville. Cela est donc un point positif pour la relation Ville-Hôpital, car elle était citée dans l'étude parisienne (29) comme un point important pour améliorer cette coopération avec notamment la réception du compte rendu d'hospitalisation dans un délai écourté.

La coopération entre diabétologues et médecins de ville pourrait être favorisée au cours de formations spécifiques sur les nouvelles avancées dans la spécialité. En effet, dans notre questionnaire, de nombreux médecins expriment le fait de vouloir des formations régulières pour être à jour sur les nouveaux traitements et les nouvelles technologies disponibles pour aider à la prise en charge du diabète.

Ces FMC seraient aussi l'occasion de rencontrer les médecins spécialistes du secteur avec qui ils échangent fréquemment.

Dans cette étude, 84,6% des médecins adressent au moins un patient par an aux urgences en raison de son diabète. Le motif d'adressage n'est pas connu mais il est régulièrement constaté aux urgences de Lens qu'une part non négligeable de ces patients ne relèvent pas d'un motif d'urgence, mais plutôt d'un avis spécialisé.

Cela pose à nouveau la question de la difficulté pour les médecins traitants d'avoir un avis spécialisé rapide, ces derniers se retrouvant alors démunis devant certains patients complexes.

Il existe pourtant des outils numériques qui ont été développés au niveau national afin de mieux coordonner ces prises en charges complexes : le programme d'accompagnement SOPHIA, qui peut aider les patients à mieux connaître leur maladie afin de réduire les risques de complications, le service de retour à domicile PRADO, pouvant fluidifier le parcours Ville-Hôpital, ou encore « mon espace santé »,

un espace numérique individuel permettant de stocker et partager ses données de santé de façon sécurisée.

Néanmoins, ils semblent peu utilisés car ils ne sont jamais évoqués.

Au niveau régional, l'outil PREDICE pourrait aussi être utilisé, en permettant par exemple le développement de la télésanté.

Plus récemment, le déploiement des infirmiers de pratique avancée (IPA) est une opportunité pour améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients, en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. Une revue Cochrane de 2018, portant sur 18 études randomisées, montre que les IPA fournissent des soins d'aussi bonne qualité, ont d'aussi bons résultats cliniques que les médecins et obtiennent de la part des patients un taux de satisfaction supérieur à celui des médecins. (31)

Sur le CHL, deux IPA permettent de raccourcir le délai des primo consultations des diabétologues, notamment en assurant un suivi des patients stabilisés. Elles ont d'autres missions au sein du service de diabétologie et sont des atouts majeurs pour optimiser le parcours du patient diabétique.

II. Points forts de l'étude

Il s'agit d'une étude d'analyse descriptive de données de « vraie vie », avec un questionnaire exhaustif permettant de discuter des différents aspects du parcours patient. Certaines questions étaient ouvertes, afin que les praticiens puissent s'exprimer librement sur leurs besoins.

L'échantillon recueilli était intéressant, avec un large panel de répondants, comprenant la présence de jeunes médecins mais également de plus anciens, et des

modes d'exercice différents. Les médecins généralistes avaient généralement une grande patientèle.

Enfin, il y a eu un bon taux de réponse au questionnaire.

III. Biais et limites de l'étude

A. Biais de sélection

Bien que le sondage ait été réalisé en population entière, il existe un biais de sélection dans notre étude. Une partie des médecins a été contactée par téléphone afin de recueillir leurs adresses électroniques car elles n'étaient pas dans la base de données de la CPTS. Les médecins ayant accepté de la communiquer étaient probablement ceux qui étaient les plus intéressés par le sujet ou les plus disponibles.

De plus, le mode d'envoi du questionnaire par mail ne permettait pas aux médecins non informatisés de recevoir le questionnaire et les médecins généralistes non informatisés sont probablement les médecins les plus âgés.

Il existe également un biais de participation car certains médecins étaient probablement moins motivés à répondre au questionnaire, se sentant moins concernés par le sujet. Au contraire, il y a pu avoir une sur représentativité des omnipraticiens qui étaient plus fréquemment confrontés à cette problématique.

B. Représentativité

Les médecins ayant répondu au sondage semblent peu représentatifs du secteur, avec une proportion de jeunes médecins installés importante.

On note aussi une sous-représentation des médecins salariés dans notre étude.

C. Biais de mesure

Il existe également un biais de mesure lié au caractère déclaratif des réponses des omnipraticiens. Le questionnaire étant composé de questions à choix multiple, les praticiens pouvaient être influencés par les propositions de réponse.

D. Limites de l'étude

Il n'a pas été réalisé d'étude qualitative en amont du questionnaire. Ainsi, tous les besoins ou freins auxquels les médecins du secteur sont confrontés concernant la prise en charge multidisciplinaire des patients DT2 n'ont probablement pas été proposés.

Enfin, il n'a pas pu être procédé à des analyses complémentaires bivariées. En effet, les médecins généralistes ayant répondu ne sont pas représentatifs de la population cible, le cadre de la théorie des tests n'était donc pas respecté.

CONCLUSION

En conclusion, notre étude a montré que les médecins généralistes de la CPTS de La Gohelle sont fortement impliqués dans la prise en charge des patients DT2, mais qu'ils rencontrent de nombreuses difficultés pour appliquer correctement le parcours de soins tel qu'il est recommandé par l'HAS. La principale difficulté étant la disponibilité des spécialistes dans un contexte d'offre de soins insuffisante.

Afin d'optimiser ce parcours, les médecins expriment principalement le besoin de favoriser les échanges entre spécialistes, que ce soit par des moyens de communications efficaces, ou lors de rencontres par l'intermédiaire de FMC. Une grande partie de l'offre de soins spécialisée du secteur se situant au CHL, l'amélioration du parcours-patient exige donc également une intensification de la relation Ville-Hôpital. Même s'ils ne sont pas évoqués directement, la formation récente d'IPA permettrait de répondre à ces besoins, en participant au suivi de ces patients chroniques, que ce soit en ambulatoire ou à l'hôpital, et en libérant du temps de travail pour les spécialistes concernés.

L'écoute des besoins des médecins traitants et la mise en place de solutions efficaces pour y répondre, permettraient d'optimiser et de fluidifier le parcours – patient dans le cadre du DT2, et ainsi de diminuer significativement la morbi-mortalité et d'améliorer la qualité de vie du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization, International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia : report of a WHO/IDF consultation. 2006 [cité 14 janv 2023]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43588>
2. Hamili S, Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A, et al. Numéro thématique - Les enquêtes Entred : des outils épidémiologiques et d'évaluation pour mieux comprendre et maîtriser le diabète. BEH 2009(42- 43):449-72.
3. Chevalier N. Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. (Les référentiels des collègues).
4. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. janv 2022;183:109119.
5. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
6. Lailler G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014–2016. Diabetes Research and Clinical Practice. juill 2020;165:108252.
7. Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(27-28):586-91.
8. 2017_DiagnosticTerritorialiseDesHautsDeFrance_PRS2_HautsDeFrance.pdf [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: http://or2s.fr/images/PRS/2017_DiagnosticTerritorialiseDesHautsDeFrance_PRS2_HautsDeFrance.pdf
9. Fagot-Campagna A, Weill A, Paumier A, Poutignat N, Fournier C, Fosse S, et al. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010 ? Médecine des Maladies Métaboliques. mars 2010;4(2):212-8.
10. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond V, et al. Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France – Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019. Bull Epidémiol Hebd. 2022;(22):383-92. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/22/2022_22_1.html.
11. Levenson TW, Peng Y, Xiong KZ, Song Z, Elder R, Ali MK, et al. Team-Based Care to Improve Diabetes Management: A Community Guide Meta-analysis. Am J Prev Med.

- juill 2019;57(1):e17-26.
12. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*. sept 1998;352(9131):837-53.
 13. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
 14. Haute Autorité de Santé. (2014). Synthèse, guide parcours de soins, diabète de type 2 de l'adulte. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/synthese_guide_pds_diabete_t_2_web.pdf.
 15. Foy R. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Ann Intern Med*. 16 févr 2010;152(4):247.
 16. Varroud-Vial M, Maréchaux F. Parcours de soins des diabétiques. *La revue du praticien - Médecine générale*. Juin 2015;29(944):514-5.
 17. HAS. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte. (2014).
 18. Etat de santé des personnes diabétiques en France (2022) [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/etat-de-sante-des-personnes-diabetiques-en-france-1ers-resultats-de-l-etude-entred-3-en-metropole>
 19. Fosse S, Detournay B, Gautier A, Eschwège E, Paumier A, Fagot-Campagna A. P1 Impact du niveau socio-économique et du pays de naissance sur l'état de santé et le recours aux soins des personnes diabétiques de type 2, Entred 2007. *Diabetes & Metabolism*. mars 2010;36:A40.
 20. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
 21. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signe-et-des-2-avenants>
 22. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=pop_legales.popmun&i2=pop_legales.evol_popmun&s=2020&s2=2020&t=A01&t2=A01&view=map1
 23. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/validation/#bbox=673949,7043199,28910,17196&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&i2=zonage_conv.z_gene&s=2022&view=map12
 24. GHT de l'Artois [Internet]. GHT de l'Artois. 2015 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.gh-artois.fr/>

25. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
26. Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot Campagna A, Weill A, Rudnichi A, Thammavong N, Fontbonne A, Detournay B *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2009, n°. 42-43, p. 455-60.
27. Bilgin A, Muz G, Yuce GE. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. sept 2022;105(9):2806-23.
28. Le Pautremat V, Bihan H, Cahen-Varsaux J, Deburge A, Dupuy O, Errieau G, et al. Réflexions sur la prise en charge du diabétique de type 2 : les incompréhensions de l'alliance médecins généralistes-diabétologues: Management of type 2 diabetes patients: Some thoughts on the incomprehension within the general practitioner-diabetologist alliance. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2011;5(6):613-8.
29. Bosquet F, Botella C, Hartemann A. P2049 Comment améliorer la coordination de soins entre médecins généralistes et un service de diabétologie pour la prise en charge des patients diabétiques ? *Diabetes Metab*. 26 mars 2013;39:A80.
30. McDaniel CC, Kavookjian J, Whitley HP. Telehealth delivery of motivational interviewing for diabetes management: A systematic review of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*. avr 2022;105(4):805-20.
31. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 16 juill 2018 [cité 11 avr 2023];2019(2). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé par mail aux médecins généralistes

Bonjour,

Je suis jeune médecin généraliste remplaçant et je travaille actuellement aux urgences de Lens. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse concernant l'évaluation des besoins du médecin généraliste pour optimiser le parcours Ville-Hôpital du patient diabétique de type 2 dans le secteur de la CPTS de Loos-en-Gohelle.

L'objectif est donc d'évaluer concrètement les besoins des médecins installés au sein de la CPTS de Loos-en-Gohelle, afin d'optimiser la prise en charge des patients diabétiques de type 2 et de repérer les freins auxquels vous êtes confrontés.

Afin d'y parvenir, je vous joins un questionnaire très rapide et anonyme de 20 questions : <https://these-cpts-loos-en-gohelle.limesurvey.net/356156?lang=fr>

Je suis bien sûr disponible pour toute question ou remarque.

En vous remerciant par avance,

Charlie Walger

Vous et votre pratique :

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet de médecine générale ?

- 0 - 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10 -20 ans
- 20 - 30 ans
- Plus de 30 ans

3. Vous exercez :

- Seul(e) En cabinet de groupe
- En maison de santé pluriprofessionnelle
- En tant que salarié(e)
- Activité mixte (libéral et salarié)

4. Etes-vous adhérent à la CPTS de La Gohelle ?

- Oui
- Non

5. Quelle est la taille de votre patientèle actuellement ?

- < 600 patients
- Entre 600 et 800 patients
- Entre 800 et 1000 patients
- >1000 patients

6. Combien de patients diabétiques de type 2 suivez-vous en moyenne sur l'ensemble de votre patientèle ?

- <10%
- 10 à 30%
- 30 à 50%
- >50%

7. A combien estimez-vous le pourcentage de patients diabétiques de type 2 suivis par un endocrinologue dans votre patientèle ?

- <10%

- 10 à 30%
- 30 à 50%
- >50%

8. A quelle fréquence reconvoquez-vous vos patients atteints de diabète de type 2 en règle générale ?

- Tous les mois
- Tous les 2 mois
- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois

9. Au cours de votre parcours professionnel, avez-vous eu besoin d'améliorer vos connaissances en diabétologie par des formations ?

- Oui
- Non

10. Si oui, lequel(s) ?

- Diplôme interuniversitaire (DIU)
- Diplôme universitaire (DU)
- Certificat universitaire (CU)
- Attestation universitaire d'enseignement complémentaire (AUEC)
- E-learning
- Formation courte (certification/séminaire)

Concernant le parcours de soins du patient atteint de diabète de type 2 :

11. Avez-vous des difficultés à respecter le parcours de soins d'un DT2 comme préconisé dans les recommandations de l'HAS de 2014 ?

- Oui, tout le temps
- Souvent
- Parfois
- Non, jamais

12. Après de quel(s) spécialiste(s) rencontrez-vous régulièrement des difficultés pour le contacter ou lui adresser un patient diabétique de type 2 ?

- Endocrinologue
- Cardiologue
- Ophtalmologue
- Néphrologue
- Chirurgien (orthopédiste, vasculaire,...)
- Biologiste
- Dentiste
- Podologue
- Diététicien
- Autre

13. A quelle(s) difficulté(s) êtes-vous le plus souvent confronté en diabétologie ?

- Méconnaissance des recommandations de l'HAS sur le parcours de soins
- Difficulté à joindre un spécialiste pour un avis médical
- Absence de spécialiste à proximité ou en nombre trop restreint pour assurer le suivi des patients nécessitant un avis spécialisé
- Délai d'attente de rendez-vous spécialisé trop long
- Prise d'un rendez-vous de consultation spécialisée pour le patient trop chronophage
- Difficulté à recevoir un courrier d'une consultation spécialisée réalisée
- Difficulté de coordination avec les différents spécialistes (avis ou prise en charge différent, manque de communication, etc...)
- Refus du patient de consulter un spécialiste
- Manque de motivation du patient d'adhérer au parcours de soins proposé (inobservance thérapeutique, manque de motivation pour prendre le rendez-vous, absentéisme,...)
- Aucune difficulté

14. Dans quel cas adressez-vous un patient à un endocrinologue ?

- Lorsqu'un patient présente une HbA1c>10%
- Pour aide à la mise en place d'une insulinothérapie
- Pour l'introduction d'une nouvelle technologie (freestyle libre, pompe à insuline,..)
- Pour aide à l'instauration d'un analogue du GLP1 ou d'un inhibiteur SGLT2
- Pour faire réaliser un bilan des complications
- Lors de la présence d'une ou plusieurs comorbidités
- En cas de complication micro ou macroangiopathique
- Pour aide à l'éducation thérapeutique (notamment diététique)
- A la demande du patient

Concernant le lien Ville-Hôpital :

15. Par quel(s) moyen(s) privilégié(s) contactez-vous les spécialistes du CH Lens afin d'obtenir un avis rapidement ou pour organiser une hospitalisation ?

- Mail
- Fax
- Appel téléphonique
- Courrier
- SMS
- Aucun

16. A quelle fréquence adressez-vous vos patients DT2 aux urgences pour un problème en lien avec son diabète ?

- 10 patients par an
- 5 à 10 patients par an
- 1 à 5 patients par an
- Jamais

17. Comment évaluez-vous la qualité de l'information reçue après une consultation ou une hospitalisation au CH Lens ?

- Bonne
- Plutôt bonne
- Moyenne
- Assez mauvaise
- Mauvaise

18. Seriez-vous intéressé pour participer à des échanges avec des spécialistes du CH Lens afin d'améliorer l'organisation et le parcours de soins des patients DT2 ?

- Oui
- Non

19. Seriez-vous intéressé pour assister à des formations concernant la prise en charge de patients diabétiques de type 2, notamment concernant les nouvelles thérapeutiques ?

- Oui
- Non

20. Quel(s) moyen(s) vous permettrait(ent) de favoriser le lien Ville-Hôpital ?

Texte libre

21. Remarque(s) :

Texte libre

AUTEUR : Nom : WALGER

Prénom : Charlie

Date de Soutenance : 27 avril 2023

Titre de la Thèse : Évaluation des besoins du médecin généraliste afin d'optimiser le parcours de soins du patient diabétique de type 2 : étude observationnelle au sein de la CPTS de La Gohelle

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : diabète de type 2, parcours de soins, lien Ville-hôpital, médecine générale, besoins, freins

Contexte : Le diabète constitue un problème majeur de santé publique, ses complications entraînant une morbi-mortalité importante. Afin d'y remédier, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2014 un guide parcours de soins du patient diabétique de type 2 (DT2). Mais les médecins généralistes, qui en sont les coordinateurs, sont confrontés à de nombreuses difficultés pour appliquer ces recommandations. Ces difficultés sont d'autant plus marquées lorsqu'ils exercent dans des territoires où l'offre de soins est insuffisante. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les besoins des médecins généralistes pour optimiser le parcours de soins du patient DT2 dans le secteur de la CPTS de La Gohelle.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale. Un questionnaire réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey® a été envoyé par mail aux 73 médecins généralistes installés au sein de la CPTS de La Gohelle.

Résultats : Du 1er février au 15 mars 2023, 26 réponses ont été obtenues. 100% des médecins ont déjà été confrontés à des difficultés pour appliquer le parcours de soins du patient DT2. 84,6% des participants ont évoqué un trop long délai d'attente pour consulter un spécialiste, et 76,9% ont déploré l'absence de spécialiste pour assurer le suivi lorsque c'était nécessaire. L'endocrinologue est le spécialiste le plus cité lorsque l'on évoque les difficultés d'adressage. Afin de renforcer le lien Ville-Hôpital, 76,9% des praticiens étaient intéressés pour échanger avec les spécialistes du Centre Hospitalier de Lens sur les difficultés rencontrées, et autant ont exprimé le souhait de les rencontrer périodiquement lors de formations médicales continues. Les médecins généralistes exprimaient également le besoin de favoriser les échanges directs via diverses options de communication, notamment par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique directe pour 6 d'entre eux.

Conclusion : Afin d'optimiser ce parcours, les médecins expriment principalement le besoin de favoriser les échanges entre spécialistes, que ce soit par des moyens de communications efficaces (ligne téléphonique directe, téléconsultation), ou lors de rencontres régulières par l'intermédiaire de formations médicales continues. L'apport de la téléexpertise pourrait permettre de favoriser les échanges Ville-Hôpital à l'avenir, et d'optimiser la prise en charge de ces patients au parcours complexe.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Éric WIEL, Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Alexandra DERVEAUX