Année 2020/2021

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'État

Par

Bilal EL MESSAOUDI

Né le 19/08/1994 à Gien (45)

LES FREINS À L'INSTAURATION DE L'INSULINOTHÉRAPIE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE II PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

(Étude qualitative menée auprès de 8 médecins généralistes)

Présentée et soutenue publiquement le **1er septembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU, Endocrinologie, diabétologie, et nutrition, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Christophe BARON, Immunologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Patrick SARREO, Médecine Générale - Tours

LES FREINS À L'INSTAURATION DE L'INSULINOTHÉRAPIE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE II PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
(Étude qualitative menée auprès de 8 médecins généralistes)

RÉSUMÉ :

Introduction : Le diabète de type 2 représente plus de 80% des cas de diabète, avec une prévalence de 2 millions de personnes en France. Le passage de l'insulinorésistance à l'insulinopénie constitue une étape importante de l'évolution de la maladie. L'étude EDITH réalisée en 2010 a confirmé l'existence d'un retard dans l'instauration de l'insulinothérapie. Cela a motivé cette étude explorant les freins à l'initiation de l'insulinothérapie par les médecins généralistes (MG) chez les diabétiques de type 2. **Matériel et méthode :** Une enquête qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, auprès de huit MG exerçant dans le Loir-et-Cher. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée. **Résultats :** L'étude a mis en évidence de nombreux freins à l'instauration de l'insulinothérapie. Cette réticence est en relation directe avec la complexité de la prise en charge de cette pathologie, à l'environnement médical mais aussi au profil des patients, et bien entendu aux MG eux-mêmes. L'étude a recherché les outils utilisés par les MG pour initier une insulinothérapie. **Discussion :** Le diabète de type 2 peut avoir une présentation complexe qui rend sa prise en charge difficile. Les patients peuvent constituer un frein par leur manque de connaissance de la maladie et par la représentation négative qu'ils ont du traitement par insuline. L'environnement peut constituer une barrière, que ce soit l'éloignement géographique du patient ou l'accès difficile au diabétologue. Les médecins généralistes, devant la difficulté de prescription de l'insuline et la crainte des réactions des patients contribuent également à ce retard. Pour pallier ces freins, des ressources extérieures sont présentes dont principalement les infirmières libérales et les diabétologues. **Conclusion :** Les MG font face à de nombreux freins, y compris venant d'eux-mêmes, qui retardent le passage à l'insuline. Cela va de la difficulté à poser l'indication jusqu'à la difficulté de la faire accepter au patient. Ils utilisent plusieurs outils qu'il faut améliorer pour faciliter le passage à l'insuline des patients diabétiques de type 2 quand celui-ci s'impose. **Mots clefs :** médecine générale, diabète de type 2, insulinothérapie, freins à l'instauration.

BARRIERS TO THE INITIATION OF INSULIN THERAPY IN TYPE II DIABETIC PATIENTS BY GENERAL PRACTITIONERS
(Qualitative study conducted with 8 general practitioners)

ABSTRACT :

Introduction : Type 2 diabetes represents more than 80% of diabetes cases, with a prevalence of 2 million people in France. The transition from insulin resistance to insulinopenia is an important step in the evolution of the disease. The EDITH study conducted in 2010 confirmed the existence of a delay in the initiation of insulin therapy. This motivated this study exploring the obstacles to the initiation of insulin therapy by general practitioners (GPs) in type 2 diabetics. **Material and method :** A qualitative survey was carried out by means of semi-structured interviews with eight GPs practicing in the Loir-et-Cher region. The results were analyzed using the grounded theory method. **Results :** The study revealed numerous obstacles to the introduction of insulin therapy. This reluctance is directly related to the complexity of the management of this pathology, to the medical environment but also to the profile of the patients, and of course to the physicians themselves. The study looked at the tools used by GPs to initiate insulin therapy. **Discussion :** Type 2 diabetes can have a complex presentation that makes its management difficult. Patients can be a barrier because of their lack of knowledge of the disease and their negative representation of insulin treatment. The environment can be a barrier, whether it is the geographical distance of the patient or the difficult access to the diabetologist. General practitioners, faced with the difficulty of prescribing insulin and the fear of patients' reactions, also contribute to this delay. To overcome these obstacles, external resources are present, mainly private nurses and diabetologists. **Conclusion :** GPs face many obstacles, including those of their own making, which delay the switch to insulin. This ranges from the difficulty of establishing the indication to the difficulty of getting the patient to accept it. They use several tools that need to be improved to facilitate the switch to insulin for type 2 diabetic patients when it is necessary. **Key words :** general medicine, type 2 diabetes, insulin therapy, barriers to initiation.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BAKHOS David.....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FOUQUET Bernard.....Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GRUEL Yves.....Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain .....Pneumologie
MARRET Henri .....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis .....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien .....Soins palliatifs
POTIER Alain .....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie

GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....Médecine légale
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....Bactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire.....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
Pour l'Ecole d'Orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste
SALAME Najwa.....Orthoptiste
Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Table des matières

1. INTRODUCTION 9

2. MATERIEL ET METHODE 11

2.1. Méthodologie de l'étude 11

2.2. Population étudiée et échantillonnage 11

2.3. L'entretien semi-directif 11

2.4. Transcription des entretiens 12

2.5. Analyse des entretiens 12

2.6. Suffisance des données 12

3. RÉSULTATS 13

3.1. Présentation de l'échantillon 13

3.2. Analyse des entretiens 13

3.2.1. Les freins liés à la pathologie 13

3.2.2. Les freins inhérents aux patients 19

3.2.3. Les freins liés à l'environnement 25

3.2.4. Les freins liés aux médecins généralistes 27

3.2.5. Les ressources utilisées pour l'instauration de l'insuline 33

4. DISCUSSION 42

4.1. Les forces et les limites de l'étude 42

4.1.1. Les forces de l'étude 42

4.1.2. Les limites de l'étude 43

4.2. Principaux résultats 44

4.2.1. Les freins liés à la pathologie 44

4.2.2. Les freins inhérents aux patients 45

4.2.3. Les freins liés à l'environnement 47

4.2.4. Les freins liés aux médecins généralistes 47

4.2.5. Les ressources utilisées pour l'instauration de l'insulinothérapie 49

5. CONCLUSION 51

BIBLIOGRAPHIE : 53

ANNEXES 55

1. INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par la présence d'un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie. On distingue 2 principaux types de diabète :

- Diabète de type 1 : absence de sécrétion d'insuline par le pancréas
- Diabète de type 2 : mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme

Le diabète de type 2 représente plus de 80% des cas de diabète, avec une prévalence de 2 millions de personnes en France. Il se développe en 2 phases principales :

- L' insulinorésistance que l'on appelle également insulinopénie relative : elle est caractérisée par une insuffisance de sécrétion d'insuline, compte tenu du niveau de la glycémie. Ce trouble, qui est présent dès le début de la maladie, est évolutif, inéluctable et s'aggrave avec l'âge et la durée du diabète, jusqu'à conduire au maximum au diabète insulinonécessitant.
- L'insulinopénie absolue : cette étape apparaît quand le pancréas ne fabrique plus assez d'insuline.

Le passage de l'insulinorésistance à l'insulinopénie constitue une étape importante de l'évolution de la maladie. En effet, les antidiabétiques oraux qui ont pour principal intérêt d'améliorer l'insulinosensibilité ne sont plus efficaces seuls du fait du manque de sécrétion d'insuline, et il faut donc nécessairement instaurer une insulinothérapie.

D'après la Société Francophone du Diabète, une insulinothérapie par insuline lente doit être instaurée en cas d'objectifs glycémiques non atteints malgré une bithérapie par Metformine et Analogue du GLP-1 ou une trithérapie orale. Dans les 2 cas, on préfèrera le maintien de la Metformine en association avec l'insuline basale. Il est recommandé de débuter par une insuline lente de type NPH qui apporte un plus faible risque d'hypoglycémies et une faible variabilité glycémique. L'insuline glargine U100 (Lantus/Abasaglar) est un analogue lent de l'insuline dont la pharmacocinétique est mieux adaptée à la majorité des patients et qui pourra être utilisée également plus facilement en première intention. On peut également faire appel à l'insuline degludec (Tresiba) d'apparition plus récente. Il est préférable de débuter à une petite dose (6 ou 10U), avec une auto-surveillance glycémique pluriquotidienne pour adapter la dose et prévenir le risque d'hypoglycémie. On peut par exemple augmenter ou diminuer la dose de 1 ou 2U tous les 3 jours pour obtenir une glycémie dans les objectifs adaptés au patient.

L'instauration d'une insulinothérapie basale nécessite une phase de préparation, à savoir une codécision avec le patient qui doit adhérer au projet thérapeutique ainsi qu'une éducation thérapeutique adaptée pour lui et son entourage dans certains cas. Il faut le plus souvent

s’appuyer sur une infirmière à domicile pour l'instauration de cette insulinothérapie, l’objectif étant d’autonomiser le patient. Si ce n'est pas possible il faut que l'intervention de l’infirmière soit pérenne. L'objectif c'est une bonne réalisation de l’insulinothérapie par un suivi rapproché assurant une efficacité optimale (équilibre glycémique / ou HbA1c à l'objectif) avec une bonne tolérance de cette thérapeutique.
Il faut garder en mémoire que le recours à un endocrinologue-diabétologue est souhaitable à la moindre difficulté.

L’étude TULIP réalisée en 2018 avait pour objectif de comparer l’introduction de l’insuline glargine au renforcement des RHD sur le contrôle glycémique chez des patients diabétiques de type 2 sous ADO à dose maximale depuis plus de 2 ans avec une HbA1c entre 7 et 8%. Il a été montré que cette insuline glargine a permis de réduire significativement l’HbA1c par rapport au seul renforcement des RHD. L’atteinte de l’objectif d’HbA1c (<7%) chez 2 patients sur 3 s’est faite en limitant la prise de poids et sans induire d’hypoglycémie sévère. Cette étude confirme la place essentielle de l’insulinothérapie dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

L’étude EDITH réalisée en 2010 à la Pitié-Salpêtrière avait pour objectif de décrire l'impact sur la glycémie à jeun des patients diabétiques de type 2 après l'initiation de l'insulinothérapie en médecine générale. Elle avait mis en évidence que l'insuline était initiée à des niveaux d'HbA1C plus élevés que les seuils recommandés par l’AFSSAPS et l’HAS. Cela souligne le retard dans l’instauration de l’insulinothérapie par les médecins généralistes au cours de la prise en charge des diabètes de type 2.

L'objectif de notre étude est donc de comprendre quels sont les freins à l'initiation de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Méthodologie de l'étude

Afin de répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude qualitative. Elle se présente sous forme d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes exerçant dans le département du Loir-et-Cher.

La recherche qualitative est une méthode inductive qui permet d'explorer l'existence de différentes hypothèses pouvant répondre à une problématique, en intégrant les caractéristiques de l'environnement propre à chaque sujet de la population étudiée.

2.2. Population étudiée et échantillonnage

La population de notre étude se constitue de médecins généralistes exerçant dans le Loir-et-Cher. Le nombre de médecins n'a pas été déterminé à l'avance mais l'étude a été arrêtée une fois que la "suffisance des données" a été atteinte. C'est un échantillonnage théorique qui a été réalisé, c'est-à-dire que c'est le phénomène étudié qui a été échantillonné. En effet, contrairement à l'échantillonnage statistique, l'échantillonnage théorique ne permet pas d'anticiper le nombre de personnes à rencontrer.

Les médecins ont été choisis au hasard afin d'avoir le maximum de profils différents et d'obtenir le plus d'hypothèses possibles.

2.3. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur. L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre du médecin, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente enfermé dans des questions. Le guide d'entretien réalisé au préalable a permis de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions.

Le guide d'entretien se compose de 3 parties.

La première partie a pour objectif de discuter avec le médecin généraliste des derniers cas de diabète de type 2 qui nécessitent ou ont nécessité de l'insuline afin de comprendre ce qui l'a amené à cette conclusion.

Dans la seconde partie, l'objectif est d'évoquer les difficultés rencontrées pour l'instauration de l'insulinothérapie.

Enfin la dernière partie de l'entretien permet d'aborder les différentes ressources utilisées par les médecins pour le passage à l'insuline.

2.4. Transcription des entretiens

L'ensemble des entretiens a été retranscrit avec Microsoft Word après avoir été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Le logiciel de codage QSR NVivo 12 a été utilisé afin d'aider à la réalisation du codage. Cependant le logiciel n'est qu'un outil qui apporte une aide informatique, il ne réalise donc pas d'interprétation des données lui-même.

2.5. Analyse des entretiens

C'est la méthode de théorisation ancrée (Grounded Theory Method) qui a été employée dans cette étude. Elle a été développée par Glaser et Strauss (1967) et a pour but de construire une théorie à partir de données analysées afin d'expliquer un phénomène.

Dans un premier temps, un codage ouvert a permis de mettre en évidence le maximum de propriétés possibles, c'est-à-dire les différentes idées émises par les médecins généralistes de l'étude. Le codage axial réalisé a permis ensuite d'articuler ensemble les propriétés découvertes afin que dans le codage sélectif, ces relations élaborées soient intégrées ensemble afin de constituer un système global.

Il a été préféré une organisation parallèle de l'étude plutôt que séquentielle. En effet, la problématisation, la collecte, l'analyse et la rédaction ont été réalisées de manière parallèle tandis que dans l'étude séquentielle, chacune de ces étapes est réalisée séparément et dans l'ordre défini précédemment. Nous avons fait ce choix car d'après Lofland et Lofland, 1984, 132, la démarche parallèle est considérée comme plus productive car elle amène à ne jamais poser deux fois la même question et occasionne donc moins de répétitions que dans une démarche séquentielle.

2.6. Suffisance des données

La suffisance des données a été atteinte après 8 entretiens.

3. RÉSULTATS

3.1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon se compose de 8 médecins généralistes installés en Loir-et-Cher. Parmi ces médecins généralistes, il y a 5 femmes et 3 hommes qui ont un âge allant de 36 ans à 67 ans.

Médecins	Sexe	Année d'installation	Exercice	Secteur
M1	Femme	2014	MSP	Semi-rural
M2	Femme	2018	MSP	Rural
M3	Femme	2002	Seule	Semi-rural
M4	Homme	1983	Cabinet de groupe	Semi-rural
M5	Femme	2015	MSP	Semi-rural
M6	Homme	1996	Seul	Urbain
M7	Homme	2004	Seule	Urbain
M8	Femme	2018	MSP	Semi-rural

3.2. Analyse des entretiens

Il a été établi cinq grandes parties suite à l'analyse de la retranscription des entretiens :

1. Les freins liés à la pathologie
2. Les freins inhérents aux patients
3. Les freins liés à l'environnement
4. Les freins liés aux médecins généralistes
5. Les ressources utilisées pour l'instauration de l'insulinothérapie

3.2.1. Les freins liés à la pathologie

- <u>L'état du diabète</u>

Les médecins font face à des diabètes assez différents par leur présentation globale. Un des médecins a dû gérer un diabète avec de nombreuses complications :

M2 : C'est un patient diabétique multi-compliqué qui a été amputé au niveau du genou il y a 1 an sur une prothèse de genou infectée depuis longtemps.

Ce médecin a également un patient qui a décompensé son diabète sans cause évidente :

M2 : C'est un monsieur dont le diabète a flambé brutalement sans que l'on sache pour quelle raison.

Un autre médecin fait face à un diabète cortico-induit qui nécessite de l'insuline rapidement :

M1 : J'ai un patient que j'ai mis récemment sous insuline car il a décompensé un diabète dans les suites d'une corticothérapie.

M1 : Du coup, je l'ai passé d'emblée sous insuline.

Ce même médecin en conclue que son patient avait déjà un diabète non connu :

M1 : Cela a montré qu'il avait probablement un diabète qui était ancien qui est passé inaperçu.

- La symptomatologie du diabète

De nombreux médecins jugent que l'apparition d'un syndrome cardinal chez un patient diabétique de type 2 connu ou non oriente vers un passage à l'insuline :

M1 : Quelque temps après, ce patient est venu consulter car il était fatigué, il ne faisait que boire et pisser, vraiment le truc comme dans les bouquins.

M2 : Un jour il arrive au cabinet et me dit : "ça ne va pas du tout, je crois que j'ai un problème avec mon diabète. Ça me fait comme quand on me l'a découvert pour la première fois : je vais uriner tout le temps, j'ai soif."

M7 : On a le jeune de 30 ans qui arrive « j'ai soif, je pisse beaucoup, j'ai maigri », on fait une glycémie capillaire et on retrouve 2g.

Un médecin fait tout de même face à une symptomatologie peu franche :

M1 : Elle n'allait pas bien sans pouvoir me dire ce qui n'allait pas exactement : « Je ne me sens pas bien machin… »

- La biologie du diabète

La totalité des médecins discute l'indication d'une insulinothérapie sur la base de résultats biologiques insatisfaisant notamment l'hémoglobine glyquée qui augmente franchement :

M1 : Du coup, je lui ai fait réaliser une prise de sang qui a mis en évidence une glycémie au plafond et je lui ai donc demandé une hémoglobine glyquée dans la foulée qui était à plus de 11.

M1 : Sur la prise de sang pareil, je retrouve une glycémie qui est à 2,94 g, je vais demander l'hémoglobine glyquée pour savoir vers quoi on part, savoir si c'est vraiment haut ou pas.

M2 : Son hémoglobine glyquée qui plafonnait autour de 9%.

M3 : Malgré cela, ça n'allait pas : son hémoglobine glyquée ne baissait pas en dessous de 9%.

M3 : Elle avait également de l'Eucreas à deux par jour. Malgré cela, je retrouve 9,3 % d'hémoglobine glyquée quelques mois après.

M4 : Principalement leur hémoglobine glyquée qui n'était pas excellente… Parfois les contrôles glycémiques occasionnels qui ne sont pas bons.

M5 : Au bout d'un moment, on n'arrive plus à gérer avec les antidiabétiques oraux : l'hémoglobine glyquée continue de monter.

M6 : Alors pour moi c'est tout bête c'est l'hémoglobine glyquée : si on est à l'objectif on ne bouge pas et si c'est insuffisant on passe au palier au-dessus.

M8 : C'est une patiente âgée que j'ai récupérée dans ma patientèle il y a très peu de temps, qui est arrivée avec une hémoglobine glyquée très élevée au-dessus de 10%, elle est même montée à 13% si je me rappelle bien.

M8 : Alors je me base beaucoup sur l'hémoglobine glyquée.

Un médecin constate qu'il arrive que l'évolution soit plus insidieuse :

M1 : J'ai remarqué que ses dernières glycémies sur les bilans sanguins augmentaient un petit peu mais rien de flagrant.

- <u>Les thérapeutiques essayées</u>

Deux médecins envisagent l'insuline devant un échec du renforcement des règles hygiéno-diététiques :

M1 : Bah parce que malgré le renfort des règles hygiéno-diététiques, revoir s'ils prennent bien leur traitement et puis à quelle hémoglobine glyquée on est, on est toujours à des niveaux qui ne correspondent pas aux objectifs qu'on aimerait.

M3 : A un moment donné, je me suis dit c'est bon, il faut passer à l'insuline. On a beau dire régime etc., quand il faut agir il faut agir.

Deux médecins évaluent l'indication de l'insuline après une escalade des thérapeutiques :

M6 : De toute façon le diabète c'est tout bête, on escalade et à un moment donné on arrive au palier insuline.

M8 : Je cherche également à savoir où on en est du point de vue des traitements, savoir si on est au maximum des traitements non insuliniques.

Un des médecins a réfléchi à instaurer l'insuline après un échec de l'escalade thérapeutique :

M7 : On se dit qu'on pourrait empiler 10 médicaments qu'on aurait toujours le même bazar ! Avec une hémoglobine glyquée qui stagne à 9%...

De manière plus précise, la majorité des médecins s'est retrouvée face à une situation d'échec des antidiabétiques oraux :

M1 : Si elle a une hémoglobine glyquée qui est trop haute, avec les antidiabétiques oraux on n'arrivera pas à la diminuer beaucoup.

M2 : C'est un monsieur assez fragile chez qui cela me semblait compliqué de mettre des antidiabétiques oraux afin de diminuer rapidement ses glycémies qui étaient systématiquement au-dessus de 2g/L.

M3 : Elle avait également de l'Eucreas à deux par jour. Malgré cela, je retrouve 9,3 % d'hémoglobine glyquée quelques mois après.

M4 : Je vois que sa dernière hémoglobine glyquée est à 7,3% ce qui n'est pas catastrophique mais elle est sous Komboglyze. Ses hémoglobines glyquées diminuent progressivement mais pas aussi efficacement que ce que je voudrais, elle serait une patiente à mettre sous insuline.

M5 : Au bout d'un moment, on n'arrive plus à gérer avec les antidiabétiques oraux : l'hémoglobine glyquée continue de monter.

M7 : Et puis on a le diabète du patient obèse, la cinquantaine, où on a commencé par expliquer ce qu'était la maladie, puis on débute par de la metformine, puis on ajoute une association et on voit que l'hémoglobine glyquée n'est toujours pas dans les objectifs, avec en plus un patient pas très observant sur le régime diététique.

Plusieurs médecins initient un traitement par analogue du GLP1 devant un échec des traitements oraux :

M1 : Arrivé à un moment quand on a toujours augmenté les antidiabétiques oraux et qu'on n'y arrive pas je les passe en général un peu en GLP 1 quand même pour essayer de…

M2 : Mais du coup c'est peut-être ça aussi qui me freine dans l'instauration de l'insulinothérapie surtout chez les jeunes car finalement il y a beaucoup de médecins qui ont recours aux analogues de la GLP 1 par exemple.

M6 : En général je commence toujours par les incrétines mais parfois ça ne suffit pas.

Un médecin rencontre une situation d'échec de retrait de l'insuline :

M8 : Et je lui ai dit que je pensais que c'était une erreur et qu'il fallait la remettre parce que de toute façon on n'arriverait jamais à la stabiliser sans insuline.

- Le passage à l'insuline

Un médecin se pose la question de l'intérêt d'instaurer une insulinothérapie voire même un traitement de manière générale chez une patiente très âgée, en discutant notamment la prévention des complications à cet âge :

M4 : Elle n'a pas de traitement oral car c'est une dame qui mangeait beaucoup de sucreries et donc j'ai commencé par le régime. Là, elle a une hémoglobine glyquée à 9,2% donc il va falloir se poser des questions : faut-il la traiter ? Va-t-elle faire des complications sur son diabète à 86 ans ?

M4 : Tout à l'heure je parlais des cas pas très compliqués à savoir 86 ans : que va-t-elle faire comme complication à son âge ?

Un autre médecin envisage l'insuline en 2ème intention :

M1 : J'ai déjà commencé les antidiabétiques oraux et je pense que je vais commencer une insuline aussi. Je pense que c'est quelque chose qui va nécessiter de l'insuline.

M1 : Mais après, même malgré la GLP 1 si on n'est toujours pas bon bah…là il n'y a pas le choix il va falloir passer à l'insuline !

Ce même médecin évoque la possibilité de mettre de l'insuline temporairement :

M1 : Quitte à lui mettre l'insuline temporairement et diminuer par la suite pour remonter les antidiabétiques oraux.

Dans une autre situation, elle également mis une insuline d'emblée lors de la découverte du diabète :

M1 : Du coup, je l'ai passé d'emblée sous insuline.

3.2.2. Les freins inhérents aux patients

- Le déni de la pathologie

Un médecin doit gérer plusieurs patients qui ne savent même pas qu'ils sont diabétiques :

M8 : Tu te rends compte que j'ai récupéré des patients récemment qui ne savaient même pas qu'ils étaient diabétiques alors qu'ils ont des traitements lourds ! Là on se dit que c'est mal parti…

Ce médecin a également une patiente qui refuse d'accepter l'existence même de son diabète :

M8 : Elle ne voulait rien entendre, je crois qu'elle n'a même pas compris qu'elle avait du diabète cette dame !

M8 : Alors déjà elle ne veut pas entendre parler du diabète !

M8 : Je pense que ce n'est pas vraiment l'insuline chez cette patiente mais au départ déjà l'acceptation du diabète.

Cela créé une situation de décalage entre le médecin et le patient, ce qui rend complexe l'instauration de l'insuline :

M8 : Parce que les gens ne comprennent pas toujours, ils disent parfois « Oui mais je ne comprends pas je ne mange pas de sucre, comment ça se fait que j'ai du sucre ? »

M8 : Vous imaginez qu'ils ne savent même pas pourquoi ils prennent leurs médicaments et moi j'arrive en leur disant qu'ils ont 10% d'hémoglobine glyquée et que je vais les passer sous insuline, là ils te regardent de travers !

- Le refus de l'insuline

Pour un médecin, c'est souvent le patient qui constitue un frein au passage à l'insuline :

> *M1 : Mais c'est quand même souvent le frein pour passer à l'insuline en libéral, c'est plutôt les patients en fait.*

En effet, les patients sont souvent réticents quand les médecins évoquent le passage à l'insuline :

> *M1 : En général, ils n'aiment pas trop ça… passer sous insuline.*

> *M1 : En général, de toute façon les patients quand tu commences à leur dire de passer à l'insuline, ils n'aiment pas trop !*

> *M4 : Oui j'ai commencé à lui en parler. A vrai dire, elle n'était pas vraiment d'accord !*

> *M5 : Le patient est un frein également.*

Selon un médecin, les patients ont tendance à repousser au plus tard possible l'insuline :

> *M5 : Quand on discute avec eux, on a souvent la réponse : « le plus tard possible docteur ».*

Une patiente âgée remet en question l'intérêt de l'insuline auprès d'un médecin :

> *M4 : Elle essaie de me manipuler un peu (rires). Elle essaie de surseoir au traitement en disant : « A mon âge etc… »*

Un médecin a connu des situations de refus catégorique de soin chez des patients diabétiques :

> *M8 : Si si mais c'est une patiente que j'ai récupérée tardivement et quand on lui a dit que ça n'était pas possible de continuer comme ça, elle n'a rien voulu entendre.*

> *M8 : Il ne veut surtout pas l'hospitalisation, encore moins que l'insuline ! C'est un patient qui refuse tout : il ne fait pas ses fonds d'œil, il ne va pas voir le cardiologue, il est obèse, il refuse de se faire vacciner contre la COVID.*

- Les contraintes liées à l'insuline

Selon plusieurs médecins, les patients refusent l'idée d'avoir un traitement par injectables de manière générale :

> *M5 : Oui les patients ont toujours du mal à accepter les choses au départ. C'est surtout le fait de l'injection qui les dérange bien que depuis un moment on leur explique qu'ils vont y venir etc…*

> *M7 : Du coup même en leur expliquant que de nos jours, on peut avoir des piqûres 1 fois par semaine avec certains analogues du GLP1, les patients persistent à refuser les piqûres.*

> *M7 : Le problème c'est surtout le passage à la piqûre : il y'en a plein qui me disent non !*

> *M8 : Ça l'emmerde (SIC) en fait, il trouve que ça va être astreignant, il n'aime pas les piqûres etc…*

Les patients évoquent les contraintes liées à l'insuline, notamment la douleur et la périodicité des piqûres :

> *M1 : Ils ne veulent pas prendre les piqûres et être obligés de se piquer tous les jours.*

> *M7 : En effet, le problème est que les patients refusent de manière générale le passage aux piqûres prétextant que ça fait mal, que c'est contraignant.*

> *M7 : Ils ont peur que ça fasse mal, la contrainte des injections en temps et en heure, les malaises etc…*

> *M7 : Surtout cette espèce d'obligation de soins tous les jours.*

Certains patients ont mis en avant la sensation de privation de liberté de déplacement occasionnée par l'injection quotidienne d'insuline :

M1 : Mais la première chose qu'il m'a dite c'est : « ah oui mais quand je vais partir en vacances ça va me bloquer ! »

M1 : C'est pour cela qu'ils ne veulent pas, ils ont l'impression qu'ils vont être trop dépendants de leur traitement.

M1 : Ils sont peur d'être bloqués… Ils ont vraiment peur d'être bloqués !

M3 : Je pense à un patient qui a une Lantus le soir avec un passage infirmier tous les soirs sauf le week-end. Je lui demande alors pourquoi pas le week-end. Il me dit : « parce que le week-end je vais à la chasse ».

M7 : Pareil pour l'insuline ils me disent souvent « Oui mais quand je pars en vacances, je les garde comment ? » etc...

- <u>L'autonomie du patient</u>

Deux médecins jugent la capacité des patients à gérer leur traitement seuls :

M1 : La dernière fois je l'ai fait en libéral parce que le patient je savais très bien que ça allait fonctionner, qu'il serait assez cortiqué pour comprendre le traitement.

M1 : C'est quand on connaît les patients qu'on sait pour lesquels ça va passer et pour lesquels il vaut mieux une hospitalisation.

M2 : Je lui ai proposé de faire passer l'infirmière pour surveiller mais il a refusé en disant : « Non je pense que ça va aller ».

Un de ces médecins a également mis en avant la présence de troubles cognitifs limitant totalement l'autonomie d'un patient :

> *M2 : Pour commencer, ce monsieur est dément, même si cela n'a pas été étiqueté pour moi il est dément. Il est incapable de dire si quelque chose ne va pas, il ne gère pas seul ses traitements.*

Plusieurs médecins ont évoqué l'âge comme un élément important pour évaluer l'autonomie des patients :

> *M1 : Après, ça dépend aussi de l'âge du patient, s'il va pouvoir se débrouiller tout seul.*

> *M3 : Par exemple la patiente de 79 ans m'a dit dès le départ qu'elle voulait apprendre toute seule.*

> *M4 : Son âge d'abord, je me demande si elle pourra gérer les injections ; du coup je prescris le passage d'une infirmière pour l'instauration mais elle devra probablement poursuivre car ça sera difficile à gérer par la patiente.*

> *M6 : Après chez les gens âgés, il faut quand même regarder leurs mains, leurs yeux, leurs oreilles. Il y a des gens âgés quand on voit qu'ils tremblent comme une feuille pour écrire, ce n'est pas la peine d'imaginer qu'ils manipulent eux-mêmes l'insuline, il faut leur laisser l'infirmière systématiquement.*

Les patients ont plus de difficultés à gérer les insulines rapides selon un médecin :

> *M8 : Je trouve que c'est beaucoup plus dur à gérer pour les patients l'insuline rapide, parce qu'il faut quand même adapter en fonction des glycémies, de ce qu'ils vont manger, il faut leur faire un protocole etc…*

Un autre médecin considère que le passage d'une infirmière à domicile génère une perte d'autonomie chez les patients :

> *M3 : Il est vrai que c'est une certaine perte d'autonomie de demander à l'infirmière de passer systématiquement.*

- Les difficultés communicationnelles

Un médecin fait face à des patients qui évitent les discussions liées à l'insuline et au diabète :

> *M8 : Je lui ai tout de suite parlé de son diabète parce que ça n'était pas bon du tout : elle a fui en fait, à partir du moment où elle a compris qu'il fallait passer à autre chose notamment l'insuline.*

> *M8 : Je vois que quand je lui en parle, il veut partir et je me dis qu'il ne va plus revenir ! Il est vraiment dans l'opposition.*

Un autre médecin évoque des difficultés de gestion de la maladie chez les patients de culture différente :

> *M7 : J'ai une population assez variée culturellement du fait de ma localisation et donc je me trouve souvent face à des patients d'origine maghrébine et c'est souvent compliqué.*

> *M7 : Ne serait-ce que pour le régime alimentaire : si on dit aux gens originaires du Maghreb d'enlever le pain, le blé, la semoule, ils ne mangent plus rien !*

En effet il peut exister une barrière de langue chez ces patients, ce qui rend complexe la discussion sur l'insuline et la gestion potentielle de celle-ci :

> *M7 : J'essaie de prendre mon temps pour ne pas faire n'importe quoi mais quand un patient arrive avec une hémoglobine glyquée à je ne sais combien, qu'il ne comprend qu'un mot sur deux du fait de la barrière de la langue, il faut lui demander de revenir avec quelqu'un de la famille qui peut traduire et expliquer.*

> *M7 : D'une part la langue : pour leur expliquer les règles hygiéno-diététiques, cela peut prendre énormément de temps et le résultat n'est pas garanti.*

> *M7 : Écoutez chez mes patients avec une barrière de la langue, je me dis toujours s'il elle fait 2 fois la dose et qu'elle s'effondre.*

3.2.3. Les freins liés à l'environnement

- La situation géographique des patients

Deux médecins abordent l'importance de la proximité géographique des patients pour la gestion de l'insuline :

M2 : Donc tout repose sur les infirmières libérales sauf qu'il vit assez loin du cabinet.

M5 : Pour lui, cela me semblait logique et simple également de passer sous insuline : il habite à côté.

M5 : Je vais le voir à domicile tous les mois en ce moment car c'est plus facile du fait qu'il vive à proximité du cabinet.

M5 : En repensant à une autre patiente, on a plus de facilité avec les patients chez qui les infirmiers vont pouvoir passer régulièrement.

- La difficulté liée au diabétologue

Plusieurs médecins expriment le sentiment que la difficulté d'obtenir une consultation chez le diabétologue dans des délais raisonnables est un frein à l'instauration de l'insuline :

M3 : Avoir un rendez-vous chez le diabétologue est très compliqué.

M4 : Vous savez de nos jours pour avoir une consultation de diabétologie il faut attendre 6 mois voire 1 an !

M6 : Et puis à Blois, il faut savoir que pour avoir un rendez-vous chez le diabétologue il faut attendre au mieux 6 mois voire 1 an. C'est pour cela qu'il faut pouvoir gérer sans attendre le diabétologue.

M7 : J'envoie chez le diabétologue en appelant directement car les rendez-vous de diabétologues sont compliqués à avoir, avec un délai d'au moins 6 mois.

- Le manque de temps des infirmières libérales

Le manque de temps infirmier peut être un frein pour débuter une insuline selon un médecin :

> *M7 : Mais je me dis attends l'infirmière a beaucoup de travail, elle n'a pas forcement que cela à faire. Une mise en route d'une insuline ça prend plus d'une heure ! Il faut expliquer aux gens etc... Et les infirmières n'ont pas le temps.*

- Les freins en rapport avec l'hospitalisation

Un médecin met en évidence l'accès difficile et limité à l'hospitalisation :

> *M7 : L'autre jour, j'ai voulu faire la même chose avec une patiente qui avait 9,8% d'hémoglobine glyquée et j'ai appris qu'ils ne prenaient qu'à partir de 10% en hospitalisation…*

> *M7 : Oui tout à fait et ils n'ont pas d'autre choix que d'être partiellement sélectif et donc de prioriser certains patients.*

Un autre médecin doit gérer sans hospitalisation devant les difficultés liées à la COVID-19 :

> *M2 : Elle m'a dit que c'était clairement quelqu'un qu'on pouvait hospitaliser mais qu'en ce moment c'était compliqué d'hospitaliser et que donc si je pouvais gérer cela en ville ça serait très bien.*

- Les freins liés à l'aidant

Un médecin connait une situation compliquée avec un aidant qui a des idées préconçues fausses sur le diabète :

> *M2 : Chez ce monsieur c'est impossible et chez sa femme c'est très compliqué parce que par exemple elle était persuadée que si son mari avait des glycémies hautes c'était à cause de ses compléments alimentaires.*

Le médecin juge donc impossible la gestion de l'insuline par cet aidant :

M2 : Sa femme s'occupe bien de lui mais je pense qu'elle aurait été dépassée par la gestion de son insulinothérapie.

3.2.4. Les freins liés aux médecins généralistes

- Les questionnements sur l'indication de l'insuline

Un médecin se questionne sur le retard d'instauration de l'insuline chez les patients âgés :

M5 : Mais quand on y réfléchit, ce sont probablement des patients qui ont été mis trop tardivement car si les infirmiers doivent passer c'est qu'on a un patient en perte d'autonomie, et on se dit que l'on arrive un peu tard.

Un autre médecin discute l'intérêt de l'insuline chez les sujets très âgés :

M4 : Les gens qui ont plus de 80 ans, qui sont sous antidiabétiques oraux, on se demande s'il faut vraiment mettre de l'insuline.

M4 : J'ai par exemple cette patiente pour laquelle je suis ennuyé à l'idée de lui mettre de l'insuline car elle est âgée.

Deux médecins constatent qu'ils ont tendance à repousser au plus tard l'instauration de l'insulinothérapie, surtout chez les sujets jeunes :

M4 : Après en cas de refus au départ, on temporise un peu si la situation le permet.

M5 : Instaurer une insuline est quelque chose qui m'arrive de faire mais il est vrai que j'ai tendance à attendre le plus tard possible, ce qui est peut-être idiot…

M2 : Et finalement chez les patients jeunes, autant avant je serais allée sur de l'insuline autant maintenant je me dis tiens ça peut valoir le coup de les montrer au diabétologue dans l'espoir peut-être d'avoir une seule injection par semaine, enfin des choses un peu moins contraignantes que l'insuline mais qui sont quand même efficaces.

- Le temps de consultation

Un médecin met en avant l'importance du temps accordé au patient pour l'initiation d'une insulinothérapie :

> *M5 : Maintenant que j'y pense, il y a le facteur temps qui joue également dans notre pratique pour instaurer l'insuline.*

> *M5 : Mais finalement pour introduire l'insuline au patient, il faut du temps et c'est un temps que l'on n'a pas forcement.*

Trois médecins expriment que le manque de temps médical constitue un frein à l'instauration de l'insuline, car ils ont tendance à remettre les choses à la prochaine fois :

> *M5 : Finalement on a 15 minutes pour le renouvellement du diabétique : il faut déjà le déshabiller, l'examen clinique, on regarde la biologie, on adapte les traitements et il nous reste juste le temps de lancer l'idée de l'insuline et encore.*

> *M5 : Finalement on ne prend pas forcement le temps nécessaire pour amener l'insuline mais malheureusement c'est un temps que l'on n'a pas forcement.*

> *M5 : On finit par temporiser vers la prochaine consultation etc... Et on se retrouve plusieurs années après au même point !*

> *M6 : Cela permet de vérifier qu'ils aient bien compris, qu'ils savent manipuler leur piqûre, leur lecteur de glycémie. Moi je n'ai pas le temps de vérifier tout ça.*

> *M8 : Surtout que lorsqu'on initie une insuline, la consultation est dédiée exclusivement à cela et donc on n'a pas forcement le temps de faire le point sur le reste du diabète.*

Selon un médecin, ce manque de temps médical est lié à la surcharge de travail des médecins généralistes :

> *M5 : Le problème étant que si l'on prend plus de temps, on ne peut pas répondre à toute la demande de soin qui est importante du fait de la baisse de la démographie médicale.*

M5 : Il faut essayer de dédier des consultations plus longues exprès pour çà mais encore une fois c'est un temps que l'on n'a pas forcement vue la demande de soins.

- Convaincre le patient

Un médecin exprime son appréhension liée à la réaction des patients au moment d'évoquer l'insuline avec eux :

M2 : Ma principale réticence c'est les patients. C'est peut-être l'idée que je me fais sur la manière dont les patients vont réagir lorsque je vais aborder l'insuline avec eux.

Plusieurs médecins évoquent l'importance de préparer le passage à l'insuline avec le patient, ce qui peut repousser l'instauration :

M2 : Souvent je me dis : « Olalala il va falloir que je les prépare quand il va falloir qu'on passe à l'insuline ! ».

M2 : En tout cas quand il n'y a pas d'urgence, je prépare le terrain en leur disant qu'on essaie autre chose mais que si cela ne fonctionne pas, il faudra passer à de l'insuline. Du coup, ils ne sont pas surpris quand je reviens à la charge avec l'insuline.

M5 : J'avais préparé ce patient psychologiquement.

M6 : On amène progressivement l'insuline mais quand on voit que les résultats ne sont pas satisfaisants, à un moment on leur dit la prochaine fois attention. Mais à un moment donné il faut passer le cap.

Un autre médecin insiste sur l'importance d'évoquer l'insuline dès le début de la maladie pour faciliter l'acceptation du patient au moment voulu :

M8 : De toute façon cela m'est arrivé chez plusieurs patients que je devais passer sous insuline et finalement les seuls avec qui on y arrive sont ceux avec qui on a parlé de l'insuline dès le début de la maladie.

M8 : Si tu commences dès le départ à leur dire que peut-être dans 10, 15 ou 20 ans il faudra peut-être arriver à l'insuline, ils sont plus préparés et arrivent à comprendre le jour j.

M8 : Alors en général ça se passe plutôt bien quand on les a bien préparés et que l'on n'y va pas de manière frontale, c'est-à-dire que ça fait déjà plusieurs fois que je leur explique en leur disant qu'au final ça devrait bien se passer.

M8 : Le tout est de pouvoir leur faire accepter et cela ne pose pas de difficultés si on leur en parle dès le début de la maladie.

Ce médecin ressent donc des difficultés pour le passage à l'insuline chez les patients qu'elle suit depuis peu et qui ont un diabète évolué :

M8 : Je trouve moi que quand on ne leur en a pas parlé tôt c'est très compliqué. C'est notamment le patient que j'évoquais tout à l'heure qui a 9,5%, qui est obèse et jeune : j'ai envie d'y aller mais je n'arrive à rien !

M8 : Les patients que je récupère dans ma patientèle et qui sont déjà à 10% d'hémoglobine glyquée et qui ont déjà le maximum de traitement, c'est vraiment difficile.

Pour préparer le passage à l'insuline, un médecin aborde les complications potentielles liées à un diabète déséquilibré :

M2 : En général, je commence par leur dire que je suis embêtée car on n'arrive pas à bien équilibrer le diabète, on aimerait bien que ça soit plus bas car à long terme il peut y avoir des complications. Souvent je leur parle de leurs yeux.

Un médecin exprime une appréhension quant à l'acceptation des injections par les patients :

M5 : Je pense que c'est surtout l'appréhension de passer à un traitement injectable qui nous semble plus contraignant. C'est souvent le problème d'acceptation par le patient.

En effet, un autre médecin explique que le passage à l'insuline est moins compliqué chez un patient déjà sous traitement injectable :

> *M7 : Je dirais que quand ils sont sous traitement avec d'autres injectables généralement ça se passe bien. Je leur dis qu'ils vont avoir un nouveau médicament qui va améliorer le diabète et ils acceptent.*

- La manipulation de l'insuline

Deux médecins ont exprimé une appréhension quant à la manipulation de l'insuline :

> *M7 : J'ai sûrement un peu peur même si en réalité ce n'est pas si compliqué que ça, surtout les insulines lentes.*

> *M4 : Peut-être des inquiétudes chez nous aussi pour instaurer parce que l'on n'est pas très à l'aise non plus avec la manipulation de l'insuline.*

En effet, ce médecin explique ne jamais débuter elle-même une insulinothérapie car cela lui semble fastidieux :

> *M7 : En général je ne débute pas l'insuline moi-même parce que pour instaurer une insuline, cela demande de nombreuses étapes.*

Un autre médecin explique qu'elle hésite à instaurer l'insulinothérapie seule et qu'elle a recours au diabétologue :

> *M1 : Je voulais le mettre sous insuline mais j'ai préféré appeler le diabétologue pour revoir avec lui les doses.*

Tandis que pour un autre, le médecin généraliste doit être autonome devant la difficulté d'accès au diabétologue :

> *M6 : De plus, il y a de plus en plus de diabétiques donc on ne peut pas surcharger les diabétologues pour des diabètes qui sont finalement assez simples à prendre en charge.*

Deux médecins rencontrent des difficultés liées à la variété des insulines lentes :

M7 : Même au niveau des insulines on en trouve des différentes et on finit par ne plus trop savoir quoi prescrire !

M4 : Les insulines ont évolué par exemple. Au départ déjà quelle insuline choisir ? Entre la Lantus, la Toujeo etc.

Deux autres médecins ont des difficultés sur les posologies d'instauration de l'insuline :

M1 : Alors c'est par rapport aux doses vraiment d'insuline : je ne sais jamais trop à quelle dose commencer

M2 : Alors pour le coup chez ce patient, la diabétologue m'a fait attaquer plus fort que ce que j'aurais fait toute seule

- <u>L'appréhension des effets indésirables</u>

Un médecin exprime sa peur de sous-doser ou sur-doser les patients en insuline et être à l'origine des complications ou générer des hypoglycémies :

M1 : J'ai toujours peur de les sur-doser ou au contraire pas assez et qu'ils aient des complications.

M1 : Je pense que j'ai peur de trop doser même par rapport à un patient quand je l'avais passé sous insuline, le diabétologue m'avait dit de mettre une dose mais je n'ai pas mis autant, j'avais peur qu'il fasse des hypoglycémies.

Plusieurs médecins évoquent des difficultés quant à la manipulation de l'insuline rapide, avec la peur d'être à l'origine d'hypoglycémies :

M4 : Je reconnais que je ne suis pas toujours à l'aise ! C'est plutôt les insulines rapides qui me font le plus peur parce que l'on n'est pas derrière les patients.

M7 : C'est compliqué surtout quand il faut associer une insuline rapide, chez les gens qui font un peu n'importe quoi sur plan hygiéno-diététique ou chez les poly-pathologiques.

M8 : C'est quand même beaucoup plus lourd, l'insuline rapide, et là pour le coup on se pose la question des effets indésirables comme les hypoglycémies.

Un médecin a la même appréhension pour l'insuline lente mais uniquement chez les sujets jeunes et actifs :

M3 : Je dirais que c'est plus compliqué pour les patients jeunes. Autant chez les sujets âgés qui n'ont pas beaucoup d'activité je n'ai jamais eu de problématique. Après chez des sujets plus jeunes, actifs, je suis plus prudente.

3.2.5. Les ressources utilisées pour l'instauration de l'insulinothérapie

- <u>Les outils du médecin</u>

Un médecin dit qu'il faut déculpabiliser les patients sur le passage à l'insuline, en leur expliquant que cela ne constitue pas un échec mais l'évolution normale de la maladie :

M8 : C'est-à-dire qu'on leur explique dès le départ que le passage à l'insuline fait partie de l'évolution normale de la maladie et que ce n'est pas toujours un signe de gravité ou de mauvais comportement alimentaire.

M8 : Et puis il faut aussi les déculpabiliser en leur expliquant que le passage à l'insuline ne constitue pas un échec, que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas fait ce qu'il fallait.

Un autre médecin utilise le passage à l'insuline comme une motivation pour renforcer les règles hygiéno-diététiques chez les patients jeunes :

M2 : Après cela me permet aussi chez les gens capables de faire des efforts sur les règles hygiéno-diététiques de les motiver à faire plus d'efforts. Après chez les patients très âgés qui ne peuvent plus cuisiner ou sortir de chez eux, on ne peut plus jouer sur cela.

Deux médecins ont recours aux analogues du GLP1 pour introduire les injections avant de passer à l'insuline :

M1 : C'est pour ça que je pense que le traitement par l'analogue du GLP1 est un bon compromis parce qu'ils commencent déjà à s'habituer à se piquer une fois par semaine du coup le passage à l'insuline est plus facile.

M1 : Ça fait une transition pour les habituer à se piquer.

M6 : Alors moi avant de passer à l'insuline, je passe toujours par la case analogue du GLP1 car il faut amorcer les gens à se piquer.

M6 : Oui tout à fait, le passage par les analogues du GLP1 permet de démystifier l'insuline chez les patients.

- Le diabétologue

Plusieurs médecins généralistes font appel au diabétologue quand ils sont en difficulté avec certains patients :

M1 : Quand je vois que ça bloque de trop je les envoie chez le diabétologue.

M1 : Euh oui si j'ai un problème j'appelle le diabétologue, ils sont assez facilement joignables.

M1 : J'ai vu cela avec le diabétologue, je l'ai appelé directement.

M2 : J'ai une amie qui est endocrinologue que je contacte assez facilement quand j'en ai besoin.

M3 : Je les envoie chez le diabétologue quand je suis vraiment en difficulté.

M4 : C'est vrai que si j'ai un gros problème je vais l'appeler et il prendra le patient rapidement en hospitalisation de jour ou autre.

M6 : C'est surtout les gens présentant des diabètes avec des complications ou des chiffres vraiment élevés pour lesquels effectivement on peut avoir recours au spécialiste pour refaire le bilan mais cela reste assez exceptionnel finalement.

M8 : L'autre jour, je lui ai dit : « aujourd'hui je ne le fais pas, je vais revoir avec mes collègues diabétologues s'il y a une autre option… »

M8 : Quand on contacte les diabétologues on est souvent en bout de course.

Un médecin a recours au diabétologue pour élaborer un protocole d'insuline :

M1 : Du coup depuis mon patient qui a décompensé, j'ai revu avec le docteur P. [diabétologue], c'est bon maintenant j'ai mon petit protocole.

Plusieurs médecins expliquent avoir recours au diabétologue surtout chez les patients jeunes :

M2 : Donc les patients jeunes je les envoie assez facilement en consultation chez le diabétologue.

M5 : Oui il m'arrive souvent d'avoir recours au spécialiste. C'est surtout chez les patients jeunes qui sont souvent en obésité morbide et qui débutent un diabète.

M6 : Surtout quand ce sont des découvertes de diabète avec des chiffres de départ importants, je préfère les orienter vers le diabétologue surtout si ce sont des gens jeunes qui travaillent, pour aller vite.

M8 : Après pour les sujet jeunes, je passe la main assez facilement car il faut qu'on soit sur du diagnostic de type 2 déjà !

Un médecin demande de l'aide au diabétologue pour adapter les traitements et retarder le passage à l'insuline :

M8 : Après régulièrement je mets un petit mot à mes collègues diabétologues de l'hôpital, comme par exemple pour un des 2 patients, où je lui ai envoyé cette semaine un mail en lui expliquant qu'il était très réticent et donc je cherchais à savoir si je pouvais modifier son traitement de manière à retarder un peu l'insuline.

Pour d'autres patients, ce médecin a recours au diabétologue après l'instauration de l'insuline car le diabète n'est toujours pas équilibré :

M8 : Après si on n'y arrive pas et que c'est toujours déséquilibré sous lente, je passe la main aux endocrinologues.

M8 : Je n'arrivais pas du tout à l'équilibrer alors qu'elle était déjà sous insuline lente donc je l'ai adressée au service de diabétologie.

Un autre médecin fait appel au diabétologue pour se rassurer sur la qualité de sa prise en charge :

M3 : Malgré cela, je n'étais quand même pas sereine par rapport à son âge, je n'avais pas la notion de consultation de cardiologie récente etc. Du coup, j'ai demandé une consultation de diabétologie pour savoir si je faisais les choses bien.

- Les infirmières libérales

L'ensemble des médecins a recours à une infirmière libérale au départ de l'instauration de l'insuline :

M5 : Oui j'ai recours aux infirmières au début.

M6 : Alors moi je ne m'embête pas : je leur prescris et en général je demande qu'il y ait une infirmière le premier mois.

M7 : C'est vrai que normalement l'instauration chez ces patients se fera avec l'aide d'une infirmière à domicile et c'est elle qui fera les injections.

M8 : En plus on se met en relation avec les infirmières que l'on met en place pendant généralement 1 mois au début voire moins selon les patients.

Certains médecins maintiennent les passages infirmiers systématiquement chez les patients qui ne sont pas autonomes :

M4 : Par contre, moi je lui ferai faire les injections par une infirmière. On commencera par exemple à 8UI et on augmentera progressivement par l'infirmière à domicile en surveillant les glycémies capillaires.

M5 : Moi c'est simple car ce sont les infirmières du cabinet qui voient des diabétiques tous les jours et on partage sur ces patients pour trouver le bon équilibre.

M6 : Après chez les gens âgés, il faut quand même regarder leurs mains, leurs yeux, leurs oreilles. Il y a des gens âgés quand on voit qu'ils tremblent comme une feuille pour écrire, ce n'est pas la peine qu'ils manipulent eux-mêmes l'insuline, il faut leur laisser l'infirmière systématiquement.

M8 : C'est compliqué chez elle du coup ce sont les infirmières qui gèrent.

La grande majorité des médecins utilise les infirmières libérales pour s'occuper de l'éducation thérapeutique des patients :

M2 : En attendant, nous avons recours à des infirmières libérales avec qui nous avons l'habitude de travailler qui gèrent bien le côté éducation thérapeutique.

M3 : Puisque je fais passer l'infirmière, c'est l'infirmière qui gère et en même temps elle a un rôle d'éducation thérapeutique. Elle leur montre comment prendre les glycémies voire même se faire l'insuline tous seul car avec les stylos c'est plutôt simple.

M4 : Après si on le fait faire par une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique, notamment les infirmières de ville qui sont très à l'aise avec cela, il n'y a pas de problème et elles nous appellent facilement en cas de souci.

M5 : Oui j'ai recours aux infirmières au début. Et puis souvent, elles font de l'éducation thérapeutique.

M6 : Alors moi je ne m'embête pas : je leur prescris et en général je demande qu'il y ait une infirmière le premier mois. Cela permet de vérifier qu'ils aient bien compris, qu'ils savent manipuler leur piqûre, leur lecteur de glycémie.

M7 : Après on me dit souvent « ne t'embête pas on peut faire venir les infirmières à domicile qui vont gérer l'initiation, s'occuper des surveillances et de l'éducation thérapeutique ».

M8 : En plus on se met en relation avec les infirmières que l'on met en place pendant généralement 1 mois au début voire moins selon les patients. Cela permet de faire un peu d'éducation thérapeutique.

Un médecin fait savoir qu'il trouve les infirmières libérales en milieu rural plus à l'aise sur l'éducation thérapeutique des patients diabétiques :

M3 : En tout cas je trouve qu'en campagne, c'est plus facile avec les infirmiers : je trouve qu'ils ont plus de temps qu'ils sont mieux formés sur l'éducation thérapeutique dans le cas du diabète.

L'objectif de cette éducation thérapeutique est de rendre les patients autonomes sur leur gestion de l'insuline, comme l'expriment plusieurs médecins :

M1 : Alors que bon avec une éducation thérapeutique, c'est ce que je lui ai dit, vos injections vous allez vous les faire vous-même et vous les emmènerez avec vous en vacances comme les autres traitements.

M3 : Donc je mets en route avec les infirmiers souvent et puis par la suite il y a généralement des patients qui se prennent en charge tous seuls.

M3 : Elle avait une infirmière qui passait au départ mais je l'ai vue dernièrement et elle fait toute seule maintenant.

M6 : Après chez les jeunes, une fois qu'ils ont compris comment ça fonctionne, ils se débrouillent tous seuls et puis en général je leur donne le premier carnet.

Plusieurs médecins mettent en avant l'importance d'une bonne communication avec les infirmières libérales pour la gestion de l'insuline :

M1 : Puis comme on travaille en collaboration avec elles, je sais directement comment ça se passe parce qu'elles me font un retour toute suite.

M2 : On travaille avec une messagerie sécurisée, on s'envoie des photos de carnet de glycémies etc. On peut donc réagir rapidement si c'est nécessaire sans forcément retourner voir le patient ou demander à celui-ci de revenir en consultation.

M4 : Après si on le fait faire par une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique, notamment les infirmières de ville qui sont très à l'aise avec cela, il n'y a pas de problème et elles nous appellent facilement en cas de souci.

M5 : Moi c'est simple car ce sont les infirmières du cabinet qui voient des diabétiques tous les jours et on partage sur ces patients pour trouver le bon équilibre.

M5 : Quand les infirmières ont un souci, elles viennent facilement me voir pour adapter les posologies.

M5 : On essaie de rester en contact car quand on prescrit 20 UI par exemple, quand on regarde 3 mois après on se retrouve toujours à la même dose si on ne communique pas avec les infirmières.

M5 : Chez ce patient par exemple, je savais que ce serait plus simple car on peut régulièrement regarder le carnet de surveillance glycémique avec les infirmières.

Un autre médecin souligne l'avantage de la proximité géographique avec les infirmières dans la gestion de l'insuline :

M8 : Je travaille avec les infirmières de la maison médicale ce qui facilite grandement la prise en charge des diabétiques sous insuline.

Deux médecins utilisent le recours à l'infirmière libérale comme un outil de réassurance du patient lors de l'instauration de l'insulinothérapie :

M3 : Non non, je lui ai expliqué que c'est l'infirmière qui allait venir ce qui l'a beaucoup rassuré. Il s'est donc vite trouvé en confiance. Il était très compliant.

M5 : Parallèlement à son diabète, se patient commençait à perdre en autonomie du fait de sa pathologie. La présence de l'équipe infirmière est un argument qui m'a permis de rassurer le patient en lui disant qu'il serait très bien entouré.

Un médecin mentionne le fait que des infirmières ASALEE allaient travailler dans sa maison médicale :

M2 : Nous avons 2 infirmières ASALEE qui vont débuter au cabinet médical.

Un autre médecin s'appuie sur une proche de sa patiente qui est infirmière pour sécuriser la prise en charge :

M3 : De plus chez cette patiente, j'ai appris qu'elle avait une fille qui était infirmière et donc je me suis dit qu'en cas de difficulté elle pourrait toujours l'appeler pour qu'elle passe la voir.

- Le réseau diabète

Deux médecins évoquent l'existence d'un réseau diabète sur lequel ils peuvent s'appuyer pour instaurer l'insuline :

M4 : Après ici il y a aussi un réseau diabète mais c'est plus pour l'activité physique etc... C'est une ancienne infirmière qui s'en occupe.

M7 : C'est pour cela qu'avant avec le réseau diabète c'était top car je récupérais des patients avec 10% d'hémoglobine glyquée voire plus, je l'ai orienté par le réseau diabète qui est en lien avec les diabétologues de l'hôpital et donc le patient était rapidement pris en hôpital de semaine.

M7 : C'était beaucoup plus pratique avec le réseau diabète : je les appelais quand un patient me posait problème, ils le voyaient 2 jours après et par la suite c'était souvent une hospitalisation directe pour débuter l'insuline.

- L'hospitalisation

Plusieurs médecins expliquent avoir recours à l'hospitalisation en cas de difficulté, pour l'instauration de l'insulinothérapie :

M7 : C'est pour cela que je délègue honteusement à l'hôpital.

M8 : Oui l'hospitalisation me semble nécessaire dans des cas complexes comme la patiente précédente.

M1 : Si nécessaire je l'appelle il le prend en hospitalisation pour mettre en place le traitement

M1 : Mais chez certains où ils sont seuls à domicile ou bien si c'est un peu compliqué je préfère une hospitalisation pour eux, même s'il y a une infirmière qui passe tous les jours.

M7 : Bon hop, on l'envoie vers l'hôpital et probablement qu'il sera mis sous insuline directement au moins au départ.

Deux médecins ont recours à l'hospitalisation dans des situations de diabète très déséquilibré :

M4 : Dans les cas où on a des diabètes très déséquilibrés ou s'il y a des risques, il faut passer par la case hospitalisation, on ne fait pas ça à la maison.

M6 : Alors cela m'arrive parfois quand les chiffres sont très mauvais comme par exemple quand ils ont 5g de glycémie et des hémoglobines glyquées à 12 ou 13%, cela m'arrive de les faire hospitaliser.

Un médecin songe à l'hospitalisation chez un patient opposant aux soins :

M8 : Après pour mon patient qui refuse catégoriquement, je pense que ça [l'hospitalisation] serait intéressant pour l'éducation thérapeutique mais il ne veut rien entendre !

Un autre médecin fait hospitaliser un patient car elle trouve que cela est plus rapide qu'une simple consultation :

> *M3 : Elle a été hospitalisée car cela va plus vite et elle est sortie sous Lantus à la même dose que j'avais instaurée mais avec du Janumet à la place de l'Eucreas.*

4. DISCUSSION

4.1. Les forces et les limites de l'étude

4.1.1. Les forces de l'étude

- La méthode qualitative

La méthode de recherche qualitative permet d'étudier les soins de santé d'une manière particulière, en se penchant plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants. Elle constitue l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives.
Le choix de cette méthode pour explorer les freins à l'insulinothérapie par les médecins généralistes chez les patients diabétiques de type 2 nous a semblé être la plus pertinente.
C'est cette méthode nous a permis de chercher au mieux, à travers l'interrogation des médecins généralistes, les éléments qui entravaient l'instauration d'une insulinothérapie.

- L'entretien semi-directif

Le choix de l'entretien semi-directif est apparu comme le plus intéressant. En effet, il permet de collecter des données informatives à travers des interrogations générales et ouvertes.
A l'inverse de l'entretien directif, cette démarche semi-directive nous a permis d'approfondir le sujet en posant de nouvelles questions, que nous avons pu adapter au fil des entretiens. L'entretien libre risquait de ne pas cadrer suffisamment le sujet qui est assez vaste.
Les médecins généralistes interrogés ont cependant pu répondre suffisamment librement et exprimer des points de vue personnels pour chaque question soulevée.

4.1.2. Les limites de l'étude

- L'échantillon

Nous avons atteint la suffisance des données après 8 entretiens avec des médecins généralistes. Notre échantillon se compose de 5 femmes et 3 hommes et il aurait été plus optimal d'avoir 4 hommes et 4 femmes pour éliminer le biais lié au sexe du médecin.

Notre échantillon n'a pas pour objectif d'être représentatif de la population étudiée mais il est légitime d'évoquer qu'un échantillon de plus grande taille aurait pu fournir de nouveaux éléments quant à notre étude.
En effet la méthode d'échantillonnage peut limiter l'obtention de nouvelles informations car l'arrêt du recueil arrive quand le dernier entretien ne permet pas l'obtention de nouvelles informations, ce que l'on appelle la suffisance des données.
Or on peut imaginer que l'ordre des entretiens aurait modifié l'ordre d'obtention des informations et donc l'échantillon aurait pu être différent, plus ou moins productif.
On peut considérer que cela constitue un biais de recrutement.

- La qualité des entretiens

L'obtention d'informations importantes pour répondre à la problématique est très fortement influencée par le déroulement de l'entretien. En effet, l'entretien semi-directif a l'avantage d'explorer le phénomène à l'aide de questions qui permettent d'orienter l'entretien.
Par conséquent, la qualité de celui-ci est nécessairement conditionnée par la qualité de notre guide d'entretien. Il est donc légitime de s'interroger sur la pertinence des questions de notre guide d'entretien et sur l'exhaustivité de ces questions.

Là où l'entretien non directif laisse au médecin la possibilité d'aborder librement les sujets qu'il souhaite, l'entretien semi-directif donne une direction mais peut entraîner une perte potentielle d'informations si les questions sont trop limitantes.

On peut également faire face à la mauvaise compréhension des questions ou encore d'autres erreurs non intentionnelles dues à la négligence du chercheur-enquêteur comme la modification non pertinente de l'ordre des questions, la mauvaise lecture d'une d'entre elles, la mauvaise compréhension de la réponse de l'informateur, la prise en compte d'une réponse non pertinente ou incorrecte fournie à une question par l'informateur.

- Le biais d'influence

Le médecin interrogé savait que l'enquêteur était un médecin. En conséquence, cette étude aurait pu être assimilée à une évaluation des pratiques professionnelles par les médecins rencontrés avec la crainte d'un jugement de leurs réponses. Cela présente donc un risque de freiner la liberté d'expression. En effet, la posture de l'enquêteur peut conditionner fortement le déroulement de l'entretien. Par ailleurs, l'implication personnelle de l'enquêteur lors de l'interview peut orienter les réponses des médecins interrogés.

De manière plus générale on peut évoquer les influences directement dues au chercheur-enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien.
Il ne faut également pas négliger les influences dues aux attentes du chercheur-enquêteur en fonction de l'apparence, de la situation de vie de l'informateur ou de ses réponses préalables.

En somme, malgré la volonté d'une parfaite neutralité de la part du chercheur, ce biais est inhérent à la méthode utilisée pour ce travail de recherche.

4.2. Principaux résultats

4.2.1. Les freins liés à la pathologie

Les entretiens menés auprès des médecins généralistes mettent en évidence des difficultés liées au diabète lui-même qui peuvent être à l'origine d'un retard d'instauration de l'insulinothérapie.

En effet, les médecins font face à des présentations globales très différentes, allant du diabète multi-compliqué évolué au diabète de découverte fortuite, ce qui leur pose problème pour évaluer l'indication d'une insulinothérapie.

La présentation clinique des patients diabétiques en insulinopénie est très différente d'un médecin à l'autre : une grande majorité des médecins fait face au syndrome cardinal sur une découverte de diabète ou secondairement chez un patient diabétique connu. Mais par exemple, un médecin fait également face à une évolution très insidieuse avec une symptomatologie peu franche.

Sur le plan biologique, presque la totalité des médecins se base sur l'hémoglobine glyquée quand elle est très haute.
Cependant, il existe également des évolutions biologiques insidieuses avec des hémoglobines glyquées évoluant très lentement, ce qui peut rendre très difficile de poser l'indication d'un passage à l'insuline.

L'insuline apparait comme une alternative suite à l'échec du renforcement des règles hygiéno-diététiques. Pour d'autre médecins, c'est l'échec de l'escalade thérapeutique qui amène la réflexion sur l'indication d'une insulinothérapie, notamment après un échec des antidiabétiques oraux.
Cependant, les analogues du GLP-1 ont une place particulière liée à leur forme galénique et donc plusieurs médecins envisagent l'insuline secondairement à l'évolution insuffisante sous traitement injectable non insulinique.

Même après le constat d'échec des traitements non insuliniques, certains médecins se posent la question d'une insuline transitoire voire même de l'intérêt d'initier une insuline chez certains patients, notamment très âgés. En effet, certains médecins généralistes cherchent à évaluer si le niveau de bénéfice à long terme lié à l'instauration d'une insuline, est réellement supérieur aux contraintes liées à ce type de traitement.
Cela vaut-il la peine de prévenir les complications chez ces patients très âgés qui n'ont pas atteints les objectifs attendus ?

4.2.2. Les freins inhérents aux patients

D'après la totalité de médecins généralistes interrogés, le patient constitue un frein central à l'instauration de l'insulinothérapie.

En effet, les médecins font parfois face à des patients qui sont déjà dans le déni de leur diabète de type 2. En conséquence, introduire l'insuline chez ces patients constitue une grande difficulté. Il existe alors un grand décalage entre le discours du médecin et la compréhension de la situation par le patient : comment prescrire de l'insuline chez un patient qui n'a pas accepté son diabète et qui bien entendu ne fait aucun suivi biologique ou spécialisé ?
Pour aller plus loin, certains médecins rencontrent également des patients diabétiques en refus complet de soin et qui ne font aucun suivi : la tâche semble là-encore très compliquée à surmonter.

Chez les autres patients qui ont conscience de leur pathologie, les médecins essuient pour autant en très grande majorité des refus quant à la prescription d'une insulinothérapie.
Déjà même quand l'indication est posée et comprise, la majorité des patients demande de repousser le plus possible l'introduction de l'insuline. Certains patients, pourtant conscients d'être atteints d'une pathologie sévère et pouvant se compliquer, remettent même en question l'intérêt d'une insuline.
C'est le cas principalement des sujets âgés, qui sont déjà à l'origine d'un questionnement important chez certains médecins quant à la cohérence de l'indication : cela rend la tâche doublement compliquée pour ces médecins.

De nombreux médecins mettent en avant les représentations des patients sur les contraintes liées à l'insuline comme une barrière supplémentaire qui freine le passage à l'insulinothérapie. En effet selon eux, plusieurs patients refusent l'idée d'un traitement injectable quotidien, mettant en avant principalement la douleur liée aux injections ainsi que la contrainte liée à l'injection quotidienne avec la privation de liberté de se déplacement.
L'ensemble de ces éléments sont discutables mais il constitue un premier frein qui peut retarder l'instauration de l'insuline lorsqu'elle est nécessaire.

L'autre barrière mise en avant par plusieurs médecins est l'autonomie des patients, à savoir leur capacité à gérer leur traitement. En effet, entre les troubles cognitifs et la perte d'autonomie liée à l'âge avancé les médecins peuvent rencontrer certaines difficultés.
Un médecin met en avant que ces difficultés s'appliquent surtout aux insulines rapides quand elles sont nécessaires.
Dans une logique différente, il est également évoqué la perte d'autonomie pouvant être la conséquence d'une insulinothérapie, liée notamment aux passages infirmiers quotidiens qui peuvent effectivement constituer une dépendance pour les patients.

Les difficultés communicationnelles constituent également un élément important d'après plusieurs médecins. Entre les patients qui cherchent à fuir la discussion et les patients ayant une différence culturelle avec parfois aussi une barrière de la langue associée, la discussion sur l'insuline est très complexe et difficile à gérer selon certains médecins.

Les patients constituent donc un frein assez important à l'instauration de l'insulinothérapie par les médecins généralistes.

4.2.3. Les freins liés à l'environnement

Plusieurs éléments dans l'environnement des patients sont mis en avant par les médecins comme source de difficulté supplémentaire pour initier une insulinothérapie.

- Tout d'abord, la situation géographique des patients, notamment leur proximité du cabinet médical ou de celui des infirmières libérales constitue une difficulté supplémentaire dans la gestion de l'insuline, ce qui peut parfois freiner les médecins.

- L'accès compliqué au diabétologue selon plusieurs médecins est un frein : ils mettent en avant des délais de consultation très longs qui retardent l'instauration potentielle d'une insuline pour les médecins qui ont posé un préalable à une intervention du spécialiste.

- La problématique s'élargit à l'hospitalisation qui est restreinte par l'offre déjà faible en temps normal et encore plus limitée depuis l'arrivée récente de la COVID 19.

- Il a également été abordé la problématique de l'aidant, notamment chez les patients dépendants, lorsque les enjeux de la maladie n'ont pas été compris par l'entourage : il semble alors difficile de déléguer la gestion d'une insulinothérapie.

4.2.4. Les freins liés aux médecins généralistes

Les entretiens réalisés avec les médecins généralistes les amènent à poser des questions quant à leur propre pratique.
Quelle est la principale raison au retard à l'instauration de l'insuline chez leurs patients ?

L'analyse des entretiens a mis en avant l'hypothèse qu'une partie des retards liés à l'introduction de l'insulinothérapie met directement en cause les médecins généralistes.

Cela commence par la réflexion qui amène à poser l'indication d'une insulinothérapie chez le patient, notamment chez le sujet très âgé.
Les médecins prescrivent l'insuline probablement trop tard ce qui engendre la problématique de gestion de l'insuline évoquée précédemment.

En résumé, certains médecins abordent le frein lié à la perte d'autonomie comme une conséquence du retard d'instauration par les médecins généralistes, et non comme la cause comme dit précédemment. En effet, les médecins ont tendance à repousser au plus tard l'insuline notamment chez les sujets jeunes, ce qui peut justement s'avérer problématique par la suite.

L'analyse a mis en évidence que le manque de temps médical pour une majorité de médecins traitants, est l'élément principal qui pousserait à remettre à plus tard le passage à l'insuline. Il y a la surcharge de travail liée à la complexité des consultations de suivi des diabétiques de type 2 et à la tension démographique des généralistes de la région.

Convaincre le patient de l'intérêt de l'insuline au bon moment de l'évolution de sa maladie est indispensable au bon déroulement de son instauration. C'est également ce qui pose problème aux médecins généralistes dans de nombreuses situations.
En effet, certains médecins expriment une appréhension de la réaction des patients au moment d'évoquer l'insuline.
Cette appréhension serait moindre si le patient a été préparé en amont mais cela n'est pas toujours facile d'après les médecins interrogés. Cette difficulté se retrouve surtout chez les patients qu'ils n'ont pas suivis eux-mêmes dès le début de la pathologie.
L'analyse plus poussée montre que l'appréhension des médecins est liée au problème d'acceptation des injections plus que de l'insuline elle-même : en effet, ils ont mis en avant la facilité du passage à l'insuline chez les patients déjà sous analogues du GLP-1, traitement injectable.

Quelques médecins expriment également une appréhension quant à la manipulation de l'insuline, la conséquence allant pour certains jusqu'à déléguer au diabétologue toute initiation potentielle d'insulinothérapie.
Pour plusieurs médecins, cette appréhension engendre des incertitudes et la nécessité de l'avis du diabétologue avant de débuter le traitement.
Pour un médecin en particulier, l'autonomie sur la gestion du diabète et de l'insuline est indispensable au vu de la difficulté d'accès aux spécialistes.
Le choix de l'insuline lente et la posologie de départ peut également être une barrière chez certains médecins généralistes.

Par ailleurs, la crainte des effets secondaires liés à l'insuline est abordée plus particulièrement pour les insulines rapides mais aussi pour les lentes chez les sujets jeunes dont l'activité est variable.

4.2.5. Les ressources utilisées pour l'instauration de l'insulinothérapie

Au-delà des freins potentiels à la décision d'instaurer une insulinothérapie, nous avons également recherché les différents outils utilisés par les médecins généralistes pour répondre à ces difficultés.

Pour faciliter l'initiation d'une insuline sans intervenant extérieur, certains outils de communication ont été mis en avant telle que la nécessité de déculpabiliser le patient sur le passage à l'insuline, en lui expliquant que cela ne constitue pas un échec mais l'évolution normale de la maladie.
Comme il a été dit précédemment, ce travail de communication est moins difficile à réaliser quand il est fait au stade de découverte de la maladie. Certains médecins utilisent le passage potentiel à l'insuline comme une motivation pour renforcer l'observance du patient.
Il faut donc souligner l'importance de la participation du patient dans la gestion de la maladie et cela passe par la compréhension de sa physiopathologique, du moins pour les grandes lignes. On a pu voir que l'incompréhension de la maladie est souvent à l'origine du refus.
Une intéressante piste serait d'avoir recours à une consultation dédiée à l'explication de la physiopathologie du diabète pour faciliter la prise en charge de cette maladie chronique complexe.

Pour faciliter le passage à l'insuline, plusieurs médecins ont mis en avant la transition par les analogues du GLP-1.
Le recours à cette famille thérapeutique qui est sans risques de survenue d'hypoglycémies est effectivement intéressante.
Cela permet d'introduire secondairement l'insuline avec toutes ses contraintes spécifiques sans avoir concomitamment à gérer les réticences pour les injections.

La totalité des médecins a déjà eu recours au diabétologue. La différence entre les médecins interrogés se situe sur stade de la maladie auquel le spécialiste a été sollicité. En effet, quand certains ont recours au diabétologue pour essayer de repousser l'instauration de l'insuline notamment chez les patients jeunes, d'autres le sollicitent pour élaborer un protocole d'insuline,

se rassurer après une instauration ou encore en cas de diabète toujours déséquilibré malgré l'insuline.

Les infirmières libérales ont une place centrale dans l'instauration de l'insulinothérapie pour l'ensemble de l'échantillon. Elles sont sollicitées systématiquement au départ pour l'éducation thérapeutique du patient, qui leur est très souvent déléguée.
Elles sont souvent également sollicitées sur le long terme pour les patients non autonomes. Elles apportent également une certaine assurance pour le patient, sur laquelle le médecin généraliste va pouvoir s'appuyer.
La communication entre les médecins et les infirmières libérales occupent donc une place centrale dans la gestion de l'insulinothérapie, tant au début que sur le long terme.

Il a également été évoqué la présence d'infirmières du dispositif ASALÉE qui est un système expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmiers dont le but est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, en médecine de ville.
Le développement de ces infirmières du dispositif ASALÉE apparaît comme un axe intéressant pour faciliter l'instauration ainsi que gestion de l'insulinothérapie des patients diabétiques de type 2.

Un autre dispositif, à savoir le réseau diabète a été évoqué par certains médecins mais il serait a priori en cours de disparition.

Plusieurs médecins généralistes de l'étude ont également recours à l'hospitalisation faisant intervenir les diabétologues hospitaliers.
C'est alors motivé par les situations complexes comme les diabètes très déséquilibrés mais aussi comme alternative pour obtenir un avis rapide quand une consultation rapide chez le diabétologue de ville n'est pas possible.

5. CONCLUSION

Nous avons réalisé cette étude suite à plusieurs stages de médecine générale. Nous avons noté une certaine réticence chez les maîtres de stages généralistes à initier une insulinothérapie chez leurs patients diabétiques de type 2 même pour les cas assez avancés dans l'évolution de la maladie. Pourtant, cette population de médecins est assez volontiers respectueuse des recommandations. L'étude bibliographique confirme qu'il existe en général un retard dans l'instauration de l'insuline.

Nous avons donc essayé de trouver des éléments de réponses auprès des médecins généralistes du Loir-et-Cher. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence l'ensemble des freins qui ralentissent l'instauration de l'insulinothérapie. Les entretiens réalisés auprès des huit médecins généralistes dégagent ainsi plusieurs facteurs à l'origine des freins dans l'instauration de l'insuline.

Le diabète.
La complexité de cette pathologie avec des expressions cliniques très variables liées à son évolution souvent insidieuse (surtout quand la recherche systématique des complications n'est pas réalisée) est à l'origine de nombreux cas de retard.

Les patients.
Cela va du déni de la maladie qui reste asymptomatique pendant une longue période au laxisme dans le suivi, même quand il est bien prescrit. Et bien entendu le plus souvent ce sont les craintes liées au traitement par piqûre qu'implique l'insulinothérapie.
Leur profil : âge, compréhension, comorbidités est aussi un facteur important.

L'environnement.
Le lieu d'exercice avec ses contraintes : l'éloignement des spécialistes, la disponibilité des infirmières, l'habitat du patient, les aidants potentiels.

Les médecins généralistes traitants.
Les éléments précédents intégrés par leur connaissance du terrain, sont le facteur logique du retard à la prescription.
Il y a aussi des facteurs intrinsèques : la surcharge de travail et le manque de temps qu'elle implique, le risque d'introduire des effets secondaires si une surveillance serrée n'est pas possible et la difficulté pour convaincre les patients réticents sont autant d'éléments explicatifs.

On peut imaginer plusieurs axes d'amélioration pour pallier ce retard d'instauration de l'insulinothérapie.

Dans un premier temps, une formation continue axée sur l'insulinothérapie chez le diabétique de type 2 pourrait aider les médecins généralistes à mieux évaluer les critères qui doivent faire envisager un passage à l'insuline.
Elle pourrait également proposer une prise en charge simple et sécurisée pour débuter l'insuline, afin d'éliminer toute éventuelle appréhension quant aux effets secondaires.

Dans un second temps, on pourrait envisager une consultation spécifique de médecine générale valorisée à l'initiation de la prise en charge d'un patient diabétique.
Le médecin traitant pourrait prendre le temps d'aborder la physiopathologie du diabète et s'assurer de la compréhension du patient.
Il pourrait évoquer dès le départ le potentiel passage à l'insuline afin de préparer le patient.

Cela nous amène aux aides possibles mises en place qu'il faut continuer de développer.
Le dispositif ASALÉE, (Action de Santé Libérale en Équipe) se met progressivement en place depuis sa création en 2003. La création de ces postes d'infirmières avec leur temps dédié pour l'éducation thérapeutique et le suivi spécifique de ces maladies chroniques est un réel progrès. En effet l'éducation thérapeutique a une place centrale dans la prise en charge de la maladie et cela nécessiterait des consultations régulières dédiées.

Enfin, on pourrait également envisager, comme a pu l'évoquer un médecin lors d'un entretien, la création de structures de prise en charge ambulatoire des patients diabétiques de type 2 compliquées. La création des Espaces du Souffle dédiés aux patients atteints de pathologies chroniques respiratoires est un modèle du genre.
Cela permettrait d'une part une prise de contact plus facile pour les médecins généralistes et d'autre part de ne pas surcharger les services de diabétologie qui sont débordés, comme nous avons pu le voir.
Cela pallierait le manque de disponibilités des endocrinologues, en créant une structure axée sur le diabète.

Le médecin généraliste doit avoir une place centrale dans la gestion du diabète de type 2 mais devant la complexité de cette pathologie, il doit avoir des outils facilement accessibles afin d'optimiser au mieux la prise en charge des patients et ne pas retarder cette étape clé qu'est le passage à l'insuline.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Société Française d'Endocrinologie. « Item 245 – UE 8 Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications ». Le site de l'Endocrinologie, Diabétologie et des Maladies Métaboliques.
2. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Bringer J, Chabrier G, Charbonnel B, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2. Médecine des Maladies Métaboliques. oct 2017;11(6):577-93.
3. Casta P. Instauration d'une insulinothérapie chez les patients diabétiques de type 2: enquête de pratiques chez les médecins généralistes installés en Corse. :78.
4. Tran Viet L, Rameau H, Hofliger P, Fenichel P, Canivet B. P96 - Quels sont les obstacles à la mise à l'insuline du diabétique de type 2 par le médecin généraliste ? Enquête dans les Alpes Maritimes. Diabetes & Metabolism. mars 2011;37(1):A58.
5. De l'initiation d'une insulinothérapie basale en 2017 [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/diabetologie-endocrinologie/de-linitiation-dune-insulinotherapie-basale-en-2017
6. Grimaldi A, Blicklé JF. P176 Étude TULIP : initiation de l'insuline dans le diabète de type 2, conformément aux recommandations de l'Afssaps/HAS. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2009;35:A69.
7. Puech-Bret N. Mise en route d'une insulinothérapie chez le diabétique de type 2 : pourquoi, quand, comment ? :3.
8. Amouyal C, Halbron M. Insuline chez le diabétique de type 2. La Revue du Praticien Médecine générale. janv 2015;Tome 29(934):6.
9. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2
10. Penfornis A, Vatier C, Douarin Y-ML, Bahloul A. Modalités de la mise sous insuline du patient diabétique de type 2 en médecine générale, en France (étude EDITH). /data/revues/19572557/v10i7/S1957255716301948/ [Internet]. 21 déc 2016 [cité 7 avr 2020]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/1097835
11. Scheen AJ, Mathieu C, Nobels F. INSTAURATION ET OPTIMISATION D'UNE INSULINOTHÉRAPIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Rev Med Liège. :9.

12. Picard S, Le Douarin Y-M, Des Courtis F. P083 Initiation de l'insulinothérapie chez le patient diabétique de type 2: modalités en France en 2014. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2015;41:A53.
13. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

- Présentation de l'étude et profil du médecin
    - Sexe/Année d'installation/Mode d'exercice/Secteur

- Avez-vous une idée des patients DT2 qui ont été mis sous insuline récemment ou que vous estimez qui doivent l'être ? Comment avez-vous jugé que ces patients ont nécessité ou nécessitent de l'insuline ?

- Comment s'est déroulée l'instauration de l'insulinothérapie chez vos patients ?

    - Avez-vous instauré l'insuline seule ?

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de l'instauration de l'insuline ?
    - Réticences des patients ? Pour quelles raisons ?
    - Réticences venant de vous ? Pour quelles raisons ?
    - Autres freins ?

- Quelles sont les ressources dont vous disposez pour l'instauration de l'insuline ?
    - Diabétologue
    - IDE libérale
    - Autre ?

Annexe 2

La retranscription de l'ensemble des entretiens avec les médecins généralistes.

Médecin 1 :

Q : Je réalise une thèse sur les freins à l'instauration de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale. Je réalise donc des entretiens semi-dirigés afin de recueillir le ressenti des médecins généralistes. Pourriez-vous dans un premier temps me donner des informations sur votre cadre de travail ?

M1 : Je dirais que j'ai une pratique qui est plutôt semi-rurale, je me suis installée pour la première fois en 2014.

Q : D'accord. Pour commencer, avez-vous une idée des patients diabétiques de type 2 qui ont été mis sous insuline récemment ou bien que vous jugé qui doivent l'être ? Comment avez-vous jugé que ces patients nécessitaient de l'insuline ?

M1 : J'ai un patient que j'ai mis récemment sous insuline car il a décompensé un diabète dans les suites d'une corticothérapie. Du coup, je l'ai passé d'emblée sous insuline. J'ai vu cela avec le diabétologue, je l'ai appelé directement.

Q : Comment cela s'est-il passé ?

M1 : Nous avons géré cela en libéral avec l'aide du diabétologue, sans nécessité d'hospitaliser le patient.

Q : Qu'est-ce qui vous a fait penser que ce patient décompensait un diabète ? Était-il déjà diabétique connu ?

M1 : Non ce patient n'était pas diabétique connu. J'ai remarqué que ses dernières glycémies sur les bilans sanguins augmentaient un petit peu mais rien de flagrant. Suite à un problème de dos, il a été mis sous corticoïdes, tout cela pendant le confinement. Quelque temps après, ce patient est venu consulter car il était fatigué, il ne faisait que boire et pisser, vraiment le truc comme dans les bouquins. Du coup, je lui ai fait réaliser une prise de sang qui a mis en évidence une glycémie au plafond et je lui ai donc demandé une hémoglobine glyquée dans la foulée qui

était à plus de 11. Cela a montré qu'il avait probablement un diabète qui était ancien qui est passé inaperçu. Je voulais le mettre sous insuline mais j'ai préféré appeler le diabétologue pour revoir avec lui les doses. Du coup cela se passe très bien, on l'a fait en libéral, Ce sont les infirmières qui sont venues au début pour faire l'éducation thérapeutique pour adapter les doses, puis là ça va très bien.

Q : Du coup vous avez mis en place directement un schéma basal-bolus ?

M1 : Oui tout à fait. Du coup, j'ai également une autre patiente que j'ai vu en début de semaine, c'est pareil. Elle n'allait pas bien sans pouvoir me dire ce qui n'allait pas exactement : « Je ne me sens pas bien machin… ». Sur la prise de sang pareil, je retrouve une glycémie qui est à 2,94 g, je vais demander l'hémoglobine glyquée pour savoir vers quoi on part, savoir si c'est vraiment haut ou pas. J'ai déjà commencé les antidiabétiques oraux et je pense que je vais commencer une insuline aussi. Je pense que c'est quelque chose qui va nécessiter de l'insuline.

Q : Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?

M1 : Si elle a une hémoglobine glyquée qui est trop haute, avec les antidiabétiques oraux on n'arrivera pas à la diminuer beaucoup. En plus, elle est jeune, elle a un peu plus de 55 ans, je ne vais pas réussir à lui faire diminuer son hémoglobine glyquée. Si elle est à 11, je ne vais pas pouvoir la faire redescendre à 6,5 juste avec des antidiabétiques oraux. Quitte à lui mettre l'insuline temporairement et diminuer par la suite pour remonter les antidiabétiques oraux.

Q : D'accord. Avez-vous des patients diabétiques de type 2 que vous suivez depuis un certain temps et qui sont passés sous insuline ?

M1 : Oui j'en ai.

Q : Vous rappelez-vous comment la transition s'est-elle passée ?

M1 : En général, ils n'aiment pas trop ça… passer sous insuline

Q : Vous souvenez-vous d'un patient en particulier ? A quel moment vous êtes-vous dit qu'il fallait lui administrer de l'insuline ?

M1 : Bah parce que malgré le renfort des règles hygiéno-diététiques, revoir s'ils prennent bien leur traitement et puis à quelle hémoglobine glyquée on est, on est toujours à des niveaux qui ne correspondent pas aux objectifs qu'on aimerait. Arrivé à un moment quand on a toujours augmenté les ADO et qu'on n'y arrive pas je les passe en général un peu en GLP 1 quand même pour essayer de… mais après, même malgré la GLP 1 si on n'est toujours pas bon bah... Là il n'y a pas le choix il va falloir passer à l'insuline !

Q : D'accord.

M1 : En général, de toute façon les patients quand tu commences à leur dire de passer à l'insuline, ils n'aiment pas trop ! Là il y'en a un que j'ai suivi cette semaine c'est pareil il a son hémoglobine glyquée qui continue toujours à augmenter. Je lui ai rajouté une GLP1 mais c'est ce que je lui ai dit hein ! Je lui ai dit que si ce n'est toujours pas bon ça sera l'insuline ! Mais la première chose qu'il m'a dite c'est : « ah oui mais quand je vais partir en vacances ça va me bloquer ! ». C'est pour cela qu'ils ne veulent pas, ils ont l'impression qu'ils vont être trop dépendants de leur traitement. Alors que bon avec une éducation thérapeutique, c'est ce que je lui ai dit, vos injections vous allez vous les faire vous-même et vous les emmènerez avec vous en vacances comme les autres traitements. Mais c'est quand même souvent le frein pour passer à l'insuline en libéral, c'est plutôt les patients en fait. Quand je vois que ça bloque de trop je les envoie chez le diabétologue.

Q : Du coup quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées du point de vue de votre pratique lors de l'instauration de l'insuline chez ces patients ?

M1 : Alors c'est par rapport aux doses vraiment d'insuline : je ne sais jamais trop à quelle dose commencer. Du coup depuis mon patient qui a décompensé, j'ai revu avec le docteur P. (diabétologue), c'est bon maintenant j'ai mon petit protocole, mais c'est ça au début ! C'est à quelle dose je commence. Dans tous les cas de toute façon moi je fais toujours passer l'infirmière au début pour surveiller la glycémie et pour faire les injections. Puis comme on travaille en collaboration avec elles, je sais directement comment ça se passe parce qu'elles me font un retour tout de suite. Mais oui c'est plus ça, j'ai toujours peur de les surdoser ou au contraire pas assez et qu'ils aient des complications.

Q : Quelles complications vous effraient ?

M1 : Enfin après je me dit je suis toujours sur la retenu donc, je ne pense pas qu'ils vont faire une hypoglycémie parce que je vais leur mettre 50 unités. Je pense que j'ai peur de trop doser même par rapport à un patient quand je l'avais passé sous insuline, le diabétologue m'avait dit de mettre une dose mais je n'ai pas mis autant, j'avais peur qu'il fasse des hypoglycémies.

Q : Quant à vos patients, quels sont leur retour sur le sujet?

M1 : Ils sont peur d'être bloqués… Ils ont vraiment peur d'être bloqués ! Ils ne veulent pas prendre les piqûres et être obligés de se piquer tous les jours. C'est pour ça que je pense que le traitement par l'analogue du GLP1 est un bon compromis parce qu'ils commencent déjà à s'habituer à se piquer une fois par semaine du coup le passage à l'insuline est plus facile. Ça fait une transition pour les habituer à se piquer.

Q : Lorsque vous les mettez sous insuline quelles sont les ressources dont vous disposez ? Vous m'avez parlé de diabétologue ou encore d'infirmière, pouvez-vous m'en dire plus ?

M1 : Euh oui si j'ai un problème j'appelle le diabétologue, ils sont assez facilement joignables donc je travaille avec Blois soit avec Dr G. soit une diabétologue en libéral. Enfin on peut les avoir directement au téléphone. Bah la dernière fois, il m'a dit directement tu commences par ça tu lui mets de la Metformine est on augmentera progressivement.

Q : Avez- vous recours à d'autres moyens tels que l'hospitalisation ?

M1 : Oui, c'est pareil toujours avec le même médecin. Si nécessaire je l'appelle il le prend en hospitalisation pour mettre en place le traitement. Après, ça dépend aussi de l'âge du patient, s'il va pouvoir se débrouiller tout seul. La dernière fois je l'ai fait en libéral parce que le patient je savais très bien que ça allait fonctionner, qu'il serait assez cortiqué pour comprendre le traitement mais chez certains où ils sont seuls à domicile ou bien si c'est un peu compliqué je préfère une hospitalisation pour eux, même s'il y a une infirmière qui passe tous les jours. C'est quand on connaît les patients qu'on sait pour lesquels ça va passer et pour lesquels il vaut mieux une hospitalisation.

Q : D'accord, je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.

M1 : Avec plaisir bonne continuation !

Médecin 2 :

Q : Bonjour, je travaille sur ma thèse concernant les freins à l'instauration de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale. Tout d'abord, quand vous êtes-vous installée ?

M2 : Je me suis installée en collaboration en octobre 2018 et j'ai pris la succession du Dr L. en janvier 2020.

Q : Vous avez quel type d'exercice ? Plutôt rural ?

M2 : Je dirai que c'est du rural avec des patients de tous les âges et pas mal de suivi de nourrissons. C'est quand même beaucoup de gériatrie avec de nombreuses visites à domicile et en maison de retraite.

Q : D'accord. Pour rentrer dans le vif du sujet, auriez-vous en tête des patients diabétiques de type 2 qui ont été mis récemment sous insuline ou que vous pensez qui doivent l'être ?

M2 : J'ai un patient que j'ai mis récemment sous insuline. Je l'ai mis sous insuline lente avec une rapide le midi.

Q : C'est vous qui avez instauré le traitement du coup ?

M2 : Oui c'est moi.

Q : D'accord. Comment avez-vous jugé que ce payant nécessitait une insuline lente ?

M2 : C'est un patient diabétique multi-compliqué qui a été amputé au niveau du genou il y a 1 an sur une prothèse de genou infectée depuis longtemps. Je pense que le diabète n'a pas dû aider non plus à la cicatrisation. C'est un monsieur assez fragile chez qui cela me semblait compliqué de mettre des antidiabétiques oraux afin de diminuer rapidement ses glycémies qui étaient systématiquement au-dessus de 2g/L.

Q : Donc c'est principalement ses glycémies élevées qui vous ont orientées ?

M2 : Oui et son hémoglobine glyquée qui plafonnait autour de 9%.

Q : Très bien. Par ailleurs, quelles difficultés avez-vous rencontrées dans l'instauration de l'insulinothérapie chez ce patient ou d'autres patients ?

M2 : Pour commencer, ce monsieur est dément, même si cela n'a pas été étiqueté pour moi il est dément. Il est incapable de dire si quelque chose ne va pas, il ne gère pas seul ses traitements. Sa femme s'occupe bien de lui mais je pense qu'elle aurait été dépassée par la gestion de son insulinothérapie. Donc tout repose sur les infirmières libérales sauf qu'il vit assez loin du cabinet et donc les infirmières y allaient déjà 1 fois par jour pour sa lente. J'ai donc longtemps hésité à lui ajouter une rapide le midi de peur que cela complique trop le travail des infirmiers.

Q : D'accord donc finalement c'est principalement des difficultés par rapport au patient que vous avez rencontrées ?

M2 : Oui des difficultés organisationnelles je dirais.

Q : Oui. Du coup en termes d'éducation thérapeutique, chez ce patient vous n'avez rien pu faire finalement ?

M2 : Chez ce monsieur c'est impossible et chez sa femme c'est très compliqué parce que par exemple elle était persuadée que si son mari avait des glycémies hautes c'était à cause de ses compléments alimentaires. En réalité je suis passée à plusieurs reprise au moment des repas : c'est une alimentation très riche, très sucrée mais ce sont des gens pour qui c'est compliqué de modifier le régime alimentaire, ils pensent bien faire. Par exemple, les fruits au sirop avec la petite gaufre au dessert.

Q : D'accord. Concernant votre pratique, avez-vous ressenti des difficultés quelconques ?

M2 : Non pas vraiment. Je pense être plutôt à l'aise avec l'insuline. Après je ne fais certainement pas à la perfection ou comme le feraient les diabétologues mais en tout cas ce n'est pas un traitement qui me fait peur. Ma principale réticence c'est les patients. C'est peut-être l'idée que je me fais sur la manière dont les patients vont régir lorsque je vais aborder l'insuline avec eux. Souvent je me dis : « Olalala il va falloir que je les prépare quand il va falloir qu'on passe à l'insuline ! ».

Q : D'accord. Quelles ressources utilisez-vous dans l'instauration de l'insulinothérapie ?

M2 : J'ai une amie qui est endocrinologue que je contacte assez facilement quand j'en ai besoin. Mais du coup c'est peut-être ça aussi qui me freine dans l'instauration de l'insulinothérapie surtout chez les jeunes car finalement il y a beaucoup de médecins qui ont recours aux analogues de la GLP 1 par exemple. Et finalement chez les patients jeunes, autant avant je serais allée sur de l'insuline autant maintenant je me dis tiens ça peut valoir le coup de les montrer au diabétologue dans l'espoir peut-être d'avoir une seule injection par semaine, enfin des choses un peu moins contraignantes que l'insuline mais qui sont quand même efficaces. Donc les patients jeunes je les envoie assez facilement en consultation chez le diabétologue.

Q : Vous avez recours à d'autres choses ? Par exemple l'hospitalisation ?

M2 : Ça ne m'est jamais arrivé. Je pense notamment à un patient que j'ai vu il y a 2 mois, qui à peine 60 ans, diabétique avec initialement une hémoglobine glyquée à 6% sans traitement médicamenteux. Un jour il arrive au cabinet et me dit : « ça ne vas pas du tout, je crois que j'ai un problème avec mon diabète. Ça me fait comme quand on me la découverte la première fois : je vais uriner tout le temps, j'ai soif. Du coup j'ai ressorti mon appareil à dextro et je suis autour de 3g/L. ». Du coup en pleine période de COVID, j'ai appelé mon amie endocrinologue et je lui ai dit que j'aimerais débuter de l'insuline chez ce monsieur. Elle m'a dit que c'était clairement quelqu'un qu'on pouvait hospitaliser mais qu'en ce moment c'était compliqué d'hospitalisation et que donc si je pouvais gérer cela en ville ça serait très bien. Donc pour ce monsieur on a posé l'indication d'hospitalisation. Du coup on a démarré de la lente et de la Metformine directement. C'est un monsieur dont le diabète a flambé brutalement sans que l'on sache pour quelle raison. On a même fait un scanner du pancréas qui était normal.

Q : D'accord. Du coup en termes de posologie vous êtes plutôt à l'aise ?

M2 : Alors pour le coup chez ce patient, la diabétologue m'a fait attaquer plus fort que ce que j'aurais fait toute seule. Après l'avantage chez ce patient c'est qu'il a déjà eu une insuline auparavant et donc il sait gérer lui-même. Je lui ai proposé de faire passer l'infirmière pour surveiller mais il a refusé en disant : « Non je pense que ça va aller ». Je l'ai revu 10 jours plus tard tout allait bien, il a même augmenté ses doses tout seul.

Q : Du coup au niveau des infirmières comment vous fonctionnez ?

M2 : Nous avons 2 infirmières ASALE qui vont débuter au cabinet médical. En attendant, nous avons recours à des infirmières libérales avec qui nous avons l'habitude de travailler qui gèrent bien le côté éducation thérapeutique. On travaille avec une messagerie sécurisée, on s'envoie des photos de carnet de glycémies etc. On peut donc réagir rapidement si c'est nécessaire sans forcément retourner voir le patient ou demander à celui-ci de revenir en consultation.

Q : Très bien. Du coup pour en revenir aux patients, d'un point de vue clinique y a-t-il des éléments qui ont pu vous orienter vers la nécessité d'instaurer une insuline ?

M2 : Non c'est principalement des chiffres de glycémies ou alors quand il y a beaucoup d'effets indésirables des traitements par antidiabétiques oraux ou quand ils sont âgés et que je n'ai pas envie de mettre des sulfamides hypoglycémiants. Je me rends compte que finalement quand on parle d'insuline et que l'on passe ce cap, ça ne se passe pas si mal que cela finalement : les gens acceptent assez bien. Quand on peut se contenter d'une lente uniquement, ça va finalement. En général, je commence par leur dire que je suis embêtée car on n'arrive pas à bien équilibrer le diabète, on aimerait bien que ça soit plus bas car à long terme il peut y avoir des complications. Souvent je leur parle de leurs yeux. En tout cas quand il n'y a pas d'urgence, je prépare le terrain en leur disant qu'on essaie autre chose mais que si cela ne fonctionne pas, il faudra passer à de l'insuline. Du coup, ils ne sont pas surpris quand je reviens à la charge avec l'insuline.

Q : Du coup quels sont les réactions des patients en général quand vous abordez l'insuline ?

M3 : Bah finalement ça ne se passe pas si mal en fait. Après cela me permet aussi chez les gens capables de faire des efforts sur les règles hygiéno-diététiques de les motiver à faire plus d'efforts. Après chez les patients très âgés qui ne peuvent plus cuisiner ou sortir de chez eux, on ne peut plus jouer sur cela.

Q : D'accord merci beaucoup pour vos réponses !

Médecin 3 :

Q : Bonjour, je réalise un travail de thèse sur les freins à l'instauration de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes.

M3 : Alors moi j'initie souvent des insulines chez les diabétiques. Avoir un rendez-vous chez le diabétologue est très compliqué. Moi dès que je vois qu'on a une hémoglobine glyquée qui monte et qui monte, et que je vois que le patient a déjà tout l'arsenal d'antidiabétiques, je me dis « Allez on met de la Lantus ».

Q : Cela vous arrive-t-il souvent d'introduire des insulines lentes ?

M3 : Non pas souvent mais à plusieurs reprises et souvent chez les personnes qui sont réticentes à aller chez les spécialistes. Donc je mets en route avec les infirmiers souvent et puis par la suite il y a généralement des patients qui se prennent en charge tous seuls. Je commence souvent par la Lantus plutôt le soir 10UI puis je monte progressivement. Puisque je fais passer l'infirmière, c'est l'infirmière qui gère et en même temps elle a un rôle d'éducation thérapeutique. Elle leur montre comment prendre les glycémies voire même se faire l'insuline tous seuls car avec les stylos c'est plutôt simple.

Q : Avez-vous des situations en tête ?

M3 : Je pense à un patient qui a une Lantus le soir avec un passage infirmier tous les soirs sauf le WE. Je lui demande alors pourquoi pas le WE. Parce qu'il me dit « Le week-end je vais à la chasse ». Alors je me suis posé la question de savoir est-ce qu'il se pique vraiment. Je lui demande alors « Du coup les glycémies capillaires ? ». Il me répond « Je les fais le matin ». Je lui demande alors pourquoi pas avant la Lantus. J'ai alors compris que les infirmières faisaient la Lantus le soir sans même connaître la glycémie. Du coup j'ai fait une ordonnance aux infirmières pour qu'elles réalisent également la glycémie capillaire le soir. Du coup depuis qu'il a ça, cela va beaucoup mieux sur le plan du diabète et il a même moins de traitement per os du coup l'observance est meilleure.

Q : Du coup chez les patients vous avez mis sous insuline, à quel moment avez-vous senti qu'il y avait une indication pour débuter l'insuline ?

M3 : Il y a par exemple le cas de ce patient qui a 72 ans, qui est un ancien diabétique, initialement sous Eucreas. J'ai commencé par lui rajouter une Metformine le midi. Malgré cela, ça n'allait pas : son hémoglobine glyquée ne baissait pas en dessous de 9%. A un moment donné, je me suis dit c'est bon, il faut passer à l'insuline. On a beau dire régime etc... Quand il faut agir il faut agir. Du coup je l'ai mis sous Lantus. J'ai vu très vite le résultat chez ce patient : son hémoglobine glyquée a très vite diminué et le patient se sentait beaucoup mieux.

Q : Avez-vous rencontré des difficultés pour l'instauration ?

M3 : Il a fallu vite monter chez ce patient : on est très vite arrivé à 22 unités.

Q : Le patient a-t-il eu des difficultés à accepter insuline ?

M3 : Non non, je lui ai expliqué que c'est l'infirmière qui allait venir ce qui l'a beaucoup rassuré. Il s'est donc vite trouvé en confiance. Il était très compliant. J'ai eu récemment une dame âgée qui est sorti récemment d'hospitalisation en diabétologie, que je ne connaissais pas et que j'ai pris comme patiente. Donc, nouvelle patiente, elle arrive au mois de juillet sous corticoïdes depuis des années par le rhumatologue. Elle avait également de l'Eucreas à 2 par jour. Malgré cela, je retrouve 9,3 % d'hémoglobine glyquée quelques mois après. Je me suis dit « Olala il faut faire quelque chose ! ». Elle avait en plus de l'hypertension. J'étais embêté par son histoire de Cortancyl qu'elle prenait depuis des années sans vraiment comprendre pour quoi. Donc j'ai instauré rapidement l'insuline lente : en trois mois, je suis passé de 9,3 % % à 8,4% d'hémoglobine glyquée. Malgré cela, je n'étais quand même pas sereine par rapport à son âge, je n'avais pas la notion de consultation de cardiologie récente etc. Du coup, j'ai demandé une consultation de diabétologie pour savoir si je faisais les choses bien. Et finalement, elle a été hospitalisée car cela va plus vite et elle est sortie sous Lantus à la même dose que j'avais instaurée mais avec du Janumet à la place de l'Eucreas.

Q : Du coup vous avez recours souvent au diabétologue ?

M3 : Pas vraiment. Je les envoie chez le diabétologue quand je suis vraiment en difficulté. Je repense par exemple à un patient qui était sous antidiabétiques oraux, bien équilibré. Il a ensuite fait un AVC suite à quoi le diabète à flambé. Il est sorti d'hospitalisation avec une insuline lente et une insuline rapide. Je me suis dit : « Ce n'est pas possible, on va essayer de diminuer ça ». Du coup, je n'ai pas réussi à lui arrêter son insuline rapide. C'est donc le docteur T, son diabétologue, qui a pris la suite des choses. En dehors de ces situations-là, l'insuline lente ne

me fait pas peur. J'utilise beaucoup la Lantus. Je n'utilise que très peu l'Abasaglar ou la Toujeo. Pour l'Abasaglar, il faut l'introduire dès le départ car si on passe de la Lantus à l'Abasaglar, je me suis déjà retrouvé avec des difficultés pour retrouver un bon équilibre.

Q : Du coup vis-à-vis du patient en ce qui concerne les effets indésirables par exemple, vous ne ressentez pas de difficulté ?

M3 : Je suis plutôt sereine sur l'insuline lente. Je n'ai que très rarement d'hypoglycémies. Je dirais que c'est plus compliqué pour les patients jeunes. Autant chez les sujets âgés qui n'ont pas beaucoup d'activité je n'ai jamais eu de problématique. Après chez des sujets plus jeunes, actifs, je suis plus prudente.

Q : Du point de vue de l'observance, vous n'avez jamais rencontré de difficultés ?

M3 : Par exemple la patiente de 79 ans m'a dit dès le départ qu'elle voulait apprendre toute seule. Elle avait une infirmière qui passait au départ mais je l'ai vue dernièrement et elle fait toute seule maintenant. Il est vrai que c'est une certaine perte d'autonomie de demander à l'infirmière de passer systématiquement. De plus chez cette patiente, j'ai appris qu'elle avait une fille qui était infirmière et donc je me suis dit qu'en cas de difficulté pourrait toujours l'appeler pour qu'elle passe la voir. Du coup cette patiente est très bien entourée. En tout cas je trouve qu'en campagne, c'est plus facile avec les infirmiers : je trouve qu'ils ont plus de temps, qu'ils sont mieux formés sur l'éducation thérapeutique dans le cas du diabète.

Médecin 4 :

Q : Bonjour, je réalise une étude qualitative sur l'instauration de m'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes. Avez-vous des patients diabétiques de type 2 que vous avez récemment mis sous insuline ou que vous jugez qui doivent être mis sous insuline ?

M4 : J'ai plutôt quelques patients qui doivent passer à l'insuline, cela ne devrait pas tarder. Le dernier que j'ai mis sous insuline remonte déjà à quelques années.

Q : Qu'est-ce qui vous a permis de juger que ces patients nécessitaient de l'insuline ?

M4 : Principalement leur hémoglobine glyquée qui n'était pas excellente… Parfois les contrôles glycémiques occasionnels qui ne sont pas bons.

Q : D'accord. Avez-vous en tête un patient en particulier qui vous pose problème ?

M4 : J'ai par exemple cette patiente pour laquelle je suis ennuyé à l'idée de lui mettre de l'insuline car elle est âgée. Ça aussi c'est un problème complexe. Les gens qui ont plus de 80 ans, qui sont sous antidiabétiques oraux, on se demande s'il faut vraiment mettre de l'insuline.

Q : Qu'est-ce qui vous gêne par rapport à cette situation ?

M4 : Son âge d'abord, je me demande si elle pourra gérer les injections ; du coup je prescris le passage d'une infirmière pour l'instauration mais elle devra probablement poursuivre car ça sera difficile à gérer par la patiente. J'ai aussi cette patiente qui a 73 ans qui serait une bonne cliente pour l'insuline : je vois que ça dernière hémoglobine glyquée est à 7,3% ce qui n'est pas catastrophique mais elle est sous Komboglyze. Ses hémoglobines glyquées diminuent progressivement mais pas aussi efficacement que ce que je voudrais, elle serait une patiente à mettre sous insuline.

Q : D'accord. Du coup pour en revenir à la patiente précédente, vous me disiez que c'est l'observance qui vous inquiétait ?

M4 : C'est la patiente qui fait un peu d'obstruction et moi aussi ! J'en ai déjà parlé avec mon interne qui la connaissait à l'époque. En fait elle a 86 ans, je la vois plus à la maison maintenant

parce qu'elle est âgée et qu'elle a du mal à se déplacer. Elle a une HTA sévère et une néphrectomie droite avec une insuffisance rénale assez sérieuse. Elle n'a pas de traitement oral car c'est une dame qui mangeait beaucoup de sucreries et donc j'ai commencé par le régime. Là, elle a une hémoglobine glyquée à 9,2% donc il va falloir se poser des questions : faut-il la traiter ? Va-t-elle faire des complications sur son diabète à 86 ans ?

Q : Effectivement cela soulève un vrai questionnement ! Du coup qu'envisagez-vous chez cette patiente ?

M4 : Pour elle, j'envisage plutôt une lente le soir.

Q : Avez-vous commencé à lui en parler ?

M4 : Oui j'ai commencé à lui en parler. A vrai dire, elle n'était pas vraiment d'accord ! Elle essaie de me manipuler un peu (rires). Elle essaie de surseoir au traitement en disant : « A mon âge etc… ». Par contre, moi je lui ferai faire les injections par une infirmière. On commencera par exemple à 8UI et on augmentera progressivement par l'infirmière à domicile en surveillant les glycémies capillaires.

Q : Finalement l'inquiétude pour vous chez cette patiente est le risque d'hypoglycémies ?

M4 : Bien sûr, après avec une lente théoriquement il devrait y avoir moins de problème. Ça devrait être gérable.

Q : Comment comptez-vous lui instaurer ?

M4 : Je l'instaurerai de moi-même. Vous savez de nos jours pour avoir une consultation de diabétologie il faut attendre 6 mois voire 1 an ! Elle est relativement âgée, elle a des difficultés à se déplacer… Je pense que cela ne pose pas de problème majeur d'instaurer à cette âge-là nous même une insuline.

Q : C'est quelque chose que vous faites assez facilement ?

M4 : Bien sûr ça m'est arrivé plusieurs fois !

Q : Concernant votre pratique à vous, l'instauration d'insuline vous pose-t-elle des difficultés ?

M4 : Je reconnais que je ne suis pas toujours à l'aise ! C'est plutôt les insulines rapides qui me font le plus peur parce que l'on n'est pas derrière les patients. Après si on le fait faire par une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique, notamment les infimières de ville qui sont très à l'aise avec cela, il n'y a pas de problème et elles nous appellent facilement en cas de souci.

Q : D'accord. Avez-vous fait face à des patients réticents ?

M4 : Oui mais on arrive à les convaincre. Après en cas de refus au départ, on temporise un peu si la situation le permet.

Q : Donc finalement c'est plutôt du côté des patients qu'il peut y avoir quelques difficultés ?

M4 : Oui c'est plutôt du côté des patients qu'il y a des réticences puis peut-être des inquiétudes chez nous aussi pour instaurer parce que l'on n'est pas très à l'aise non plus avec la manipulation de l'insuline. Les insulines ont évolué par exemple. Au départ déjà quelle insuline choisir ? Entre la Lantus, la Toujeo etc.

Q : Tout à fait oui. Du coup au niveau des ressources auxquelles vous avez accès pour l'instauration si on doit résumer, ce sont principalement les infirmières ?

M4 : Oui tout à fait. Après il arrive d'avoir recours à l'hospitalisation. On a des contacts avec le CH de B notamment le Dr S qui est très bien et avec qui j'ai de bons contacts. C'est vrai que si j'ai un gros problème je vais l'appeler et il prendra le patient rapidement en hospitalisation de jour ou autre. Dans les cas où on a des diabètes très déséquilibrés ou s'il y a des risques, il faut passer par la case hospitalisation, on ne fait pas ça à la maison. Tout à l'heure je parlais des cas pas très compliqués à savoir 86 ans : que va-t-elle faire comme complication à son âge ?

Q : D'accord.

M4 : Après ici il y a aussi un réseau diabète mais c'est plus pour l'activité physique etc, c'est une ancienne infirmière qui s'en occupe. Mais c'est vrai que moi je n'adhère pas fonctionnement de Sophia de la sécu, j'ai un blocage complet.

Q : En quoi cela consiste ?

M4 : C’est un service de suivi des patients diabétiques. Cela peut être bien mais appeler les gens au téléphone pour leur demander s’ils ont fait leur insuline. Moi mes patients n’aiment pas ! Avoir une infirmière qu’ils ne connaissent pas au téléphone pour savoir s’ils ont bien mangé, s’ils font bien leur insuline etc… Cela ne les autonomise pas dans la prise en charge de la maladie alors que nous médecins nous avons une relation de confiance et je trouve cela mieux.

Q : Très bien en tout cas merci pour cette entrevue !

Médecin 5 :

Q : Bonjour, mon sujet de thèse concerne l'instauration de l'insuline chez les diabétiques de type 2. Je cherche à comprendre ce qui peut expliquer l'escalade des antidiabétiques oraux et autres traitements non insuliniques avec un retard au passage à l'insuline. Pour commencer avez-vous des patients diabétiques de type 2 que vous avez récemment mis sous insuline ou que vous jugez qui doivent l'être ?

M5 : Surement. J'en ai un en tête, un monsieur âgé diabétique de type 2 que l'on a mis sous insuline.

Q : D'accord. Pourriez-vous me dire les raisons qui vous ont fait instaurer l'insuline chez ce patient ? Quel était le contexte ?

M5 : Alors c'est un patient avec pleins de comorbidités notamment une myopathie des ceintures compliquée non étiquetée. Pour rappel il a plus de 80 ans. Il a également un cancer du rein. Au bout d'un moment, on n'arrive plus à gérer avec les antidiabétiques oraux : l'hémoglobine glyquée continue de monter. Pour lui, cela me semblait logique et simple également de passer sous insuline : il habite à côté. Effectivement, il y a aussi l'importance de l'entourage et l'équipe infirmière avec qui on travaille. Moi c'est simple car ce sont les infirmières du cabinet qui voient des diabétiques tous les jours et on partage sur ces patients pour trouver le bon équilibre. En effet chez les diabétiques sous insuline lente, les infirmières n'adaptent pas la dose en fonction des glycémies, ce n'est pas forcément évident pour elles. Chez ce patient par exemple, je savais que ce serait plus simple car on peut régulièrement regarder le carnet de surveillance glycémique avec les infirmières. Je vais le voir à domicile tous les mois en ce moment car c'est plus facile du fait qu'il vive à proximité du cabinet. Quand les infirmières ont un souci, elles viennent facilement me voir pour adapter les posologies.

Q : Du coup ce patient est sous insuline depuis combien de temps ?

M5 : Depuis à peu près 2 ans il me semble, ce qui est relativement récent.

Q : D'accord. Dans votre cheminement entre le moment où vous avez jugé nécessaire de passer sous insuline et le moment où le patient a débuté comment ce sont passées les choses ? Avez-vous eu des difficultés ?

M5 : Oui les patients ont toujours du mal à accepter les choses au départ. C'est surtout le fait de l'injection qui les dérange bien que depuis un moment on leur explique qu'ils vont y venir etc… Le patient est un frein également.

Q : Comment cela s'est-il passé chez ce patient par exemple ?

M5 : J'avais préparé ce patient psychologiquement. Parallèlement à son diabète, ce patient commençait à perdre en autonomie du fait de sa pathologie. La présence de l'équipe infirmière est un argument qui m'a permis de rassurer le patient en lui disant qu'il serait très bien entouré.

Q : D'accord. Du point de vue de votre pratique à vous, l'instauration de l'insuline vous a-t-elle posée problème ?

M5 : Instaurer une insuline est quelque chose qui m'arrive de faire mais il est vrai que j'ai tendance à attendre le plus tard possible, ce qui est peut-être idiot…

Q : Quelles sont les raisons de ce retard selon vous ?

M5 : Je pense que c'est surtout l'appréhension de passer à un traitement injectable qui nous semble plus contraignant. C'est souvent le problème d'acceptation par le patient. Quand on discute avec eux, on a souvent la réponse : « le plus tard possible docteur ». Il est vrai que la présence de l'équipe infirmière facilite un peu les choses. En repensant à une autre patiente, on a plus de facilité avec les patients chez qui les infirmiers vont pouvoir passer régulièrement. Mais quand on y réfléchit, ce sont probablement des patients qui ont été mis trop tardivement car si les infirmiers doivent passer c'est qu'on a un patient en perte d'autonomie, et on se dit que l'on arrive un peu tard.

Q : Effectivement c'est une réflexion intéressante. De votre côté vous avez surtout recours aux infirmières si je comprends bien ?

M5 : Oui j'ai recours aux infirmières au début. Et puis souvent, elles font de l'éducation thérapeutique. On essaie de rester en contact car quand on prescrit 20 UI par exemple, quand on regarde 3 mois après on se retrouve toujours à la même dose si on ne communique pas avec les infirmières.

Q : Vous arrive-t-il d'avoir recours au diabétologue ? Si oui dans quelles situations ?

M5 : Oui il m'arrive souvent d'avoir recours au spécialiste. C'est surtout chez les patients jeunes qui sont souvent en obésité morbide et qui débutent des diabètes. J'ai une patiente de 38 ans chez qui j'ai découvert un diabète récemment, qui n'a pas encore d'insuline. Elle est très obèse. J'ai recours notamment aux consultations pluridisciplinaires autour du diabète qui permettent de m'aider pour les règles hygiéno-diététiques chez cette patiente. Je trouve ça plus intéressant que les consultations chez la diététicienne. Elle a vu la diabétologue qui n'a pas encore instauré d'insuline au vu de son jeune âge.

Q : D'accord. Avez-vous d'autres éléments qui vous semblent être déterminants dans l'instauration de l'insuline ?

M5 : Maintenant que j'y pense, il y a le facteur temps qui joue également dans notre pratique pour instaurer l'insuline. Par exemple on voit les diabétiques tous les 3 mois, on surveille l'hémoglobine glyquée, on adapte les traitements, on reparle des règles hygiéno-diététiques. Mais finalement pour introduire l'insuline au patient, il faut du temps et c'est un temps que l'on n'a pas forcement. Le problème étant que si l'on prend plus de temps, on ne peut pas répondre à toute la demande de soin qui est importante du fait de la baisse de la démographie médicale. Finalement on a 15 minutes pour le renouvellement du diabétique : il faut déjà le déshabiller, l'examen clinique, on regarde la biologie, on adapte les traitements et il nous reste juste le temps de lancer l'idée de l'insuline et encore. Finalement on ne prend pas forcement le temps nécessaire pour amener l'insuline mais malheureusement c'est un temps que l'on n'a pas forcement. On finit par temporiser vers la prochaine consultation etc... Et on se retrouve plusieurs années après au même point !

Q : Comment pourrait-on essayer de remédier à cela ?

M5 : Il faut essayer de dédier des consultations plus longues exprès pour çà mais encore une fois c'est un temps que l'on n'a pas forcement vue la demande de soins.

Q : Effectivement. Merci à vous pour toutes ces réponses intéressantes.

Médecin 6 :

Q : Bonjour, je réalise ma thèse sur les freins à l'instauration de l'insuline chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes.

M6 : Alors je vais être très clair. Diabète de type 1 pour moi c'est pour le spécialiste. Le diabète de type 2 est le domaine du généraliste pour moi. L'insuline, les analogues du GLP1 etc, sont des médicaments que je manipule depuis longtemps. Et puis à Blois, il faut savoir que pour avoir un rendez-vous chez le diabétologue il faut attendre au mieux 6 mois voire 1 an. C'est pour cela qu'il faut pouvoir gérer sans attendre le diabétologue.

Q : D'accord. Avez-vous des patients que vous avez récemment mis sous insuline ou que vous estimez qui doivent être mis sous insuline ? Si oui comment avez-vous jugé que ces patients nécessitaient de l'insuline ?

M6 : Alors moi avant de passer à l'insuline, je passe toujours par la case analogue du GLP1 car il faut amorcer les gens à se piquer. Sauf les gens très âgés qui ont un diabète qui se déséquilibre, à ce moment-là je garde la metformine et j'ajoute une insuline lente avec si besoin des rapides et une infirmière qui vient s'en occuper à domicile.

Q : D'accord. Du coup pour vous quel est le déclic pour le passage à l'insuline ?

M6 : Alors pour moi c'est tout bête c'est l'hémoglobine glyquée : si on est à l'objectif on ne bouge pas et si c'est insuffisant on passe au palier au-dessus. De toute façon le diabète c'est tout bête, on escalade et à un moment donné on arrive au palier insuline. Souvent, le fait de passer aux incrétines améliorent bien les choses : on voit les gens allez mieux, tout rentre dans l'ordre mais parfois c'est insuffisant.

Q : Très bien. Du coup vous me disiez que vous passiez d'abord par les injectables non insuliniques ?

M6 : Oui tout à fait, cela permet de démystifier l'insuline chez les patients.

Q : D'accord. Du coup concernant les patients, comment vous y prenez-vous ?

M6 : Alors moi je ne m'embête pas : je leur prescris et en général je demande qu'il y ait une infirmière le premier mois. Cela permet de vérifier qu'ils aient bien compris, qu'ils savent manipuler leur piqûre, leur lecteur de glycémie. Moi je n'ai pas le temps de vérifier tout ça. Après chez les gens âgés, il faut quand même regarder leurs mains, leurs yeux, leurs oreilles. Il y a des gens âgés quand on voit qu'ils tremblent comme une feuille pour écrire, ce n'est pas la peine d'imaginer qu'ils manipulent eux-mêmes l'insuline, il faut leur laisser l'infirmière systématiquement. Après chez les jeunes, une fois qu'ils ont compris comment ça fonctionne, ils se débrouillent tous seuls et puis en général je leur donne le premier carnet.
Je les revois généralement tous les 3 mois voire plus si je vois que tout va bien et si le diabète est très stable.

Q : D'accord. Du coup vous avez rencontrés quelques difficultés en instaurant l'insuline ? De votre point de vue à vous ou bien du point du vue de vos patients ?

M6 : Alors non le patron c'est moi. À un moment on arrête les conneries. Je suis à l'écoute des gens mais quand c'est nécessaire il faut être directif parce que sinon on ne s'en sort pas. On amène progressivement l'insuline mais quand on voit que les résultats ne sont pas satisfaisants, à un moment on leur dit la prochaine fois attention. Mais à un moment donné il faut passer le cap. En général je commence toujours par les incrétines mais parfois ça ne suffit pas.

Q : Concernant votre pratique, vous ne rencontrez pas de difficulté ?

M6 : Non pas du tout, je maitrise l'insuline sans problème. Je fais beaucoup de formations continues sur le sujet. Le seul truc que je ne connais pas c'est vraiment les pompes à insuline. Je vais aller à une formation sur ça pour avoir au moins quelques bases au cas où un jour j'ai besoin d'en manipuler.

Q : D'accord. Vous arrive-t-il d'avoir recours à des intervenant extérieurs pour les insulines en dehors des infirmières ?

M6 : Alors cela m'arrive parfois quand les chiffres sont très mauvais comme par exemple quand ils ont 5g de glycémie et des hémoglobines glyquées à 12 ou 13%, cela m'arrive de les faire hospitaliser. Surtout quand ce sont des découvertes de diabète avec des chiffres de départ importants, je préfère les orienter vers le diabétologue surtout si ce sont des gens jeunes qui travaillent, pour aller vite. Je leur dis qu'ils seront hospitalisés probablement sous pompe puis en relai au stylo et je leur explique que je prendrai le relai par la suite. Donc quand c'est

nécessaire j'appelle les diabétologues à l'hôpital pour programmer une hospitalisation de semaine directement.

Q : Du coup finalement de votre côté vous êtes assez à l'aise sur l'insuline ?

M6 : Oui je vais même plus loin, je dis que n'importe quel crétin peut prescrire de l'insuline ou traiter un diabète, ce n'est pas compliqué !

Q : Les effets secondaires ne vous effraient pas ?

M6 : Non non je commence par les insulines lentes, j'évite les rapides donc en général ça se passe bien. Après il faut savoir que nous sommes dans un département en sous médicalisation donc il y a plein de choses que l'on fait nous-mêmes. De plus, il y a de plus en plus de diabétiques donc on ne peut pas surcharger les diabétologues pour des diabètes qui sont finalement assez simples à prendre en charge. C'est surtout les gens présentant des diabètes avec des complications ou des chiffres vraiment élevés pour lesquels effectivement on peut avoir recours au spécialiste pour refaire le bilan mais cela reste assez exceptionnel finalement.

Q : Très bien je vous remercie pour vos réponses !

Médecin 7 :

Q : Bonjour, je réalise mon travail de thèse sur l'instauration de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes. Je cherche à comprendre les difficultés que rencontrent les médecins, qui expliquent les retards d'instauration de l'insuline. D'abord, avez-vous des patients que vous avez mis récemment sous insuline ou que vous estimez qui doivent être mis sous insuline ?

M7 : Alors je n'ai mis personne sous insuline mais j'ai des patients qui effectivement je pense devraient l'être. Mais je dirais de manière plus globale sous injectable. En effet, le problème est que les patients refusent de manière générale le passage aux piqûres prétextant que ça fait mal, que c'est contraignant. Ils ont encore les anciens schémas que l'on avait il y a plusieurs années avec les insulines rapides ou il fallait contrôler les glycémies, faire l'insuline, recontrôler à distance etc… Du coup même en leur expliquant que de nos jours, on peut avoir des piqûres 1 fois par semaine avec certains analogues du GLP1, les patients persistent à refuser les piqures. Alors avant ici nous avions un réseau diabète dans l'immeuble, ce qui était très pratique car les patients n'avaient qu'un seul étage à monter puis celui-ci à déménagé à 200 mètres et enfin il a disparu par manque de financement j'imagine, ce qui est bien dommage.

Q : Oui effectivement et du coup comment vous fonctionniez ?

M7 : Par exemple, la patiente précédente qui a un diabète gestationnel qui serait insulinorequérant d'après la gynécologue, on aurait pu le faire gérer par le réseau diabète en ville sans même passer par l'hôpital.

Q : Du coup de manière générale, ce n'est pas vous qui instaurez l'insuline ?

M7 : En général non parce que pour instaurer une insuline, cela demande de nombreuses étapes. Après on me dit souvent « ne t'embête pas on peut faire venir les infirmières à domicile qui vont gérer l'initiation, s'occuper des surveillances et de l'éducation thérapeutique ». Mais je me dis attends l'infirmière a beaucoup de travail, elle n'a pas forcement que cela à faire. Une mise en route d'une insuline ça prend plus d'une heure ! Il faut expliquer aux gens etc... Et les infirmières n'ont pas le temps.

Q : Du coup vos derniers patients ont été mis sous insuline par un diabétologue ?

M7 : Oui c'est l'hôpital.

Q : D'accord. Par ailleurs, qu'est-ce qui vous permet de dire qu'un de vos patients diabétiques de type 2 nécessite de l'insuline ?

M7 : Alors bon soit ils sont très jeunes avec un diabète qui flambe et là c'est directement. On a le jeune de 30 qui arrive « j'ai soif, je pisse beaucoup, j'ai maigri », on fait une glycémie capillaire et on retrouve 2g. Bon hop, on l'envoie vers l'hôpital et probablement qu'il sera mis sous insuline directement au moins au départ. Et puis on a le diabète du patient obèse, la cinquantaine, où on a commencé par expliquer ce qu'était la maladie, puis on débute par de la metformine, puis on ajoute une association et on voit que l'hémoglobine glyquée n'est toujours pas dans les objectifs, avec en plus un patient pas très observant sur le régime diététique. On se dit qu'on pourrait empiler 10 médicaments qu'on aurait toujours le même bazar ! Avec une hémoglobine glyquée qui stagne à 9%...

Q : D'accord et sur la dernière situation qui vous vient en tête, qu'avez-vous fait ?

M7 : J'envoie chez le diabétologue en appelant directement car les rendez-vous de diabétologue sont compliqués à avoir, avec un délai d'au moins 6 mois. C'est pour cela qu'avant avec le réseau diabète c'était top car je récupérais des patients avec 10% d'hémoglobine glyquée voire plus, je les orientais par le réseau diabète qui est en lien avec les diabétologues de l'hôpital et donc le patient était rapidement pris en hôpital de semaine. Généralement, on passait directement à l'insuline et c'était réglé. L'autre jour, j'ai voulu faire la même chose avec un patient qui avait 9,8% d'hémoglobine glyquée et j'ai appris qu'ils ne prenaient qu'à partir de 10% en hospitalisation… J'ai dit en rigolant à mon patient qu'il devrait prendre du sucre avant sa prise de sang pour rentrer dans les critères. En fin de compte c'est un peu compliqué.

Q : Oui il semblerait que les services de diabétologie sont saturés

M7 : Oui tout à fait et ils n'ont pas d'autre choix que d'être partiellement sélectifs et donc de prioriser certains patients. C'est également notre problématique en médecine générale : je reste parfois 10 à 12 heures dans mon cabinet sans bouger à consulter. J'essaie de prendre mon temps pour ne pas faire n'importe quoi mais quand un patient arrive avec une hémoglobine glyquée à je ne sais combien, qu'il ne comprend qu'un mot sur deux du fait de la barrière de la langue, il faut lui demander de revenir avec quelqu'un de la famille qui peut traduire et expliquer.

Q : Ah oui donc vous rencontrez également un frein lié à la communication ?

M7 : Exactement. J'ai une population assez variée culturellement du fait de ma localisation et donc je me trouve souvent face à des patients d'origine maghrébine et c'est souvent compliqué. D'une part la langue : pour leur expliquer les règles hygiéno-diététiques, cela peut prendre énormément de temps et le résultat n'est pas garanti. Ne serait-ce que pour le régime alimentaire : si on dit aux gens originaires du Maghreb d'enlever le pain, le blé, la semoule, ils ne mangent plus rien ! C'est pour cela que je délègue honteusement à l'hôpital.

Q : D'accord. Du point de vue de votre pratique, l'insuline est quelque chose que vous manipulez avec aisance ?

M7 : J'ai sûrement un peu peur même si en réalité ce n'est pas si compliqué que ça, surtout les insulines lentes. C'est compliqué surtout quand il faut associer une insuline rapide, chez les gens qui font un peu n'importe quoi sur plan hygiéno-diététique ou chez les poly-pathologiques. Je vois parfois des comptes-rendus de mes collègues diabétologues sur des patients pour lesquels ils se contentent d'une hémoglobine glyquée à 8 ou 9%. Bon bah c'est qu'ils ne doivent plus y arriver eux aussi, et on voit les insulines différentes mélangées. Après il y a également les patients qui ne respectent aucune règle hygiéno-diététique.

Q : Oui c'est vrai.

M7 : Il y a également l'évolution de la médecine : à mon époque il y avait 3 médicaments pour traiter l'hypertension artérielle, 2 insulines et voilà ! Maintenant on ouvre le Vidal on voit plein de nouveaux traitements, des doubles associations, triples associations. Donc on se retrouve avec des maquettes de pneumologie et de diabétologie avec pleins de traitements différents, on se demande lequel donner… Même au niveau des insulines on en trouve des différentes et on finit par ne plus trop savoir quoi prescrire !

Q : Oui j'entends bien. Par ailleurs, les effets secondaires vous posent des difficultés ?

M7 : Écoutez chez mes patients avec une barrière de la langue, je me dis toujours s'il elle fait 2 fois la dose et qu'elle s'effondre mais c'est vrai que normalement l'instauration chez ces patients se fera avec l'aide d'une infirmière à domicile et c'est elle qui fera les injections.

Q : D'accord. Quand vous sentez que le diabète n'est pas équilibré et qu'il peut y avoir un passage potentiel à l'insuline, même si vous n'instaurez pas, abordez-vous la chose avec vos patients ?

M7 : Ah oui tout-à-fait. Je dirai que quand ils sont sous traitement avec d'autres injectables généralement ça se passe bien. Je leur dis qu'ils vont avoir un nouveau médicament qui va améliorer le diabète et ils acceptent. Le problème c'est surtout le passage à la piqûre : il y'en a plein qui me disent non ! Après on joue en leur disant tu vas perdre un peu de poids tu verras…

Q : Quels éléments soulèvent les patients pour leur refus ?

M7 : Ils ont peur que ça fasse mal, la contrainte des injections en temps et en heure, les malaises etc… Surtout cette espèce d'obligation de soins tous les jours. Ils voudraient que tout se passe bien sans rien faire ! C'est comme les patients qui demandent un comprimé pour perdre du poids, je leur dis qu'avec cette mentalité là ils n'en perdront jamais ! Il faut leur expliquer qu'ils doivent se bouger. Ils me disent souvent « oui mais je fais le ménage » je réponds que ce n'est pas une vraie activité comme quand ils me disent qu'ils vont travailler en marchant. Pareil pour l'insuline ils me disent souvent « Oui mais quand je pars en vacances, je les garde comment ? » etc...

Q : Du coup au niveau des ressources auxquelles vous avec accès, pourriez-vous m'en dire plus ?

M7 : Alors avant il y avait le réseau diabète qui n'est plus là et donc c'est le diabétologue puis relai par les infirmières libérales. C'était beaucoup plus pratique avec le réseau diabète : je les appelais quand un patient me posait problème, ils le voyaient 2 jours après et par la suite c'était souvent une hospitalisation directe pour débuter l'insuline. À une période il y avait même un diabétologue qui venait au centre mais qui ne consultait pas, il faisait principalement de la coordination et donnait des avis aux infirmières. Je me disais que c'était dommage il pourrait ouvrir une consultation directement là ! Puis malheureusement pour une question de budget, le réseau diabète a disparu ce qui est dommage au vu de la demande croissante. Et donc au final au finit par perdre du temps pour instaurer l'insuline. Il aurait fallu un équivalent de l'espace du souffle à côté pour la diabétologie pour gérer en ville sans avoir à passer par l'hôpital systématiquement !

Q : Oui effectivement c'est intéressant. Merci beaucoup pour vos réponses !

Médecin 8 :

Q : Bonjour, je réalise ma thèse sur l'instauration de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en cabinet de médecine générale. Je cherche à savoir s'il y a eu des difficultés pour comprendre ce qui peut parfois freiner l'instauration de l'insuline. Je réalise donc des entretiens avec des médecins généralistes pour obtenir des éléments de réponse.

M8 : Bonjour, d'accord très bien !

Q : Pour commencer, avez-vous une idée de patients diabétiques de type 2 que vous avez mis récemment sous insuline ou que vous estimez qui doivent l'être ?

M8 : Ah oui ! J'en ai même plusieurs, j'en ai 2 qui me viennent en tête que j'aimerais bien mettre sous insuline. Il y a également une petite dame que l'on a réussi à mettre avec mon collègue car je ne suis pas présent tout le temps. C'est une patiente âgée que j'ai récupérée dans ma patientèle il y a très peu de temps, qui est arrivée avec une hémoglobine glyquée très élevée au-dessus de 10%, elle est même montée à 13% si je me rappelle bien. Elle ne voulait rien entendre, je crois qu'elle n'a même pas compris qu'elle avait du diabète cette dame !

Q : Elle n'était pas connue diabétique ?

M8 : Si si mais c'est une patiente que j'ai récupérée tardivement et quand on lui a dit que ça n'était pas possible de continuer comme ça, elle n'a rien voulu entendre. Elle était uniquement sous antidiabétiques oraux. Du coup c'est mon collègue qui l'a gérée au départ car il l'a vue en urgence la première fois, puis on a réussi à la mettre sous insuline une première fois ce qui a très bien fonctionné. Malheureusement mon collègue a arrêté l'insuline parce que ça avait justement très bien fonctionné… Et je lui ai dit que je pensais que c'était une erreur et qu'il fallait la remettre parce que de toute façon on n'arriverait jamais à la stabiliser sans insuline et en plus ça permettait un passage infirmier, ce qui était aussi intéressant.

Q : D'accord du coup quelles étaient les réticences chez cette patiente ?

M8 : Alors déjà elle ne veut pas entendre parler du diabète ! Même avec moi ça avait été un peu conflictuel. Ce n'est pas une patiente que je suis habituellement, elle était suivie par un autre médecin et elle s'est retrouvée dans ma patientèle. Je lui ai tout de suite parlé de son diabète

parce que ça n'était pas bon du tout : elle a fui en fait, à partir du moment où elle a compris qu'il fallait passer à autre chose notamment l'insuline.

Q : Qu'est-ce qui lui a fait peur selon vous ?

M8 : Je pense que ce n'est pas vraiment l'insuline chez cette patiente mais au départ déjà l'acceptation du diabète. De toute façon cela m'est arrivé chez plusieurs patients que je devais passer sous insuline et finalement les seuls avec qui on y arrive sont ceux avec qui on a parlé de l'insuline dès le début de la maladie. C'est-à-dire qu'on leur explique dès le départ que le passage à l'insuline fait partie de l'évolution normale de la maladie et que ce n'est pas toujours un signe de gravité ou de mauvais comportement alimentaire. Si tu commences dès le départ à leur dire que peut-être dans 10, 15 ou 20 ans il faudra peut-être arriver à l'insuline, ils sont plus préparés et arrivent à comprendre le jour j. Les patients que je récupère dans ma patientèle et qui sont déjà à 10% d'hémoglobine glyquée et qui ont déjà le maximum de traitement, c'est vraiment difficile. Dans ces cas-là, moi je n'ai pas de réticence envers l'insuline, c'est vraiment eux.

Q : Justement du point de vue de votre pratique, vous n'avez pas de problème pour manipuler l'insuline ?

M8 : Non je trouve qu'au contraire quand on arrive à l'insuline, au final les gens se sentent mieux parce qu'ils sont plus équilibrés, ça marche mieux, ils peuvent se permettre des petits écarts qu'ils n'auraient pu se permettre avant. Donc les gens qui ont compris le truc et qui y arrivent se sentent mieux. Et à partir du moment où ils ont compris le truc et savent gérer, ce n'est pas si contraignant que ça !

Q : Oui tout-à-fait. Concernant ces 2 patients que vous souhaiteriez mettre sous insuline, qu'est-ce qui vous a fait penser que cela devient nécessaire ?

M8 : Alors je me base beaucoup sur l'hémoglobine glyquée. Je cherche également à savoir où on en est du point de vue des traitements, savoir si on est au maximum des traitements non insuliniques. Après régulièrement je mets un petit mot à mes collègues diabétologues de l'hôpital, comme par exemple pour un des 2 patients, où je lui ai envoyé cette semaine un mail en lui expliquant qu'il était très réticent et donc je cherchais à savoir si je pouvais modifier son traitement de manière à retarder un peu l'insuline. Finalement c'est rare que l'on ait une réponse favorable car quand on contacte les diabétologues on est souvent en bout de course.

Q : D'accord. La dernière instauration d'insuline que vous avez faite vous-même s'était passée comment ?

M8 : Alors en général ça se passe plutôt bien quand on les a bien préparés et que l'on n'y va pas de manière frontale, c'est-à-dire que ça fait déjà plusieurs fois que je leur explique en leur disant qu'au final ça devrait bien se passer. J'ai une patiente en tête pour qui je pense que ça devrait bien se passer. En plus on se met en relation avec les infirmières que l'on met en place pendant généralement 1 mois au début voire moins selon les patients. Cela permet de faire un peu d'éducation thérapeutique. Le tout est de pouvoir leur faire accepter et cela ne pose pas de difficultés si on leur en parle dès le début de la maladie. Même au départ quand je débute avec juste de la Metformine, je leur dis que probablement un jour on arrivera à l'insuline et que ça ne sera pas grave, ça fait partie de l'évolution de la maladie. Parce que les gens ne comprennent pas toujours, ils disent parfois « Oui mais je ne comprends pas je ne mange pas de sucre, comment ça se fait que j'ai du sucre ? ». Si on ne leur explique pas un minimum c'est compliqué le diabète. Et puis il faut aussi les déculpabiliser en leur expliquant que le passage à l'insuline ne constitue pas un échec, que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas fait ce qu'il fallait.

Q : Oui c'est vrai qu'il faut prendre le temps de leur expliquer.

M8 : Tu te rends compte que j'ai récupéré des patients récemment qui ne savaient même pas qu'ils étaient diabétiques alors qu'ils ont des traitements lourds ! Là on se dit que c'est mal parti… Vous imaginez qu'ils ne savent même pas pourquoi ils prennent leurs médicaments et moi j'arrive en leur disant qu'ils ont 10% d'hémoglobine glyquée et que tu vas les passer sous insuline, là ils te regardent de travers. Et au final chez ces patients tu galères. Je trouve moi que quand on ne leur en n'a pas parlé tôt c'est très compliqué. C'est notamment le patient que j'évoquais tout à l'heure qui a 9,5%, qui est obèse et jeune : j'ai envie d'y aller mais je n'arrive à rien !

Q : Par exemple chez ce patient où en êtes-vous dans le cheminement ?

M8 : Bah je lui en ai parlé plusieurs fois mais je n'arrive à rien franchement. Je vois que quand je lui en parle, il veut partir et je me dis qu'il ne va plus revenir ! Il est vraiment dans l'opposition. L'autre jour, je lui ai dit aujourd'hui je ne le fais pas, je vais revoir avec mes collègues diabétologues s'il y a une autre option… Et puis à chaque fois je retourne à la charge. Ça l'emmerde en fait, il trouve que ça va être astreignant, il n'aime pas les piqûres etc…

Q : D'accord. Concernant votre pratique, vous utilisez l'insuline facilement ?

M8 : Alors clairement depuis qu'on a les insulines lentes je vous trouve ça beaucoup plus simple qu'avant où on mettait des insulines mixtes entre lente et rapide, que je trouvais compliquées. On arrive assez facilement à s'en sortir et à équilibrer les patients avec la lente. Après si on n'y arrive pas et que c'est toujours déséquilibré sous lente, je passe la main aux endocrinologues. Et là souvent ils font une petite hospitalisation et malheureusement souvent ça finit avec de la rapide 3 fois par jour en plus et là c'est plus compliqué. Je trouve que c'est beaucoup plus dur à gérer pour les patients l'insuline rapide, parce qu'il faut quand même adapter en fonction des glycémies, de ce qu'ils vont manger, il faut leur faire un protocole etc… C'est quand même beaucoup plus lourd, l'insuline rapide, et là pour le coup on se pose la question des effets indésirables comme les hypoglycémies. Après pour les sujet jeunes, je passe la main assez facilement car il faut qu'on soit sûr du diagnostic de type 2 déjà !

Q : D'accord. Du point de vue intervenant du coup si je dois résumer vous faites appel aux infirmières principalement et parfois au diabétologue ?

M8 : Oui tout à fait. Je travaille avec les infirmières de la maison médicale ce qui facilite grandement la prise en charge des diabétiques sous insuline. On discute facilement, elles me ramènent les carnets de glycémies, on vérifie ensemble etc… On se voit tous les jours à 10h du coup c'est assez facile. C'est intéressant d'avoir l'échange facile avec les infirmières. Par exemple j'ai une patiente de 67 ans qui a un trouble cognitif et qui est diabétique de type 2. Je n'arrivais pas du tout à l'équilibrer alors qu'elle était déjà sous insuline lente donc je l'ai adressée au service de diabétologie et elle est sortie avec de l'insuline rapide. C'est compliqué chez elle du coup ce sont les infirmières qui gèrent. Quand je l'ai vue en consultation, elle n'avait pas son carnet de glycémie du coup j'ai demandé aux infirmières de me ramener le carnet le lendemain ce qui m'a permis de surveiller de près les glycémies.

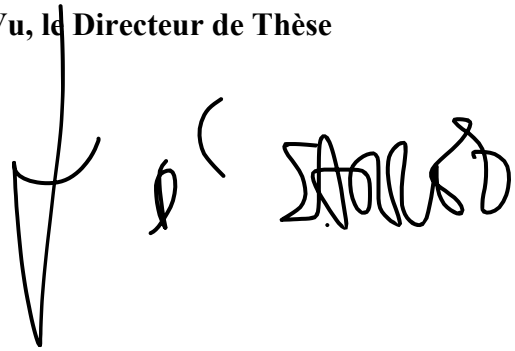
Q : Tout à fait. Vous avez recours à l'hospitalisation assez peu finalement ?

M8 : Oui l'hospitalisation me semble nécessaire dans des cas complexes comme la patiente précédente. Après pour mon patient qui refuse catégoriquement, je pense que ça serait intéressant pour l'éducation thérapeutique mais il ne veut rien entendre ! Il ne veut surtout pas l'hospitalisation, encore moins que l'insuline ! C'est un patient qui refuse tout : il ne fait pas ses fonds d'œil, il ne va pas voir le cardiologue, il est obèse, il refuse de se faire vacciner contre

la COVID. Donc au final je prends du temps et cela n'aboutit à rien. Surtout que lorsqu'on initie une insuline, la consultation est dédiée exclusivement à cela et donc on n'a pas forcement le temps de faire le point sur le reste du diabète.

Q : Effectivement c'est compliqué quand les patients sont dans le refus total de soin. Merci beaucoup pour votre participation !

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

EL MESSAOUDI Bilal

88 pages - 1 tableau

Résumé : LES FREINS À L'INSTAURATION DE L'INSULINOTHÉRAPIE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE II PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
(Étude qualitative menée auprès de 8 médecins généralistes)

Introduction : Le diabète de type 2 représente plus de 80% des cas de diabète, avec une prévalence de 2 millions de personnes en France. Le passage de l'insulinorésistance à l'insulinopénie constitue une étape importante de l'évolution de la maladie. L'étude EDITH réalisée en 2010 a confirmé l'existence d'un retard dans l'instauration de l'insulinothérapie. Cela a motivé cette étude explorant les freins à l'initiation de l'insulinothérapie par les médecins généralistes (MG) chez les diabétiques de type 2. **Matériel et méthode :** Une enquête qualitative a été réalisée, par entretiens semi-dirigés, auprès de huit MG exerçant dans le Loir-et-Cher. L'analyse des résultats a été effectuée selon la méthode de théorisation ancrée. **Résultats :** L'étude a mis en évidence de nombreux freins à l'instauration de l'insulinothérapie. Cette réticence est en relation directe avec la complexité de la prise en charge de cette pathologie, à l'environnement médical mais aussi au profil des patients, et bien entendu aux MG eux-mêmes. L'étude a recherché les outils utilisés par les MG pour initier une insulinothérapie. **Discussion :** Le diabète de type 2 peut avoir une présentation complexe qui rend sa prise en charge difficile. Les patients peuvent constituer un frein par leur manque de connaissance de la maladie et par la représentation négative qu'ils ont du traitement par insuline. L'environnement peut constituer une barrière, que ce soit l'éloignement géographique du patient ou l'accès difficile au diabétologue. Les médecins généralistes, devant la difficulté de prescription de l'insuline et la crainte des réactions des patients contribuent également à ce retard. Pour pallier ces freins, des ressources extérieures sont présentes dont principalement les infirmières libérales et les diabétologues. **Conclusion :** Les MG font face à de nombreux freins, y compris venant d'eux-mêmes, qui retardent le passage à l'insuline. Cela va de la difficulté à poser l'indication jusqu'à la difficulté de la faire accepter au patient. Ils utilisent plusieurs outils qu'il faut améliorer pour faciliter le passage à l'insuline des patients diabétiques de type 2 quand celui-ci s'impose.

Mots clés : médecine générale, diabète de type 2, insulinothérapie, freins à l'instauration

Jury :

Président du Jury : Professeur Pierre-Henri DUCLUZEAU
Directeur de thèse : Docteur Patrick SARREO
Membres du Jury : Professeur Christophe BARON
Docteur Christophe RUIZ
Docteur Patrick SARREO

Date de soutenance : 1er septembre 2021