

Réflexions sur la prise en charge du diabétique de type 2 : les incompréhensions de l'alliance médecins généralistes-diabétologues

Management of type 2 diabetes patients: Some thoughts on the incomprehension within the general practitioner-diabetologist alliance

V. Le Pautremat¹, H. Bihan², J. Cahen-Varsaux³, A. Deburge⁴, O. Dupuy⁵, G. Errieau⁶, A. Hartemann⁷, M. Lévy⁸, M. Popelier⁹, G. Reach², M. Varroud-Vial¹⁰, P. Vexiau¹¹

¹ Kantar Health, France.

² Service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques, AP-HP, Groupe hospitalo-universitaire Nord, Hôpital Avicenne, Bobigny.

³ Service de diabétologie-endocrinologie, Centre hospitalier Victor Dupouy, Argenteuil.

⁴ Service de diabétologie, Centre médical de Forcilles, Hôpital PSPH, Ferrolles-Attilly.

⁵ Service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, Hôpital d'instruction des Armées (HIA) Begin, Saint-Mandé.

⁶ Médecine générale, Paris.

⁷ Service de diabétologie, AP-HP, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

⁸ Service de diabétologie-endocrinologie, Hôpital Max Fournier, Nanterre.

⁹ Service d'endocrinologie-diabétologie, Centre hospitalier de Rambouillet.

¹⁰ Service de diabétologie-endocrinologie, Centre hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes.

¹¹ Service de diabétologie-endocrinologie, AP-HP, Groupe hospitalier Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal, Hôpital Saint-Louis, Paris.

Correspondance :

Michel Varroud-Vial
Service de diabétologie-endocrinologie
Centre hospitalier Sud Francilien
59, boulevard Henri-Dunant
91100 Corbeil-Essonnes
m.varroud-vial@wanadoo.fr

© 2011 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

Résumé

Ce travail a pour but de réfléchir sur les freins à l'orientation des diabétiques de type 2 vers les diabétologues. Il s'agit d'une étude qualitative menée en Île-de-France auprès de 12 médecins généralistes, 12 diabétologues et 24 patients par des entretiens en face à face.

Résultats : Les médecins généralistes considèrent la prise en charge du diabète de type 2 comme partie intégrante de leur activité. Ils adressent tardivement leurs patients aux diabétologues, en majorité à un niveau d'HbA_{1c} de 9 %. Les principaux freins à ce recours sont un doute sur la valeur ajoutée des diabétologues, les difficultés à obtenir un rendez-vous et la crainte de perdre leur patient. Les diabétologues reprochent aux médecins généralistes de ne pas être assez conscients des risques d'une HbA_{1c} entre 7 et 9 % pendant des années ; ils se sentent perçus essentiellement comme des intensificateurs thérapeutiques et urgentistes dont les missions essentielles seraient d'instaurer l'insulinothérapie et de gérer les complications. Bien que généralistes et diabétologues s'accordent sur la nécessité d'une meilleure communication, il existe un sentiment de concurrence entre eux plutôt que de réelle complémentarité.

Conclusion : Ce manque de concertation ainsi que la nécessité de gérer au mieux une ressource spécialisée relativement réduite par rapport au nombre croissant de diabétiques suggèrent qu'il est nécessaire de rechercher des solutions afin d'optimiser la coopération entre médecins généralistes et diabétologues.

Mots-clés : Diabète de type 2 – parcours de soins – médecins généralistes – diabétologues – concertation.

Summary

The objective of this study was to determine barriers to type 2 diabetic patient referrals to diabetologists. A qualitative study was conducted in the greater Paris metropolitan area. Face to face interviews were conducted among 12 primary care practitioners, 12 diabetologists, and 24 patients.

Results: The primary care practitioners consider type 2 diabetes (T2D) management as an integral part of their practice. They refer their patients to diabetologists late, for a majority when HbA_{1c} is 9%. The primary obstacles to referrals are doubts on the diabetologist's added value, difficulties in getting an appointment, and fear of losing their patient. The key criticisms launched by diabetologists against the primary care physicians are: they have not been sufficiently aware on the risks of HbA_{1c} between

7 and 9% for years; the diabetologists feel that they are mainly perceived as treatment intensifiers and emergency care physicians whose main job would be to initiate insulin therapy and manage complications. Although the primary care practitioners and diabetologists agree on the need for better communication, there is a feeling of competition among them rather than real complementarity.

Conclusion: This lack of cooperation in addition to the need to manage at best a relatively reduced specialized resource in relation to the growing number of diabetics, suggest that it is necessary to develop solutions designed to optimize cooperation among primary care physicians and diabetologists.

Key-words: Type 2 diabetes – patient flow – primary care physicians – diabetologists – cooperation.

Introduction

Les données de l'étude Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (Entred) 2007-2010 révèlent que seuls 10 % des patients diabétiques bénéficient d'au moins une consultation ou un acte par un endocrinologue libéral sur une année (-2 points par rapport à 2001), ce pourcentage atteignant 12 % si l'on prend en compte simultanément les séjours hospitaliers dans les services de diabétologie, d'endocrinologie ou de nutrition [1]. Dans l'enquête DIABASIS, en 2008, 29 % des patients avaient consulté un diabétologue dans les 12 derniers mois [2, 3]. La prise en charge du patient atteint de diabète de type 2 (DT2) est clairement, en France, centrée sur l'activité des médecins généralistes.

Partant du sentiment que le recours au diabétologue est souvent inadapté, ou trop tardif, ou est fait à un stade de complications trop avancées, un groupe d'experts en diabétologie associé à un médecin généraliste (MG), en Île-de-France, ont réalisé une étude pilote qualitative afin d'approcher les barrières au recours aux diabétologues.

Population et méthodes

Une étude qualitative a été lancée dans les sept départements d'Île-de-France entre le 7 mai et le 14 juin 2010. La population sélectionnée comprenait un échantillon choisi de 12 MG et 12 diabétologues : 6 hospitaliers, 4 mixtes, 2 libéraux ; répartition représentative des types d'exercice de cette spécialité, les

médecins étant recrutés au hasard dans les pages jaunes.

- **Chaque médecin généraliste** sélectionnait un patient, sous bithérapie orale ou sous traitement injectable, qui ne devait pas avoir été orienté auparavant vers un diabétologue.

- **Chaque diabétologue** recrutait un patient adressé pour la première fois par un MG dans les derniers 24 à 36 mois (tableau I).

Cette étude a été réalisée « en miroir », par entretien en face à face, sur la base d'un guide semi-directif par une société

indépendante (Kantar Health). Ainsi, 48 entretiens, d'une durée de 45 minutes à 1 h 15, ont été effectués par un enquêteur qui réalisait, de manière individuelle, l'interview du couple patient/médecin. Dans cet article, nous rapportons les principaux éléments ressortant des entretiens avec les médecins.

Résultats

Les caractéristiques de la population recrutée par les MG et par les diabétologues sont résumées dans le tableau I. Parmi ces patients, respectivement 8/12 et 10/12 avaient un diabète jugé comme insuffisamment contrôlé par leur MG ou par leur diabétologue. L'appréciation du mauvais contrôle était objectivée par les facteurs suivants :

- un taux d'HbA_{1c} > 8 % (tableau II) ;
- le contrôle insuffisant des facteurs de risque cardiovasculaire depuis au moins 6 mois ;
- l'apparition et/ou l'aggravation de complications ;
- au moins une hospitalisation pour un motif lié au diabète dans l'année précédente ;

Tableau I : Caractéristiques des patients.

Caractéristiques (n patients)	Patients recrutés par un médecin généraliste (n = 12)	Patients recrutés par un diabétologue (n = 12)
Hommes	9	8
Femmes	3	4
Âge		
≤ 55 ans	7	4
56-65 ans	4	4
> 65 ans	1	4

Tableau II : Taux d'HbA_{1c}.

Taux d'HbA _{1c} (n)	Patients recrutés par un médecin généraliste (n = 12)	Patients recrutés par un diabétologue (n = 12)
	Lors de l'entretien	Lors de l'adressage
6,0-6,5 %	3	–
6,6-7,0 %	2	–
7,1-7,5 %	3	–
7,6-8,0 %	1	3
8,1-8,5 %	3	4
8,6-9,0 %	–	3
> 9,0 %	–	2

– un défaut marqué d'observance et/ou la rareté des consultations, obstacles évidents à une bonne prise en charge.

Parcours de soins perçu par les généralistes

Outre l'annonce du diagnostic, les MG de l'étude ont déclaré :

- initier la prise en charge hygiéno-diététique et médicamenteuse ;
- se charger de veiller au suivi recommandé, avec un rythme moyen de quatre consultations annuelles ;
- adapter le traitement, en faisant très majoritairement appel à la metformine, puis aux sulfamides hypoglycémisants, et très minoritairement aux gliptines, aux nouvelles classes médicamenteuses ou à l'insuline.

Les MG jugent que la prise en charge du patient DT2 fait partie intégrante de leur métier : « *Le diabète de type 2, c'est de la médecine générale : c'est notre travail.* »

Les raisons de l'orientation vers le diabétologue sont, par ordre décroissant :

- un taux d'HbA_{1c} ≥ 8 % (plutôt 9 % majoritairement) ;
- un épuisement des options thérapeutiques après atteinte des doses maximales ;
- la nécessité d'instaurer une insulinothérapie ;
- le besoin d'une hospitalisation ;
- l'apparition de complications ophtalmologiques, cardiovasculaires et/ou rénales ;
- un comportement face à la maladie jugé inadapté : patient anxieux, fataliste, inconscient de la gravité de la maladie et/ou non observant ;
- enfin l'inefficacité des conseils nutritionnels.

• « *J'envoie au diabétologue lorsque je suis au maximum de mes possibilités thérapeutiques, que l'HbA_{1c} est supérieure à 8 %, que je suis confronté à une complication et que je sens que l'insulinothérapie est nécessaire, et une éducation spécifique indispensable.* »

• « *J'envoie au spécialiste quand je sais qu'il fera mieux que moi.* »

• « *En fait, le diabétologue est utile pour l'intensification thérapeutique si j'arrive à une impasse.* »

• « *Si je sens mon patient hésitant, mal observant sur les plans médicamenteux et diététique, je l'oriente vers le spécialiste pour lui faire prendre conscience de la gravité de sa maladie et le responsabiliser.* »

Pour les MG, le « bon moment » de l'orientation vers le diabétologue est donc prioritairement l'impasse thérapeutique : déséquilibre glycémique persistant et nécessité du passage à l'insuline qu'ils ont l'impression de ne pas pouvoir gérer.

Parcours de soins perçu par les diabétologues

Concernant le choix du moment de l'orientation, la perception des diabétologues est assez proche de celle des MG, en constatant cependant un seuil de référence en termes d'HbA_{1c} encore plus haut (≥ 9 %), avec présence de complications. Dans la plupart des cas, cette orientation leur apparaît trop tardive et correspond très souvent à la nécessité d'une insulinothérapie.

• « *Dans la grande majorité des cas, le médecin traitant nous adresse les patients avec 10 à 12 % d'HbA_{1c} malgré un traitement très lourd.* »

• « *Malheureusement on voit des diabétiques déséquilibrés depuis longtemps arriver aux urgences avec une gangrène.* »

Par ailleurs, ils estiment que les MG sous-estiment l'importance de la prise en charge hygiéno-diététique, or « *le poids est un gros problème* ».

Les diabétologues semblent émettre l'hypothèse que les MG n'ont pas suffisamment conscience des conséquences d'un taux d'HbA_{1c} compris entre 7 et 9 % pendant des années sur le développement des complications. Du fait d'une orientation jugée trop tardive, les spécialistes interviewés se sentent perçus comme des « insulinothérapeutes » et des urgentistes.

Freins à l'orientation chez le diabétologue selon les généralistes

Alors qu'ils insistent sur la relation empathique entretenue avec leurs patients, les MG expriment, par contraste, une

perception négative du diabétologue, tant en termes d'efficacité de la prise en charge que de comportement, et sur la difficulté à obtenir un rendez-vous.

• « *Je leur reconnais des compétences supérieures, mais pas une efficacité supérieure sur mon patient. Ils devraient démontrer la supériorité de leur prise en charge et donc le retard des complications.* »

• « *Je ne vois pas ce qu'ils peuvent m'apporter de plus à la différence du cardiologue, de l'ophtalmologue, du néphrologue qui, eux, font des examens spécifiques que je ne sais pas faire.* »

• « *Le diabétologue est très directif, compétent, mais peu empathique.* »

• « *Du fait de la diminution du nombre de spécialistes, on n'arrive plus à avoir de diabétologues disponibles.* »

• « *La raison pour laquelle je n'adresse pas est liée au fait de perdre les patients. Cela arrive beaucoup avec les hospitaliers.* »

En raison de la confiance qu'ils expriment envers leur médecin traitant et leur crainte de l'insuline, les patients peuvent, eux aussi, contribuer au retard à l'orientation vers le diabétologue, qui est pour eux un inconnu.

Freins perçus par les diabétologues pour l'orientation

Ce sont les craintes qu'auraient les MG de ne plus gérer leur patient et de s'exposer à ce qu'un jugement négatif sur leurs compétences soit porté. Ils évoquent également le délai d'obtention d'un rendez-vous et le manque flagrant de communication.

• « *Il a peur de ne plus revoir le patient ou que le patient remette en question ses compétences car l'on ne va pas forcément aller dans le sens de ses prescriptions.* »

• « *Devant l'explosion du diabète, je pense que ce n'est pas évident d'obtenir un rendez-vous, surtout à l'hôpital.* »

• « *Si l'on reste dans le silence radio total et si l'on agit en excluant le médecin traitant, ça ne peut pas très bien se passer.* »

• « *On a essentiellement des problèmes de communication.* »

Solutions proposées par les médecins pour une orientation plus précoce

Pour les MG, l'orientation pourrait être plus précoce si les diabétologues communiquaient davantage sur la prévention des complications et sur l'impact positif d'une prise en charge complémentaire MG-spécialistes.

- « Ils devraient publier une étude montrant qu'ils récupèrent les patients trop tard, au stade de complications. Ils devraient nous l'exposer et donc communiquer avec nous. »

- « Il faudrait une coopération moins lente et moins lointaine entre nous pour que la complémentarité de soins soit bénéfique. »

C'est également l'avis des diabétologues, qui insistent sur l'importance de la prise en charge des dix premières années de cette maladie chronique insidieuse. Ils citent également l'intérêt d'apporter une information plus complète sur la maladie, ses conséquences, le parcours de soins et le bénéfice d'une équipe pluridisciplinaire, ce qui permettrait de décloisonner la pratique médicale.

- « On a tous intérêt à se remettre en question et à revoir aussi notre manière de travailler avec nos confrères. Je pense qu'il faut beaucoup d'humilité quand on est spécialiste. »

- « On a certainement une grande part de responsabilité dans cette orientation insuffisante. »

- « Il faut absolument améliorer la communication entre médecins généralistes et diabétologues. Cela peut passer par des circuits de Formation médicale continue (FMC), des Enseignements post-universitaires (EPU), des présentations de service hospitalier ou de l'endocrinologue libéral et, surtout, une communication personnalisée sur les cas difficiles, tout simplement par téléphone... »

Quant au message des MG envers leurs patients pour les convaincre de consulter plus rapidement un diabétologue, médecins traitants et spécialistes de l'étude s'accordent sur la nécessité de dédramatiser l'insulinothérapie – laquelle n'est d'ailleurs pas systématique – et d'exposer tout le bénéfice potentiel d'une prise en charge « à quatre mains » ou pluridisciplinaire.

Les diabétologues insistent sur les bienfaits de l'hospitalisation de jour : « Si l'on explique dès le départ que le traitement est une escalade thérapeutique jusqu'à l'insuline, cela la dédramatise et elle n'est plus perçue comme une sanction. ».

Discussion

Le parcours de soins du patient diabétique est une préoccupation commune aux médecins généralistes, qui sont chargés de sa coordination par la loi de santé publique (HPST), patients, santé et territoires (HPST), et aux diabétologues qui sont appelés à intervenir pour la prise en charge des patients les plus complexes. Le contexte démographique amplifie cette préoccupation : en effet, la population de personnes atteintes de DT2 s'est accrue rapidement au cours des 20 dernières années, et cette croissance va se poursuivre [4], alors que la démographie des MG va diminuer dans la décennie à venir [5]. Celle des endocrinologues devrait augmenter de 24 % dans les 20 ans, mais reste dérisoire au vu du nombre de patients à prendre en charge [5].

Limites de l'étude

Les limites de notre étude sont liées, d'une part à l'effectif réduit des patients et médecins interrogés et, d'autre part, aux spécificités de la région Ile-de-France. Cette région concentre presque un tiers des diabétologues français avec une densité supérieure à la moyenne française, mais il existe une grande inégalité de répartition intra-régionale : presque la moitié des diabétologues exercent à Paris, alors que dans certains départements, le nombre de diabétologues est faible alors même que la prévalence de diabète y est plus élevée. Notre enquête peut néanmoins être le point de départ d'une réflexion visant à clarifier les moments, les difficultés et les raisons de l'orientation vers le diabétologue.

Le moment de l'orientation

L'un des points importants est le caractère tardif de cette orientation. Les MG reconnaissent les compétences des diabétologues dans l'intensification théra-

peutique, mais se sentent investis de la prise en charge du DT2, ce qui peut expliquer une orientation tardive des patients vers les diabétologues. Ceux-ci souhaitent une référence plus précoce, en accord avec la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2006, qui préconisait le recours au diabétologue lors du bilan initial [6].

Cette recommandation ne reposait cependant que sur un consensus d'experts, car les données de la littérature sont contradictoires : une étude d'observation durant 7 ans, réalisée aux États-Unis, n'a pas trouvé de différence entre la prise en charge par diabétologues ou par MG sur [7] :

- le taux d'HbA_{1c} ;
- le contrôle de l'hypertension artérielle (HTA) ;
- l'acuité visuelle ;
- la microalbuminurie ;
- la mortalité ;
- la qualité de vie.

Au contraire, d'autres études rétrospectives rapportent que la consultation d'un diabétologue une fois par an augmente la qualité du suivi [8], et qu'un suivi partagé entre MG et spécialistes est plus efficace que le suivi par les MG seuls [9]. Cependant, ce suivi partagé n'est pas toujours associé à un meilleur pronostic [10].

Dans les faits, cette recommandation de la HAS n'est pas suivie par les MG ayant répondu à cette enquête, qui estiment que, dans la majeure partie de la prise en charge du patient DT2, le diabétologue n'apporte rien de plus. Ils en font un spécialiste du dernier recours, tant en termes d'intensification thérapeutique que d'éducation. Le diabétologue est assimilé à un prescripteur d'insuline et à un spécialiste des complications tardives du diabète.

Les difficultés de la coopération

Un autre élément ressortant de l'étude est le sentiment exprimé par les MG d'être dépossédés de leurs patients lorsqu'ils les adressent aux diabétologues, qu'ils accusent de revoir régulièrement les patients sans se limiter à leur avis de consultant. Ceci contribue à retarder le recours aux diabétologues qui se fait finalement sous forme d'une délégation, symbolisée par l'expression

« passer la main ». Cette situation nous paraît perpétuer un cloisonnement délétère :

– en première partie de la maladie, les MG traitent seuls les patients, même lorsqu'ils n'ont plus toutes les compétences ;

– après le recours aux diabétologues, ceux-ci deviennent les seuls « médecins traitants » du diabète, sans que les compétences des MG pour gérer les situations complexes s'améliorent, puisqu'ils n'en acquièrent pas l'expérience.

Le suivi des patients DT2 par des spécialistes hospitaliers peut avoir une autre conséquence préjudiciable, qui a été soulignée au Royaume-Uni : une tendance pour les patients à abandonner ce mode de suivi approprié, rendu relativement inaccessible du fait des délais de rendez-vous liés à la surcharge des consultations spécialisées [11].

Ces résultats sont concordants avec les données antérieurement publiées :

- Dans une enquête par questionnaire menée en Essonne, en 1995, les MG (n = 106) et les diabétologues (n = 11) considéraient l'absence de motivation des patients comme la principale difficulté de la prise en charge, mais les diabétologues mettaient à égalité l'absence de formation des MG. Ceux-ci avaient recours aux diabétologues, en premier lieu, pour un déséquilibre du diabète à un seuil moyen de glycémie à jeun de $2,25 \pm 0,55$ g/l, et, en second lieu, pour une complication. Un tiers des MG pensait que la reconvoque de leurs malades par les diabétologues avait un impact négatif sur leur rôle de médecin traitant [12].

- Une étude menée à l'initiative de l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM) et de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Basse-Normandie, auprès de 400 MG et de 400 patients DT2, montrait que l'absence d'orientation vers le diabétologue était due, selon les MG, à son absence de justification médicale [13].

Un défaut d'alliance

Les perceptions et attitudes exprimées dans notre enquête montrent clairement un défaut d'alliance, traduisant non seulement un manque de concertation entre MG et diabétologues, mais également un

conflit de compétences, pouvant apparaître comme autant de frustrations de part et d'autre. Nous pensons que ceci reflète le fait que la prise en charge du DT2 ne nécessite pas seulement une compétence de prescription (dimension biomédicale), mais également une attitude thérapeutique centrée sur le patient (modèle bio-psychosocial [14]), à l'œuvre dans la démarche d'éducation thérapeutique. Les MG semblent considérer que les diabétologues n'ont que la première compétence et pas la seconde, alors que le lien qui se met en place entre le patient et le diabétologue, lorsque celui-ci se centre sur son patient, est un lien parfois fort, qui n'est pas celui habituellement créé dans la relation thérapeutique avec un spécialiste. Ceci pourrait accentuer le sentiment de concurrence, au détriment du sentiment de complémentarité entre les deux professions.

Il n'en reste pas moins que la bonne qualité des relations entre les professionnels de santé est l'un des facteurs associés à la qualité des soins [15], et que ces relations difficiles, voire conflictuelles, mises en évidence dans cette étude, ne peuvent qu'affecter le parcours de soins du patient DT2. Elles risquent également de favoriser une « inertie » clinique et thérapeutique, plus ou moins observée dans la prise en charge du DT2 [16, 17].

Des pistes d'améliorations existent. À la fin des années 90, une démarche d'audit de pratique et de protocole coopératif entre MG et diabétologues a permis d'obtenir :

- un meilleur dépistage du risque podologique (+33,6 %) ;
- des interventions plus fréquentes en cas de déséquilibre (+10,5 %) ;
- une augmentation de la fréquence du dosage de l'HbA_{1c} (+11,9 %) et de sa qualité (+39,9 %) ;
- des progrès sur le contrôle de la pression artérielle (+11,1 %) et des dyslipidémies (+12,8 %).

Cette démarche n'était pas basée sur le recours systématique aux diabétologues dès le début de la maladie, mais sur l'augmentation des compétences des MG, qui incluaient la décision de recours ciblé aux diabétologues. Un projet de réseau départemental de santé aux patients DT2 a été élaboré par la suite, avec comme objectifs [18] :

- l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale ;
- un meilleur recours aux soins spécialisés.

Cet objectif a été atteint, avec une augmentation du taux de référence aux diabétologues, en cas de diabète déséquilibré, passant de 44,6 % à 56,2 % en 3 ans [19].

Des solutions existent

Dans notre enquête, MG et diabétologues expriment, tous deux, le souhait d'une coopération plus proche et d'une meilleure communication.

- Une solution pourrait consister en la promotion de réunions de concertation, rémunérées, entre MG et diabétologues pour la prise en charge des cas complexes, à l'image des Réunions de

Les points essentiels

- En Île-de-France, le recours au diabétologue est souvent tardif.
- Cette région a des spécificités en raison de la typologie des patients et de la densité contrastée de diabétologues entre son centre et certains départements où la prévalence du diabète est pourtant plus élevée.
- Le parcours de soins du patient diabétique est une préoccupation commune au médecin généraliste et au diabétologue.
- Un défaut de concertation entre médecins généralistes et diabétologues, mais également un conflit de compétences sont observés.
- Des actions telles que les réunions de concertation pluridisciplinaires, la télémédecine, les équipes de soins ambulatoires, ainsi que les programmes d'accompagnement multidisciplinaires sont autant de pistes pour améliorer la coordination entre médecins généralistes et diabétologues.

concertation pluri-professionnelles (RCP) qui ont été instaurées en oncologie. Dans ce domaine, la télémédecine offre de nouvelles possibilités. Il a été, en effet, montré que la communication entre MG et diabétologues, par vidéoconférence [20] ou par échange standardisé de données [21], permettait d'améliorer le contrôle du diabète et de l'HTA des patients suivis par les MG. Le recours ciblé et mis en œuvre en temps utile aux diabétologues pourrait être l'une des conclusions de cette concertation.

- Une solution qui mérite d'être développée en parallèle est la mise en place d'équipes de soins ambulatoires, bénéficiant d'un appui spécialisé. Dans cette démarche, déjà promue par les réseaux de santé et certaines maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, l'offre de soins ne provient plus d'un médecin isolé, mais d'une équipe pouvant comprendre, selon les cas, une diététicienne, une infirmière, un pharmacien, un éducateur sportif..., et dans lequel les diabétologues trouvent leur place de référents. Elle est formalisée par l'élaboration et la révision d'un Plan personnalisé de santé, selon les besoins et les risques prioritaires des patients. Ceci s'apparente à la stratégie d'extension de l'équipe de soins, dont il a été montré qu'il s'agissait de l'une des stratégies les plus efficaces pour améliorer la qualité du contrôle glycémique [22].

La complémentarité entre MG et diabétologues devrait également se développer en ce qui concerne l'accès des diabétiques à l'éducation thérapeutique, les inscrivant ainsi dans un programme d'accompagnement multidisciplinaire.

Ces solutions envisagées rejoignent les sept propositions qui ont été faites par le *Livre Blanc* de la Société francophone du diabète (SFD), paru en 2011, et en particulier celles incitant à [23] :

- orchestrer la partition entre les professionnels pour une meilleure prise en charge des patients ;
- mieux former les professionnels à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- explorer de nouvelles voies pour développer la transversalité de cette prise en charge.

Conclusion

Cette étude met en évidence les discordances de perception des acteurs principaux de la prise en charge des diabétiques de type 2 que sont les médecins généralistes et les diabétologues. Il existe des freins à l'orientation du diabétique de type 2 vers le diabétologue. Ceci invite à expérimenter de nouveaux moyens de coordination et de concertation plus efficaces, qui permettent d'inscrire plus précocement les patients diabétiques de type 2 dans un programme global de soins, d'éducation et d'accompagnement.

Conflits d'intérêt et source de financement

Cette étude a été réalisée avec le soutien de Sanofi.

Références

- [1] Robert J, Roudier C, Poutignat N, et al.; comité scientifique d'Entred 2007-2010. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. Bull Épidémiol Hebd (BEH) 2009;42-43:455-60.
- [2] Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwège E, et al. How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. Insights from the French DIABASIS Survey. Diabetes Metab 2010;36:476-83.
- [3] Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwège E, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. Diabetes Metab 2009;35:220-7.
- [4] Bonaldi C, Romon I, Fagot-Campagna A. Impact du vieillissement de la population et de l'obésité sur la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016. Bull Épidémiol Hebd (BEH) 2006;10:69-71.
- [5] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Études et résultats 2009;679:1-8.
- [6] Haute Autorité de santé (HAS). Guide ALD 8 – Diabète de type 2. Juillet 2007. www.has-sante.fr
- [7] Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. BMJ 1998;317:390-6.
- [8] Khunti K, Ganguli S, Baker R, Lowy A. Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes. Br J Gen Pract 2001;51:356-60.
- [9] Hoskins PL, Fowler PM, Constantino M, et al. Sharing the care of diabetic patients between hospital and general practitioners: does it work? Diabet Med 1993;10:81-6.
- [10] McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. Qual Saf Health Care 2007;16:6-11.
- [11] Williams R. Breaking the barriers for improved glycaemic control: primary care and secondary

care interface. Diabet Med 1998;15(Suppl.4):S37-40.

[12] Chapiro O, Varroud-Vial M, Moulouguet M, et al. Opinions comparées des généralistes et diabétologues sur les modes de prise en charge des diabétiques non insulinodépendants en Basse-Normandie. Diabetes Metab 1995;21(Suppl.1):XXXIII [Abstract].

[13] de la Seiglière A, Ketterer JP, Delforge B, et al. Étude de la prise en charge de diabétiques non insulinodépendants en Basse-Normandie. Diabetes Metab 2000;26(Suppl.6):86-94.

[14] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.

[15] Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int J Qual Health Care 2000;12:133-42.

[16] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001;135:825-34.

[17] Bouée S, Detournay B, Balkau B, et al. Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. Bull Épidémiol Hebd (BEH) 2010;42-43:436-40.

[18] Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S, et al. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. Diabetes Metab 1999;25:55-63.

[19] Varroud-Vial M, Henry G, Legrelle M, et al. Évaluation des pratiques de soins dans un réseau de santé diabète. Rev Prat Méd Gén 2006;20:122-4.

[20] Abrahamian H, Schueller A, Mauler H, et al. Transfer of knowledge from the specialist to the generalist by videoconferencing: effect on diabetes care. J Telemed Telecare 2002;8:350-5.

[21] Rutten GE, Maaijen J, Valkenburg AC, et al.; Utrecht Diabetes Project. The Utrecht Diabetes Project: telemedicine support improves GP care in type 2 diabetes. Diabet Med 2001;18:459-63.

[22] Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA 2006;296:427-40.

[23] Coulomb A, Halimi S, Chaskilevitch I. Le Livre Blanc du Diabète. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI^e siècle. Paris: Société francophone du diabète (SFD), décembre 2010.