

Année 2019

2019 TOU3 1118  
2019 TOU3 1119

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
Par

**Solène FOUQUET & Clémence MASSAY**

Le 08 Octobre 2019

### **Ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des complications du diabète de type II**

Directeur de thèse : Dr Claude CORBAZ  
Co-directrice de thèse : Dr Marie-Christine CORBAZ

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

**Président**

**Madame le Docteur Marielle PUECH**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Assesseur**

**Madame le Professeur Brigitte ESCOURROU**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Claude CORBAZ**

**Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LÉOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

## Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

### 2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALU Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Inteme	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Inteme		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M. STILLMUNKES André			

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila

## Nos remerciements

*A Monsieur le Professeur OUSTRIC,*

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et de votre engagement auprès des "jeunes" médecins généralistes. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

*A Madame le Docteur PUECH,*

Nous vous remercions de siéger à notre jury. Nous sommes honorées de vous présenter aujourd'hui ce travail de recherche.

*A Madame le Docteur ESCOURROU,*

Vous avez accepté de siéger à notre jury. Vous nous honorez de votre présence et de votre expérience pour apporter un regard éclairé sur notre travail. Nous vous remercions également pour votre disponibilité et votre aide tout au long de notre parcours d'interne.

*A Monsieur le Docteur CHICOULAA,*

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury. Nous vous en sommes très reconnaissante.

*A Claude, et Marie nos directeurs de thèse,*

Merci pour tout. Vous êtes pour nous un exemple à suivre. Votre parcours et votre investissement nous impressionne. Merci de nous avoir aussi bien accompagnées. De « bébés internes » nous sommes devenues, nous l'espérons, de jeunes médecins accomplies grâce à vous. Nous espérons autant de partages et d'échanges dans notre collaboration future.

*A Nos maîtres de stages,*

Merci pour cet apprentissage à vos côtés.

*A tous les médecins ayant participé à nos entretiens,*

Nous savons que votre temps est précieux et nous vous remercions de nous l'avoir accordé. Merci pour ces échanges autour de ce beau métier.

*A Marilyn et Lionel,*

Merci de faire du secrétariat notre sas de décompression. Merci pour votre aide et votre bonne humeur quotidienne et indispensable.

*A cette belle équipe de la MSP,*

C'est avec plaisir qu'on se joint à vous. A tous nos futurs moments de travail mais surtout aux bons moments partagés (Vous nous connaissez, on ne sera pas les dernières pour mettre l'ambiance... !!)

*A tous ceux qui nous ont aidées (relecteur, traducteur, graphiste ...),*

Merci beaucoup à vous

## Remerciements de Solène

### *A mes parents,*

Maman, merci de m'avoir chouchoutée pendant toutes ces études. Tu es une mère formidable à qui je souhaite ressembler un jour.

Papa, merci de m'avoir transmis la curiosité et l'envie de réussir. Merci de ton soutien sans faille mon papa adoré.

Je sais que vous êtes fiers de moi aujourd'hui. Sachez que je suis très fière de vous montrer ce que j'ai réussi à accomplir grâce à vous.

Je vous aime

### *A mes sœurs,*

Mes deux anges gardiens. Merci pour tout ce lien unique qui nous unis.

Axouille, merci avant tout pour ton aide lors de ce travail. La naine comme j'aime t'appeler, je t'aime.

Soeurette, Marine. Merci pour ta confiance et tes conseils quotidiens. Je suis très fière de toi et du petit cocon que tu as construit si loin de nous avec ce petit cœur Capucine et bébé à venir. Mon Floflo tu es le frère que j'aurais voulu avoir, merci pour tout.

### *A mes grands-parents,*

Papi poulette, Mamie et Papi Bordeaux, j'aurais tant aimé que vous soyez présents. Vous m'avez quittée pendant ces dures années de médecine, aujourd'hui la boucle est bouclée. Vous me manquez.

Mamie poulette, ma deuxième maman. Merci mamie pour ton amour, nos partages, tous ces moments passés ensemble, ces diners en P1, ces vacances et ces révisions au cabanon de la mer. Sache qu'à mon tour je serai toujours là pour toi.

### *A ma belle-maman,*

Jacqueline, vous m'avez accueillie, soutenue et choyée depuis mon arrivée dans la vie de Guillaume. Merci pour votre confiance et votre bienveillance au quotidien. J'espère vous offrir encore bien d'autres moments heureux en famille.

J'ai une pensée pour René que je regrette sincèrement de ne pas avoir connu.

### *A mes Meilleures amies, Joanna et Marion,*

Merci pour cette superbe amitié dans les bons comme les très mauvais moments. Je suis très admirative de ce que nous sommes devenues. Trois amies adolescentes et aujourd'hui trois femmes heureuses et accomplies. Je vous aime.

Avec Matteo et Alex, puisse l'avenir nous offrir à tous les six des moments radieux.

*A mes copiiiiines Julia, Mandou, Ley,*

Vous qui rendez la vie si drôle, si belle et si imprévisible parfois. Que de mots d'amour pour vous les filles mais je n'aurais pas eu la même vie sans vous. Un petit mot pour Fabien et Quentin vos chéris. Et à tous les bons moments, tout autour du monde, qui nous attendent.

*A mes amis de Castres,*

Je suis sincèrement touchée de votre présence aujourd'hui. Merci pour votre accueil dans ce coin de France où je me sens aujourd'hui chez moi.

Charlotte, Patrice, merci d'être toujours présents et partants pour des moments ensemble (pour boire des mojitos ou ces temps-ci abattre des forêts).

*A toi Clémence,*

Je te remercie tout particulièrement Clémence, ma co-thésarde, future collaboratrice et avant tout amie.

Le hasard de l'internat nous aura fait croiser nos routes et aujourd'hui nous sommes sur le point de « plonger » dans un avenir professionnel commun.

Notre entente n'aura connu aucune faille lors de ce travail et nous aura valu des heures et des heures de papotages, de rires et de stress (nos trois spécialités). Je compte sur nous pour toujours apprécier nos débriefings quotidiens et si spontanés de consultations !

Tu es une amie chère à mon cœur.

Je pense à ton si beau petit garçon Arthur, et à Romain qui je le sais aujourd'hui sont comme moi très impressionnés et fiers de la maman et du médecin que tu es devenue.

Je souhaite plein de bonheur à ta jolie famille.

*A Guillaume,*

Mon baby, ma moitié. Je te remercie pour ta présence au quotidien, notre complicité et tous ces moments de bonheur. L'année 2019 n'est que les prémices de belles choses que nous vivrons ensemble.

Malgré ma pudeur et que tu le saches déjà, je souhaitais tracer ces mots ici : je t'aime.

## Remerciements de Clémence

*A toi Solène* ... quelle aventure ! On a quand même fini par y arriver !  
Ce travail aura été l'occasion d'apprendre à te connaître, j'y ai découvert une super collègue et une amie. Merci d'être là, merci pour ton soutien et ton écoute (et ce n'est pas rien !).

A notre collaboration si bien débutée, elle sera faite de travail certes, mais surtout de rires et de partages j'en suis certaine !

Merci aussi à toi *Guillaume* pour ton aide. Grâce à toi j'ai la chance d'avoir une collègue heureuse et épanouie. Je vous souhaite, à tous les deux, plein de beaux et bons moments.

*A ma Maman*, que de chemin parcouru depuis ce jour de pluie ! Merci pour tout, tes bons conseils, les heures passées au téléphone, notre complicité, et tout l'amour que tu nous donnes chaque jour. Tu es un exemple, le mien.

Je t'aime très fort

*A Jacky*, si tu savais à quel point le "trouillomètre" est haut aujourd'hui ! Merci pour tes conseils et ta bonne humeur ! Je t'embrasse

*Papa*, je te sais fier de moi aujourd'hui, je voulais que tu saches à quel point je le suis de toi. Tu as toujours cru en moi.

Je t'aime infiniment

*Merci à toi Sonia* d'avoir été présente depuis mes premiers jours d'étudiante. Merci pour ton soutien. Je t'embrasse

*A mon frère Paul*, plus le temps passe et plus je nous sens proches, gardons ce lien. Quelle jolie famille vous faites, je vous aime fort *Capucine, Marius* et toi...

*A mes petites sœurs chéries, Camille et Sarah*. Réalisez vos rêves les plus fous, n'ayez jamais de regrets. Je serai toujours là, je vous aime plus fort que l'univers !

*A mes Mamies*, pour ces souvenirs d'enfance si précieux et ceux à venir. Merci d'être là. Je vous embrasse très fort.

*A mes Papys*, qui je pense sont fiers de moi aujourd'hui. Faites la fête pour moi là-haut, vous me manquez énormément...

*A toi "Tata Chouchou"* depuis le temps qu'on imagine ce jour, nous y voilà !  
Merci d'être là pour nous, je t'embrasse

*A ma belle-famille* et surtout à **Myriam** et **Patrick**. Merci de m'avoir accueillie dans vos vies, vous avez pris une grande place dans la mienne. Merci de votre soutien et de votre aide. Merci aussi à toi **Loïck**, mon beau-frère préféré et super tonton!

***“Il y a les amis, il y a la famille et il y a les amis qui deviennent une famille”***

Le lycée, la fac, le Tarn, je me sens chanceuse, si bien entourée !

De près ou de très loin (très très loin même !) vous m'avez toujours soutenue.

Merci simplement d'être là, d'être vous, je vous aime énormément.

A l'été 2006 qui a bouleversé ma vie, rien ne serait pareil ...

*A ma Zazou*, je ne te remercierai jamais assez. A la super marraine que tu es, à ma merveilleuse amie. A tous nos fous rires et moments partagés. “Gogole” pour toujours, je t'aime

*A Romain*, mon amour, merci pour ton soutien sans faille, ta patience et ton sourire. A toutes les belles années et aventures qui nous attendent. Je t'aime tellement ...

*A mon petit homme* qui me rappelle chaque jour que la vie est belle.

**Arthur**, ton sourire et tes éclats de rire font mon bonheur. Je t'aime plus que tout mon loup d'amour...

## 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.

# SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS .....	4
INTRODUCTION .....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	7
I.    Méthodologie choisie .....	7
A.    La méthode qualitative.....	7
B.    Principe de réflexivité.....	7
C.    Les entretiens.....	7
II.   Echantillonnage .....	8
A.    Sélection des participants.....	8
B.    Méthode de recrutement .....	8
C.    Motifs de refus de participation .....	9
III.  Recueil des données.....	9
A.    Conditions de recueil .....	9
B.    Connaissances des participants .....	9
C.    Elaboration du guide d'entretien.....	10
D.    Retranscription.....	10
E.    Saturation des données .....	11
IV.  Analyse .....	11
A.    Type d'analyse.....	11
B.    Triangulation des chercheuses .....	12
C.    Triangulation des données .....	12
D.    Gestion des divergences.....	12
V.   Ethique .....	12
A.    Aval de la commission d'éthique.....	12
B.    Consentement des participants.....	13
C.    Anonymisation des données .....	13
RESULTATS.....	14
I.    Caractéristiques de l'échantillonnage .....	14
II.   Entretiens réalisés et diagramme de flux .....	14
III.  Evolution du guide d'entretien.....	15
IV.  Raisons de l'arrêt du recueil des données .....	15
V.   Importance de la relation médecin malade .....	16
A.    Un panel de sentiments, fondement de la relation .....	16
1.    Un lien par la confiance et l'honnêteté.....	16
2.    Perturbée par une certaine crainte.....	16
3.    Relation conflictuelle.....	16
B.    Impactée par l'implication des diabétiques.....	16
1.    Une motivation variable.....	16
2.    Puissance de l'adhésion .....	17
C.    Considération de la psychologie du patient .....	17

VI.	Prise en charge conditionnée par la spécificité de chaque médecin .....	17
A.	Se placent au centre du suivi du diabétique .....	17
1.	Comme un premier recours investi .....	17
2.	Marqués par des patients au suivi difficile .....	18
B.	Des habitudes et une formation propre .....	18
1.	« Une routine » personnalisée .....	18
2.	Sentiment d'importance d'une formation adéquate .....	18
C.	Autocritique et introspection des médecins face à leur pratiques .....	18
1.	Satisfaction d'une prise en charge correcte .....	19
2.	Remise en question .....	19
D.	Sentiment d'un manque de reconnaissance.....	19
VII.	Un suivi qui paraît complexe et répétitif.....	20
A.	Usés par une pathologie chronique .....	20
1.	Chronique, insidieuse et source de frustration .....	20
2.	Multitude de points de contrôle.....	20
3.	« Tenir le rythme ».....	20
B.	Evolution actuelle vers consommation de soins .....	21
C.	Un suivi à planifier dans le temps.....	21
D.	Impact du suivi à domicile.....	21
1.	Une population nécessitante.....	21
2.	Un autre rôle du soignant.....	21
3.	Une moins bonne efficacité.....	22
VIII.	Freinés par le manque de moyens .....	22
A.	Humain .....	22
B.	De temps et de moyens organisationnels .....	22
C.	Financiers .....	23
1.	Rémunération des médecins.....	23
2.	Financement des examens de suivi .....	23
D.	Information .....	23
IX.	Un suivi influencé par l'éducation .....	23
A.	Sentiment d'une place prépondérante dans la prévention des complications.....	23
1.	L'éducation essentielle à l'amélioration du suivi .....	24
2.	Nécessite un investissement perpétuel .....	24
3.	Paradoxalement parfois délétère .....	24
B.	Nécessité de s'appuyer sur de nombreux partenaires à l'éducation .....	24
1.	Un rôle à jouer par le médecin généraliste .....	24
2.	Un relai en structures .....	24
C.	Evolution sociétale vers un coaching.....	25
1.	Loin des structures hospitalières .....	25
2.	Individualisé .....	25
X.	La coordination, nécessaire, incontournable mais non évidente .....	25
A.	« L'union fait la force » .....	25
1.	Effet positif du travail en équipe dans les MSP .....	25

2.	Stimulés par l'accueil d'étudiants .....	26
3.	Besoin et recours au spécialiste.....	26
4.	Travail avec les structures hospitalières.....	26
B.	Pas de coordination sans communication ! .....	26
C.	Pensent qu'il existe des limites et des obstacles au travail coordonné .....	27
1.	Un sentiment de mise en concurrence, une confiance fragile .....	27
2.	Le double suivi problématique.....	27
3.	Inutilité du programme SOPHIA (Service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie) .....	27
D.	Par un support informatique .....	27
XI.	Des médecins généralistes optimistes et tournés vers de nouvelles solutions .....	28
A.	Les journées de dépistages organisés.....	28
1.	Faisabilité-utopie .....	28
2.	Partagés entre l'ambulatoire et l'hospitalier.....	28
3.	Le constat d'une réussite.....	28
B.	Le dépistage itinérant.....	28
1.	Un concept attrayant .....	28
2.	Un certain scepticisme .....	29
C.	Le système Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe) .....	29
1.	Un rôle à jouer .....	29
2.	Loin d'être parfait .....	29
D.	Un suivi obligatoire ?.....	29
E.	Vers une émergence de nouveaux outils.....	30
F.	S'intéressent aux actions de la CPAM.....	30
	DISCUSSION .....	31
I.	Une diversité des ressentis.....	31
A.	Une dynamique positive .....	31
B.	De nombreux freins au dépistage.....	33
II.	Critique de la recherche .....	35
A.	Forces de l'étude.....	35
1.	Originalité et choix de la méthode .....	35
2.	Validité interne et externe de l'étude .....	35
B.	Faiblesses de l'étude.....	35
III.	Perspectives .....	36
A.	Des médecins optimistes tournés vers l'avenir .....	36
B.	« Chronic care model ».....	37
C.	Concept issu du « brainstorming ».....	38
	CONCLUSION.....	39
	BIBLIOGRAPHIE.....	40
	ANNEXES.....	43

# LISTE DES ABREVIATIONS

IDM : Infarctus Du Myocarde

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ALD : Affection Longue Durée

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1C : Hémoglobine glyquée

ECG : Electrocardiogramme

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

DIAMIP : Réseau diabète en Midi-Pyrénées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

CPAM : Caisse Primaire Assurance Maladie

IPS : Index de Pression Systolique

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

ETP : Education Thérapeutique du Patient

SOPHIA : Service d'Accompagnement des malades Chroniques de l'Assurance Maladie

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

# INTRODUCTION

Le diabète est une pathologie métabolique chronique caractérisée par une hyperglycémie. Il existe plusieurs types de diabètes, le diabète de type 2 est le plus fréquent (92% des cas) et touche en majorité les adultes. Dans ce diabète, l'excès durable de glucose dans le sang est dû à une insulino-résistance et / ou une insulino-pénie (1). Cette maladie apparaît progressivement et insidieusement. Souvent asymptomatique au début de son évolution, il s'écoule en moyenne 5 à 10 ans entre l'apparition des premières hyperglycémies et le diagnostic.

La gravité de cette affection réside dans l'apparition de complications micro-vasculaires et macro-vasculaires. Les conséquences sont sévères : elles représentent la 1<sup>ère</sup> cause de cécité avant 65 ans (2) et d'amputation non traumatique, une des deux principales causes de dialyse rénale (3) et une source importante d'événements cardiaques et vasculaires.

En 2016, sur 100 000 diabétiques, 244 ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde (IDM), 596 pour un accident vasculaire cérébral (AVC), 255 pour une amputation du membre inférieur et 133 ont été dialysés ou greffés (1).

La prévalence des patients atteints de diabète a presque doublé depuis 40 ans passant de 4,7% à 8,5% de la population adulte mondiale (4).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit qu'à l'horizon 2030, le diabète sera la 7<sup>ème</sup> cause de décès dans le monde (4).

En Occitanie, la prévalence de 4,6% est légèrement inférieure à la moyenne nationale de 5% soit environ 3,3 millions de français (5) (1). 13980 Affections longue durée (ALD) concernaient le diabète dans le Tarn en 2016.

Cette prévalence augmente d'année en année en partie par le vieillissement de la population et les modifications des modes de vie. Le diabète est donc un coût important de santé publique, 12,5 milliards d'euros de remboursement de l'assurance maladie en 2007. Les dépenses hospitalières et les traitements représentant deux tiers de ce coût. Les honoraires médicaux et les soins infirmiers constituant à parts égales environ 8% des dépenses (6).

Malgré l'existence de recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de Santé (HAS)(7), un nombre important de diabétiques ne bénéficient pas d'un suivi idéal. En effet, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (8) avait pour but d'améliorer ce suivi en atteignant une surveillance conforme pour 80% des patients.

Selon l'étude ENTRED 2007-2010 cet objectif n'est pas atteint. Dans le suivi des complications néphrologiques seulement 28% des patients réalisent une microalbuminurie annuelle. De même, moins de la moitié des diabétiques bénéficient d'une Hémoglobine glyquée (HbA1c) trimestrielle, d'un électrocardiogramme (ECG), d'un bilan ophtalmologique et dentaire durant l'année (6).

Lors de nos stages en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) nous avons pu participer à un projet de santé en coopération avec l'association de santé DIAMIP (réseau diabète en Midi-Pyrénées) destiné à la population diabétique. Lors du recrutement des patients nous avons pu mettre en évidence les mêmes difficultés dans le suivi qu'à l'échelon national dans le dépistage des complications.

Il semble être dans le rôle et les missions du médecin généraliste ambulatoire de premier recours de s'adapter aux contraintes démographiques et économiques actuelles (2). Dans cette logique les professionnels de santé aspirent à mieux coopérer entre eux et à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients (9).

Au vu des bénéfices liés à une prévention optimale, nous nous sommes questionnées sur ce qui pouvait entraver ou faciliter la mise en œuvre du dépistage des complications.

Nous avons choisi de mener une étude qualitative sur le vécu des médecins généralistes du département du Tarn.

L'objectif principal de la question était d'analyser leur ressenti face au dépistage des complications du diabète de type II.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I. Méthodologie choisie

### A. La méthode qualitative

La méthode qualitative est adaptée à la question de recherche grâce à son approche compréhensive (10). Par cette approche, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la "vraie vie" du clinicien et la "science dure" (11).

Cette étude a été menée de Novembre 2017 à Juillet 2019.

Les chercheuses se sont imprégnées de cette méthode par une recherche bibliographique initiale ainsi que par la participation aux ateliers méthodologiques proposés par les enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) à la faculté de Toulouse.

### B. Principe de réflexivité

Les chercheuses ont réfléchi avant et tout au long du travail à leur place dans l'étude et en quoi leur statut a pu influencer la recherche. Cette méthode de déconstruction avait pour objectif de limiter l'influence du savoir des chercheuses avec ce qui ressortait des données (12).

### C. Les entretiens

Il a été choisi pour cette recherche d'allier les focus group aux entretiens individuels. Cela a permis de recueillir un maximum d'idées sur la question principale en diversifiant les méthodes de recueil.

#### - Les focus group :

2 focus group semi-directifs ont été organisés en début et fin d'étude. Ce sont des entretiens collectifs de 6 médecins. Les séances sont semi-dirigées par un animateur à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi. Les questions étaient ouvertes pour favoriser la liberté d'expression. L'animatrice a été attentive à la prise de parole afin qu'il

n'y ait pas de leader et que chacun puisse donner son point de vue. Les focus group ont eu l'avantage de créer une dynamique intéressante, amenant les intervenants à échanger leurs idées par la discussion (13). Les séances étaient observées par trois personnes afin de noter les aspects non verbaux des échanges.

- Les entretiens individuels :

5 entretiens individuels ont été menés, 4 entre les focus group et un dernier en toute fin d'étude. Cette méthode était adaptée à l'expression des médecins sur leurs pratiques et leurs difficultés. Les entretiens étaient menés par une des deux chercheuses qui était alors à la fois animatrice et observatrice. Le même guide d'entretien que pour les focus group a été utilisé.

## II. Echantillonnage

### A. Sélection des participants

La population à étudier était définie par : médecins généralistes exerçant dans le département du Tarn. Les chercheuses ont souhaité avoir un panel de médecins diversifié afin d'obtenir un grand nombre d'éléments pouvant répondre au sujet de recherche.

Dans cette méthode l'important est d'avoir un échantillon représentatif qualitativement et non quantitativement. Les caractéristiques sociologiques ont été recueillies par un questionnaire avant les entretiens (Annexe 1). La suite de la sélection s'est faite en fonction des caractéristiques des premiers participants pour avoir des profils variés. L'échantillonnage a donc été raisonné (14).

### B. Méthode de recrutement

Les chercheuses ont présélectionné un nombre de médecins à contacter selon certaines caractéristiques. Le recrutement s'est avant tout effectué par connaissances personnelles et professionnelles des chercheuses et des directeurs de thèse. Celui-ci a été plus difficile pour les chercheuses lors des derniers entretiens. Les profils manquants étant souvent ceux ayant donné une réponse défavorable. Le sexe, l'âge, le mode d'exercice (seul, en groupe, MSP, maître de stage) ont fait partie des critères de recherche.

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone. En cas d'accord de principe, ils recevaient un mail récapitulatif du déroulement, la durée approximative et les modalités pratiques de l'entretien (Annexe 2). Une semaine avant les entretiens les participants recevaient un mail de rappel afin qu'ils donnent la confirmation de leur participation.

### C. Motifs de refus de participation

Les médecins ont la plupart du temps donné une réponse négative par manque de disponibilité. Certains n'ont pas pu être contactés directement, un grand nombre de messages laissés aux secrétariats sont restés sans réponses. Deux médecins convoqués ne sont pas venus le jour des focus group pour raisons personnelles.

## III. Recueil des données

### A. Conditions de recueil

Lors des focus group, les participants ont été accueillis et informés des modalités de la réunion. Ils se sont librement installés autour d'une table dans un lieu calme et favorable à la discussion. Deux animatrices différentes ont animé les réunions, la première était une coordinatrice de MSP diplômée en sociologie, la deuxième était une de nos directrices de thèse. Les deux chercheuses ainsi que leur directeur de thèse ont pris le rôle d'observateur afin de relever la dynamique de groupe et les comportements non-verbaux (15).

Pour les entretiens individuels les modalités de déroulement ont été rappelées aux médecins. Chaque entretien a été mené par une des deux chercheuses.

Tous les entretiens ont été enregistrés numériquement à l'aide d'un ou deux smartphones.

### B. Connaissances des participants

#### - Vis à vis des chercheuses :

Les médecins ont été informés au préalable que les deux chercheuses étaient internes en médecine générale. Ils savaient que les entretiens constituaient le recueil des données du travail de recherche qualitative.

- Sur la question de recherche :

Lors de la convocation, les participants étaient prévenus que le sujet de la recherche était le diabète. La question de recherche ne leur avait cependant pas été détaillée pour ne pas risquer une documentation préalable (15).

C. Elaboration du guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été menés par l'animatrice à l'aide d'un guide. Les données de la littérature recueillies sur le suivi des complications du diabète ont permis d'élaborer le guide d'entretien en retenant les thèmes les plus pertinents. Il a été finalisé lors d'un atelier sur la recherche qualitative du DUMG Toulousain et validé par les directeurs de thèse (Annexe 3).

La première question, bris de glace, demandait aux participants d'évoquer une expérience personnelle dans le suivi d'un diabète. Composé de huit questions ouvertes il avait pour but d'amener à la discussion et de libérer les échanges. Le guide était fait en plusieurs parties explorant le ressenti des médecins généralistes : le suivi du diabète, les leviers et les freins au dépistage des complications et leur vision d'un suivi idéal. Une stratégie d'intervention de l'animatrice par l'intermédiaire de questions de relance du sujet était définie en cas de besoin. Le guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement des rencontres (16) (12).

D. Retranscription

Les chercheuses ont retranscrit de façon intégrale et littérale sur le logiciel Word l'ensemble des entretiens pour obtenir le "verbatim" (Annexe 4). Le premier focus group a été retranscrit par les deux chercheuses ensemble afin d'établir les règles d'écriture. Les suivants ont été faits de manière individuelle par l'une des chercheuses.

Les attitudes, émotions ou intonations notées pendant les entretiens, ont été retranscrites dans une couleur différente du verbatim par les chercheuses.

L'entretien était réécouté conjointement pour résoudre les désaccords de retranscription.

#### E. Saturation des données

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été déterminé par avance. Ceux-ci ont été arrêtés à l'obtention de la saturation des données (14). Elle est obtenue lorsque l'analyse des entretiens ne donne pas de nouvelles réponses à la question de recherche.

### IV. Analyse

#### A. Type d'analyse

Lors de cette recherche deux types d'analyses ont été effectuées.

La première longitudinale suivie de l'analyse transversale selon la méthode de la théorie ancrée formalisée par Glaser et Strauss (17) (18).

##### - Analyse longitudinale :

A la fin de chaque entretien, une synthèse était menée par les chercheuses et animatrices lors des focus group. Elle permettait une contextualisation favorisant l'analyse du verbatim. L'objectif était de rapidement fixer la dynamique des entretiens, les ressentis et les idées abordées. (Annexe 5)

##### - Analyse transversale :

Cette approche repose sur l'analyse phrase par phrase des données retranscrites. Elle n'utilise pas de grilles ni de thèmes préalablement définis.

Le verbatim a été divisé en unités de sens (morceau de phrase ayant un sens propre). La comparaison permanente de celles-ci a permis l'émergence de codes (la codification). Un code correspond à plusieurs unités de sens exprimant la même idée (11).

L'accumulation de ces codes a permis l'émergence de concepts plus larges dans lesquels pouvaient être regroupés les codes de même signification : la catégorisation (11). Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens un retour en arrière sur les codes déjà existants était effectué par les chercheuses. Cette méthode évitait les redondances. Au cours de la catégorisation, des thèmes se sont révélés en relation avec la question de recherche.

Ces étapes ont été opérées séparément par les chercheuses puis mises en commun.

Ce travail a été effectué et organisé manuellement dans un tableau via le logiciel Excel (Annexe 6). Le tableau s'est enrichi tout au long de l'étude et a été réorganisé de manière lisible en thèmes, catégories, sous-catégories et codes.

Les chercheuses, lors de leur analyse, se sont efforcées de prendre en compte le contexte d'énonciation.

#### B. Triangulation des chercheuses

Chaque chercheuse a réfléchi individuellement à la catégorisation et à la thématisation. Elles ont ensuite confronté leurs réflexions afin d'obtenir le tableau d'analyse définitif. Celui-ci a également été validé par les directeurs de thèse.

#### C. Triangulation des données

A la fin de l'analyse transversale des entretiens et au début de la thématisation, il a été organisé une réflexion commune autour des résultats. Les chercheuses, les directeurs de thèse, une coordinatrice en santé et deux internes ont pu partager leurs avis. Il est ressorti de ce travail un schéma illustrant les principaux résultats et les perspectives répondant à la question de recherche. (Annexe 7)

#### D. Gestion des divergences

S'il y avait des désaccords dans l'analyse, les chercheuses réintégraient le verbatim dans son contexte par la relecture de la retranscription et/ou la réécoute de l'entretien.

## V. Ethique

#### A. Aval de la commission d'éthique

Le projet de cette étude a été soumis à la commission d'éthique du DUMG de Toulouse le 16/01/2018. Un avis favorable a été donné (Annexe 8).

## B. Consentement des participants

Chaque participant a signé avant le début des entretiens un formulaire de recueil de consentement éclairé. Ils ont reçu avant la signature une note d'information rappelant le déroulement de l'étude et l'utilisation des données (Annexe 9) (13).

## C. Anonymisation des données

Les médecins ont été informés de l'anonymisation des données enregistrées et de leur destruction en fin de recherche. Cette anonymisation a permis de garantir la libre expression de chacun. Lors de la retranscription les chercheuses ont identifié les participants arbitrairement par une lettre (Mr A, Mr B, Mme C...), les lieux et les personnes cités ont également été anonymisés.

# RESULTATS

## I. Caractéristiques de l'échantillonnage

17 médecins ont participé aux entretiens, 12 lors des focus group (Annexe 10). L'échantillon était composé de 7 femmes (41,18%) et de 10 hommes (58,82%), la moyenne d'âge était de 48,65 ans avec un panel allant de 30 à 67 ans.

Tous les médecins interrogés étaient installés, avec une installation allant de quelques semaines à 42 ans. Le mode d'exercice était varié, 6 exerçaient seuls, 6 en cabinet de groupe et 5 en MSP.

Parmi les 17 participants, 9 étaient maîtres de stage universitaire (MSU), 1 seul délivre des enseignements à la faculté de médecine.

Une grande majorité (12 des médecins) participait régulièrement à des groupes de pairs.

La distance entre le lieu d'exercice et les spécialistes était variable, pour le cardiologue et l'ophtalmologue 13 étaient à moins de 15 kilomètres (km), 1 entre 15 et 30 km et 3 à plus de 30 km ; pour l'endocrinologue 7 à moins de 15 km, 7 entre 15 et 30 km, 3 à plus de 30 km.

## II. Entretiens réalisés et diagramme de flux

7 entretiens ont été réalisés entre le 22/02/2018 et le 03/07/2019 afin d'obtenir la saturation des données théoriques. Les entretiens ont tous eu lieu dans le sud du Tarn.

Le premier entretien était un focus group composé de 6 médecins, il a duré 1 heure et 43 minutes. Il a été suivi par 4 entretiens individuels ayant tous eu lieu dans le cabinet des médecins à l'exception d'un réalisé au domicile du médecin.

Le deuxième focus group était lui aussi composé de 6 médecins il a duré 48 minutes.

Le dernier entretien pour vérifier la saturation des données a eu lieu au cabinet du médecin et a duré 13 minutes.

Les deux focus groups ont été réalisés dans une salle de réunion de l'hôpital local (Hôpital du Pays de l'Autan Castres-Mazamet).

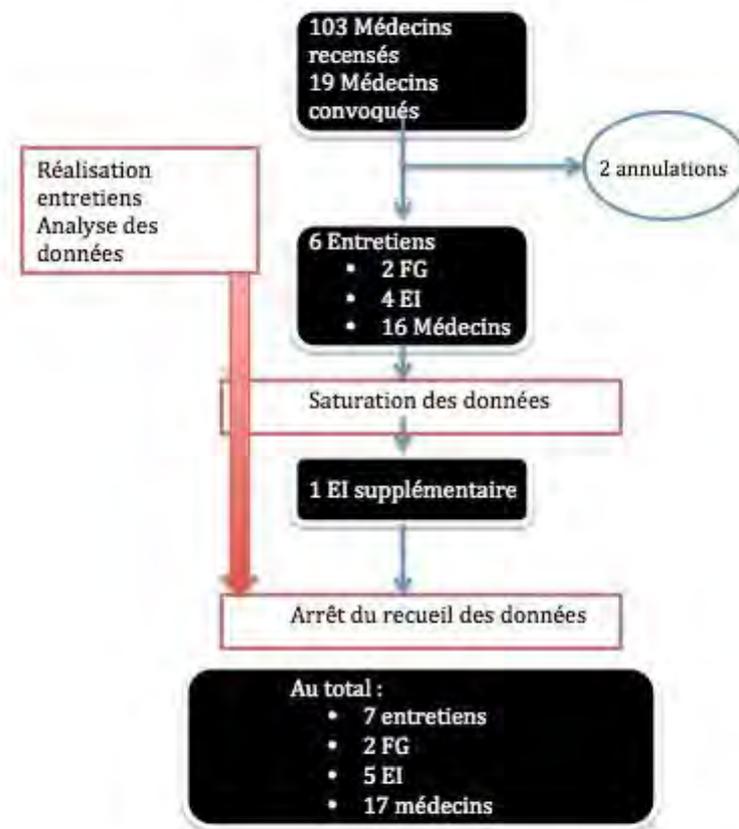


Figure 1 : Diagramme de flux

### III. Evolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé lors du premier focus group, malgré le non-respect strict de l'intitulé des questions il n'y a pas eu de modifications au cours du travail de recherche. Les questions ont été comprises par l'ensemble des participants, l'enchaînement s'est effectué de manière naturelle et tous les thèmes ont été abordés au cours des entretiens.

### IV. Raisons de l'arrêt du recueil des données

La saturation des données a été obtenue lors de l'analyse du deuxième focus group. Un dernier entretien individuel a permis de la confirmer. Aucune nouvelle idée concernant la question de recherche n'a été évoquée lors des deux derniers entretiens, aucun nouveau thème n'en est ressorti. Les profils des médecins étaient variés.

## V. Importance de la relation médecin malade

### A. Un panel de sentiments, fondement de la relation

#### 1. *Un lien par la confiance et l'honnêteté*

D'après les médecins les patients se confiaient plus aujourd'hui en consultation « leur histoires privées qui sont beaucoup plus dévoilées aujourd'hui au cabinet » (FG1) et n'hésitaient pas à dire la vérité « On s'est lâchés complètement » (FG1).

#### 2. *Perturbée par une certaine crainte*

Il existait de la part des patients une méfiance qui semblait récente envers les traitements, « on doit lutter maintenant aujourd'hui contre une certaine résistance thérapeutique du diabétique » (FG1) et le suivi dans son ensemble malgré un effort de « prise en charge non sanctionnante » (FG1) des médecins généralistes.

#### 3. *Relation conflictuelle*

Certains médecins ressentaient de la colère face à des patients qui s'amusaient à les « mettre en défi » (FG1) [souffle, grogne] en prenant des risques inconsidérés pour leur santé.

### B. Impactée par l'implication des diabétiques

#### 1. *Une motivation variable*

Les médecins généralistes constataient une fluctuation de la motivation de leur patientèle au cours du temps et en fonction des examens demandés « il y a des moments où ils le prennent à cœur » (FG2). L'investissement des patients dans leur prise en charge permettait un meilleur suivi « quand il prend en charge ça c'est le meilleur moyen pour arriver à éviter les complications » (EI2).

## 2. *Puissance de l'adhésion*

L'ensemble des médecins étaient d'avis que le suivi dépendait grandement de l'adhésion du patient. Elle était ressentie facilitatrice mais d'autant plus freinante en cas d'absence « bien sûr il y en a qui n'iront jamais nulle part » (EI4) « la meilleure prévention c'est le patient lui-même » (EI2). Cette constatation concernait l'ensemble du suivi diabétique : observance des traitements « (...) si vous connaissiez l'observance de vos patients vous seriez affolés » (FG1) ; réalisation des examens et consultations de suivi « quand il y a un patient compliant non honnêtement j'ai pas trop de difficultés » (EI2).

Un médecin relevait également une adhésion malmenée par « (...) les intolérances médicamenteuses, les intoxications, les mauvais médicaments » (FG1) prônés par la société.

### C. Considération de la psychologie du patient

Le profil psychologique des patients n'était que très peu considéré lors du suivi malgré une utilité certaine dans la relation. Deux médecins relevaient le non dépistage des syndromes dépressifs leur paraissant pourtant nécessaire au bon équilibre « (...) si on les avait traités par rapport à une dépression (...) on aurait certainement un meilleur équilibre » (FG1).

## VI. Prise en charge conditionnée par la spécificité de chaque médecin

### A. Se placent au centre du suivi du diabétique

#### 1. *Comme un premier recours investi*

Tous les médecins généralistes s'accordaient pour dire que le diabète était du ressort du médecin traitant « je pense qu'on est vraiment en première ligne pour que le dépistage des complications soit efficient et fait » (FG2) et que la gestion était ambulatoire. Un des médecins se plaçait plutôt dans « un rôle de coordonnateur, de superviseur (...) » (FG2).

La majorité des médecins pensait que le suivi était solitaire et que le recours aux spécialistes notamment endocrinologues et néphrologues ne leur était pas indispensable « diabétologue endocrino on en a pas besoin, on sait pas pourquoi ça existe ça hum » [rire] (FG2).

Ils s'estimaient fortement investis pour leurs patients « on essaie de faire au mieux » (EI3) et disponibles.

## *2. Marqués par des patients au suivi difficile*

Les médecins se sont souvenus avoir été touchés par des suivis compliqués « on se souvient toujours plus des patients compliqués que des patients simples et bien rangés » (FG1). L'un d'entre eux s'est montré gêné face à un échec de prise en charge « j'espère que tu ne pourras pas donner mon nom comme médecin traitant » (FG1).

## **B. Des habitudes et une formation propre**

### *1. « Une routine » personnalisée*

Un grand nombre de participants avaient leurs habitudes. Ils menaient chacun leur consultation d'une manière propre « en général je fonctionne de la même façon pour tous les diabétiques de type II » (EI3). Chaque médecin semblait attentif à organiser un suivi personnalisé et adapté à ses patients (âge, stade de la maladie, environnement familial, activité, croyances, sexualité) « il faut peut-être cibler autrement et individuellement plutôt que de faire du global » (FG1) ; « ce qui m'intéressait ce n'était pas le malade mais aussi l'être humain » (FG1).

### *2. Sentiment d'importance d'une formation adéquate*

La formation initiale se révélait inégale selon les territoires et le passé médical de chaque médecin. Elle était majoritairement hospitalo-centrée pour les médecins interrogés « je suis passé en diabéto » (EI5) ; « j'étais formé à (ville universitaire du Nord) » (FG1). Les médecins se sentaient mis en défaut par le manque de connaissances « je suis pas très très bon sur la néphro du diabétique (...) je suis un peu con devant ça (...) je suis dans un truc à l'aveugle » (EI3). Il était souhaité par plusieurs médecins l'amélioration de leur pratique en effectuant de la formation continue. Certains avaient déjà participé à des congrès et des formations médicales continues (FMC) « (...) j'ai presque tout appris sur le suivi du diabétique en faisant des formations, des séminaires (...) » (FG1).

## **C. Autocritique et introspection des médecins face à leurs pratiques**

### *1. Satisfaction d'une prise en charge correcte*

Les médecins estimaient connaître la maladie diabétique : les symptômes, les complications, les traitements et les recommandations de suivi. Ils étaient dans l'ensemble satisfaits du suivi actuel de leurs patients « on s'était rendu compte que dans mes diabétiques y'avait un suivi relativement correct, un suivi on va pas dire optimal (...) » (EI2). En majorité ils trouvaient les diabétiques mieux soignés aujourd'hui « les diabétiques n'ont jamais été aussi bien pris en charge aujourd'hui qu'il y a 20-30 ans hein » (FG1).

### *2. Remise en question*

Des questionnements émergeaient vis-à-vis de leur efficacité dans la prise en charge du diabète. Ils ne se trouvaient parfois pas à la hauteur « je me demande si j'ai pas été assez bon dans mes explications » (EI3) ; « peut-être à cause de nous » (EI1). Il existait même pour certains un sentiment de culpabilité devant un diabète déséquilibré « j'ai culpabilisé forcément, parfois on a le sentiment de prêcher dans le désert [baisse les yeux et s'éloigne de la table] » (FG1).

Les médecins avaient conscience de leurs limites liées à leurs propres faiblesses et à l'inertie des patients. Ils avouaient ne pas être assez rigoureux dans leur examen clinique et ne pas être systématiques dans l'adressage vers les spécialistes « c'est pas toujours nickel nickel » (EI4) ; « (...) c'est un peu nous peut-être aussi qui devons nous mettre en question » (FG2).

Par l'échec inévitable de certains suivis, ils ressentaient un sentiment d'impuissance, d'échec et d'agacement « on sait aussi qu'il y a des diabétiques qui sont perdus, ces diabétiques-là malheureusement on continue à les soigner en disant jusqu'à présent ça tient » (FG1). Un des médecins était excédé face au comportement à risque de son patient, allant même jusqu'à remettre en cause la prise en charge à 100% « dans l'idéal je pense qu'il faudrait presque refuser le tiers payant des diabétiques qui fument » (FG1).

### **D. Sentiment d'un manque de reconnaissance**

Lors du premier focus group, les médecins ne se sentaient pas suffisamment considérés par rapport aux responsabilités engagées. Ils se sentaient évincés dans la prise en charge

« mais c'est vrai que je suis un peu laissé sur la touche même avec l'hôpital » (FG1). Ils pensaient que le travail du généraliste ne pouvait pas se limiter à l'adressage au spécialiste. Pour eux la reconnaissance n'était pas fonction de la rémunération « rien à faire sur la participation financière de la consultation c'est pas l'objectif » (FG1).

## VII. Un suivi qui paraît complexe et répétitif

### A. Usés par une pathologie chronique

#### 1. *Chronique, insidieuse et source de frustration*

Les médecins comparaient le diabète aux autres maladies chroniques (Hypertension artérielle, Bronchopneumopathie chronique obstructives) pointant les mêmes soucis. Il fallait à chaque fois remotiver le patient, « relancer la machine » (FG2) afin d'éviter le renoncement aux soins « il y a des moments ils décrochent, c'est des décrocheurs » (FG2).

Les restrictions alimentaires imposées par le diabète étaient perçues par un des médecins comme une source de frustration importante pour ses patients « (...) le diabétique qui veut se suivre et se contrôler c'est un type qui se frustre constamment » (FG1).

Le déni des patients dû à l'absence de symptômes du diabète était un obstacle au dépistage des complications.

#### 2. *Multitude de points de contrôle*

Les médecins ont listé un nombre important de contrôles à réaliser chez les patients (suivi vasculaire, neurologique, cardiologique, néphrologique, ophtalmologiques, etc ...). L'examen des pieds et la réalisation des Index de Pression Systoliques (IPS) étaient fréquemment mis de côté par manque de temps ou d'intérêt « Honnêtement je n'ai pas fait l'examen des pieds » (EI2) ; « c'est vrai que l'IPS me rapportera pas plus dans ma pratique » (FG2). Un des médecins énonçait même « je ne m'ennuie jamais avec mes diabétiques » (FG2).

#### 3. *« Tenir le rythme »*

Dans ce suivi répétitif et sur le long terme, les médecins essayaient de maintenir la cadence de réalisation des examens (annuel, semestriel, trimestriel, mensuel) « ce qui n'est

pas si évident (...) c'est plutôt dans la régularité » (EI2). C'était parfois une source d'omission du médecin « aussi là on a un parfois tendance à oublier » (FG2) ou du patient « (...) l'ophtalmo (...) ils oublient » (EI4).

## B. Evolution actuelle vers consommation de soins

Les médecins ressentait un changement dans les habitudes des patients avec une augmentation du nombre de motifs et un rallongement du temps de consultation « le motif ne s'arrête malheureusement jamais au renouvellement » (EI1). Ils devaient gérer comme dans « toutes consultations les éventuelles plaintes qui peuvent être totalement autres que son diabète » (EI3). Ils percevaient cela comme un frein au dépistage.

## C. Un suivi à planifier dans le temps

Ils organisaient leur consultation selon trois temps : examen du dossier, examen clinique et prescription. Ils essayaient d'être logiques dans leur surveillance, par exemple la prescription du bilan sanguin avant la consultation pour une meilleure adaptation thérapeutique « souvent même ils ont l'habitude avec moi de consulter après le bilan » (EI4). Le suivi s'adaptait à l'atteinte clinique des patients, ils tentaient d'être pertinents dans la demande d'examens complémentaires « je le ferais (...) si à l'examen clinique j'ai une suspicion ou qu'il y a un œdème » (FG2).

## D. Impact du suivi à domicile

### 1. Une population nécessitante

Certains médecins décrivaient des patients peu mobiles ayant « des problèmes pour se déplacer » (FG1) motivant « beaucoup de visites à domicile (...) » (FG1).

### 2. Un autre rôle du soignant

Selon les médecins du premier focus group les suivis à domicile permettaient un autre aperçu du mode de vie des patients et donnaient un autre rôle aux différents intervenants. Ils insistaient sur l'importance de l'intervention de l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) au domicile pour la surveillance alimentaire et le bon équilibre du diabète « il

y a une petite police à domicile que font très bien nos infirmières » (FG1) ; « (...) elle va se rendre compte que l'aide-ménagère qui est allée faire les courses avec le patient a acheté n'importe quoi » (FG1). Il était nécessaire pour eux de pouvoir échanger via un support écrit avec les différents intervenants et de pouvoir le compléter de la même façon que le dossier informatisé « je préfère tout noter ça permet d'avoir une observation à domicile » (FG1).

### 3. *Une moins bonne efficacité*

Malgré les avantages des passages au domicile les participants relevaient une moins bonne efficacité en regard de l'équilibre, du suivi spécialisé et du traitement du diabète « c'est des patients certainement plus en danger » (FG1). Ils pensaient que la consultation était plus adaptée au cabinet.

## VIII. Freinés par le manque de moyens

### A. Humain

Dans un premier temps les participants ont évoqué une baisse de la démographie des médecins généralistes dans le département du Tarn. Ils déploraient également un manque de spécialistes du second recours, aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier. Les délais de consultations spécialisées étaient ressentis comme trop longs ce qui provoquait des ruptures dans le suivi « et puis les délais sont tellement longs » (FG2) « c'est difficile les patients ils se découragent voilà » (EI4). Le recours à l'hôpital était difficile sans possibilité de suivi par les endocrinologues et d'hospitalisation directe en cas de nécessité « des rendez-vous à l'hôpital en diabète quand on se fait répondre on ne prend plus de patients » (FG1).

### B. De temps et de moyens organisationnels

Tous les médecins interrogés se sentaient frustrés par le manque de temps à consacrer à leurs patients en consultation « dans les difficultés c'est surtout le temps qu'on peut prendre avec la personne » (EI5). Ils pensaient que c'était des « (...) consultations plus longue » (EI2), plus longue « (...) qu'une consultation standard » (FG2). Ils

regrettaient ne pas pouvoir répéter les consultations, obstacle à un suivi optimal du diabète « même plus concevable de voir tous les 3 mois un diabétique » « c'est pas aujourd'hui tous les 3 mois (...) qu'on peut faire du bon boulot » (FG1).

Les conditions de travail actuelles leur semblaient inadaptées pour une prise en charge efficiente. Le manque de secrétariat était pointé du doigt par un des médecins « on a pas de secrétaire dans le cabinet » [soupire, hausse les épaules] (EI1). L'organisation des transports était également une difficulté pour les médecins les plus isolés « (...) les gens qui sont loin aussi faut toujours qu'ils prennent leur bagnole ou alors faut faire les les prescriptions de transports etc » (FG2).

## C. Financiers

### 1. Rémunération des médecins

Une rémunération plus importante était souhaitée par plusieurs médecins, en effet celle-ci devait être à la hauteur du temps consacré « c'est sûr que s'il nous mettaient une consultation double ou triple » (EI2).

### 2. Financement des examens de suivi

Deux axes de financement leur paraissaient problématiques : le remboursement diététique et podologique.

Ils déploraient également le manque d'investissement financier de la caisse primaire assurance maladie (CPAM).

## D. Information

Le défaut d'information de leur patientèle leur paraissait important. Pour eux les patients n'étaient pas conscients de la complexité de leur pathologie. Ils notaient un manque de culture médicale de la population en général « je suis pas sûre que les patients y sont conscient de tout » (EI4).

# IX. Un suivi influencé par l'éducation

## A. Sentiment d'une place prépondérante dans la prévention des complications

### 1. *L'éducation essentielle à l'amélioration du suivi*

L'éducation thérapeutique (ETP) a été évoquée lors de tous les entretiens. Elle paraissait être un élément facilitateur au dépistage des complications « je crois que c'est la première des choses » (EI2). Ils ont insisté sur la place de la diététique et de l'activité physique « ya ces deux points la qui sont quand même très importants bouger et manger » (FG1). L'éducation menée en groupe paraissait plus pertinente pour un des médecins. Celle-ci leur semblait devoir être « (...) pris en charge par la sécu » (FG2).

### 2. *Nécessite un investissement perpétuel*

Il était pour eux indispensable de s'investir dans l'éducation thérapeutique en la menant de manière répétée et durable.

A l'inverse, des médecins déploraient un défaut d'éducation engendré par un désinvestissement de leur part « je me mets un blocage à pas forcément trop en reparler » (EI3) ou par l'incompréhension des patients.

### 3. *Paradoxalement parfois délétère*

Un des médecins a émis un bémol quant à l'information qui pouvait être délétère « ça stress les gens, ils ont encore plus peur des fois » (EI5).

## B. *Nécessité de s'appuyer sur de nombreux partenaires à l'éducation*

Certains médecins estimaient une meilleure efficacité d'une éducation menée à plusieurs « c'est bien qu'on soit plusieurs sur le coup » (FG2).

### 1. *Un rôle à jouer par le médecin généraliste*

Les médecins expliquaient leur rôle dans l'éducation, certains écrivaient des conseils sur ordonnance d'autres étaient insistants « moi je leur casse les pieds » (FG1). L'éducation se faisait également sur prescription : l'activité physique principalement.

### 2. *Un relai en structures*

Lors des deux focus group les structures de séjours éducatifs ont été évoquées. Elles leur paraissaient utiles et instructives pour les patients, sur le pied, les complications,

l'activité physique et le mode de vie « c'est une aide » ; « on retient toujours ce genre de dispositif » (FG2). Un des médecins avait même déjà travaillé dans l'une de ces structures.

### C. Evolution sociétale vers un coaching

#### 1. *Loin des structures hospitalières*

Un des médecins s'indignait de la faible efficacité de l'éducation alimentaire réalisée à l'hôpital. Au contraire ils privilégiaient un coaching à domicile « on devrait plutôt avoir des gens payés pour aller voir ce qu'ils font chez eux » (FG1).

#### 2. *Individualisé*

Des médecins proposaient une personnalisation du coaching sur le plan diététique et sportif à l'image de la nouvelle tendance des « coachs de vie ». Pour eux l'activité physique devait s'intégrer dans le mode de vie de leurs diabétiques par le « (...) biais de fédérations sportives (...) » ; « comme l'efficacité d'un comprimé d'un médicament » (FG1).

## X. La coordination, nécessaire, incontournable mais non évidente

### A. « L'union fait la force »

#### 1. *Effet positif du travail en équipe dans les MSP*

Les médecins travaillant en MSP s'accordaient pour dire que cela facilitait la prise en charge et les échanges « (...) le fait de travailler en MSP permet d'avoir un accès plus facile entre les différents professionnels de santé » (EI2). L'intégration des pharmaciens leur apportait un nouveau regard qui leur paraissait intéressant, notamment sur l'observance de leurs patients « nous nous avons les retours de la pharmacienne (...) elle nous dit untel il a pris tant de boîtes de machin » (FG1). L'élaboration de protocoles interprofessionnels fluidifiait la réalisation du dépistage des complications.

Une place particulière était donnée à la collaboration avec les IDE ; pour plusieurs médecins leur meilleur partenaire « c'est les infirmières c'est évident, elles ont un rôle FON-DA-MEN-TAL » (FG1).

Le secrétariat était également inclus dans l'équipe.

## *2. Stimulés par l'accueil d'étudiants*

Par la présence des internes, les maîtres de stage modifiaient leurs pratiques : ils avaient confiance, ils pouvaient partager les tâches. Ils trouvaient que leur travail complémentaire les stimulait à être plus rigoureux « m'a quand même stimulé, je suis content quand y'a l'interne » (EI2).

## *3. Besoin et recours au spécialiste*

Lors des entretiens il a été exprimé que le diabète était un travail de collaboration avec les spécialistes « pour moi ça fait partie d'un suivi régulier et rigoureux » (FG2) ; « pour le patient l'avis du spécialiste est important ; à la limite renforce l'image qu'ils ont sur nous quand même » (FG1). Trouver de l'aide en cas de difficulté leur paraissait indispensable « (...) on aimerait bien nous des-fois justement passer un peu la main (...) que tout ne repose pas sur entre guillemets sur nos épaules » (FG2).

## *4. Travail avec les structures hospitalières*

Certains participants voyaient déjà les structures hospitalières comme une aide précieuse. Ils avaient déjà eu recours à des hospitalisations directes en service de diabétologie sans passage par les urgences « ils n'avaient rien à faire de spécial aux urgences, y'avait des plages de lit qui étaient dédiées à ça » (FG2).

Certains de leurs patients avaient bénéficié de séjours éducatifs en SSR (Soins de Suite et Réadaptation).

### **B. Pas de coordination sans communication !**

Les échanges entre les intervenants renforçaient la prévention des complications « des-fois j'ai le podologue qui appelle, c'est arrivé, il m'a dit faut regarder le pied » (EI5).

La communication se faisait principalement par les comptes-rendus écrits des professionnels de santé. Ces derniers étaient parfois difficiles à obtenir. Les médecins pointaient du doigt l'absence constante de retour des ophtalmologues « on reçoit rien » (EI4) ; « on peut compter que sur la parole du patient (...) pour marquer ou pas rétinopathie diabétique » (FG2).

Les médecins pensaient que l'obligation de secret médical pouvait cependant limiter les échanges.

## C. Pensent qu'il existe des limites et des obstacles au travail coordonné

### 1. *Un sentiment de mise en concurrence, une confiance fragile*

Quelques médecins souffraient d'être écartés du suivi du diabétique par les spécialistes « je pense que les endocrinos essayent de nous faucher des patients » ; « ils veulent maîtriser de A à Z le le suivi de du diabétique, la concurrence elle est surtout euhhh là » (FG1).

Ils trouvaient délicat d'accorder pleinement leur confiance, néanmoins ils étaient convaincus que c'était une étape essentielle dans le bon suivi « il nous faut un cardio compétent tant qu'à faire » (FG2).

### 2. *Le double suivi problématique*

L'intervention de plusieurs professionnels dans le dépistage des complications était source d'erreurs : omission ou redondance d'examen « ce qui est dommage euh dans ces suivis un peu alternés c'est que des-fois y'a eu du coup double prescription de prise de sang » (FG2).

### 3. *Inutilité du programme SOPHIA (Service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie)*

A chaque fois que le programme SOPHIA a été évoqué, les médecins étaient très critiques « ce truc ridicule là SOPHIA qui est une honte finie où on met de l'argent, moi ça me fait rire » (FG1).

## D. Par un support informatique

Les médecins percevaient en leur logiciel métier une aide organisationnelle importante. Il leur permettait de répertorier les différents examens (Compte-rendu, suivi biologiques, vaccinations, ...) et de s'y référer en cas de besoin « ça c'est facile à retrouver dans le logiciel » (EI4) ; « le logiciel c'est indispensable c'est vraiment l'aide » (FG2). Ils mettaient en place « des rappels pour ne pas oublier certaines choses » (FG2).

## XI. Des médecins généralistes optimistes et tournés vers de nouvelles solutions

### A. Les journées de dépistages organisés

#### 1. *Faisabilité-utopie*

Dans l'idéal les médecins généralistes interrogés espéraient pouvoir un jour organiser l'ensemble des dépistages sur une journée. Leurs interrogations portaient sur la participation des autres professionnels de santé et sur les possibilités de financement. Bien que très pertinent, « (...) faire vraiment la totalité de la check-list » (FG2) sur une journée de dépistage organisé leurs paraissait « encore (...) assez utopique » (FG1).

#### 2. *Partagés entre l'ambulatoire et l'hospitalier*

Une partie des médecins souhaitait s'affranchir du cadre hospitalier. Un des médecins évoquait l'idée d'un « (...) centre de prévention des pathologies de complications du diabète » (EI1) ou « (...) tout est fait sur place (...) » (EI1) « c'est-à-dire pas forcément le service d'endocrinologie » (EI5).

L'autre partie évoquait plutôt une réalisation dans des structures hospitalières « éventuellement à l'hôpital du département » (FG1).

#### 3. *Le constat d'une réussite*

Un des médecins racontait une expérience vécue. Il avait pu bénéficier, au sein de sa MSP, d'un dispositif de dépistages organisés avec l'aide de l'association DIAMIP « (...) ils avaient tout (...) mis à l'échelle de la maison de santé quoi » (FG2). Cette expérience avait eu un impact positif dans le dépistage des complications « c'est une expérience je pense porteuse » ; « parce qu'on prend vraiment le temps de faire le tour » (FG2).

### B. Le dépistage itinérant

#### 1. *Un concept attrayant*

Plusieurs médecins voyaient dans ce concept un moyen efficace d'améliorer la réalisation des dépistages techniques (rétinographie, ECG, IPS) : « ça nous a rendu

service » (FG2). Le dépistage itinérant permettait d'aller au contact des populations « dès qu'on propose un service plus rapproché aux gens (...) ils adhèrent » (FG1).

## 2. *Un certain scepticisme*

Certains estimaient que multiplier les outils de dépistage n'était pas pertinent « je ne veux pas non plus qu'on fasse un Xième matériel de dépistage » (FG1). Un des médecins était gêné par le dépistage itinérant car il pouvait être vécu comme stigmatisant par les patients et rompant le secret médical « oyez oyez un camion pour les diabétiques est la venez venez » (FG1).

### C. Le système Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe)

#### 1. *Un rôle à jouer*

Les médecins généralistes se sentaient soutenus par le travail de l'IDE Asalée « les infirmières asalées me dépannent bien » (EI3). Ils pouvaient faire de la délégation de tâches dans le suivi du diabète et le dépistage des complications (réalisation des IPS, ETP, stimulation à l'activité physique) à des infirmières parfois plus disponibles « les infirmières on a le droit de leur prescrire de leur demander de prendre en charge » (FG2).

Certains médecins percevaient de la part des IDE Asalée un nouveau regard sur les patients diabétiques qui permettait « (...) d'arriver à une surveillance presque optimale » (EI2).

#### 2. *Loin d'être parfait*

Loin de la majorité des patients diabétiques de leur patientèle étaient suivis par les IDE Asalée.

Un des médecins exprimait sa déception suite à la prise en charge de ses patients « Asalée j'suis pas follement ravie de la prise en charge Asalée » ; « j'en suis un peu beaucoup revenue » (FG2).

### D. Un suivi obligatoire ?

Une partie des médecins évoquait l'idée d'une convocation pour un suivi obligatoire « ah oui mais là il faudrait que ce soit obligatoire » (FG1).

#### E. Vers une émergence de nouveaux outils

Il était proposé comme nouvelles solutions, par les médecins, un « carnet de santé diabétique » (EI1) ; un bilan de santé « dans le même principe que les examens de santé qu'ils font à la sécu mais centré sur le diabète » (FG1).

Dans un souci d'amélioration de la communication ont été proposés deux axes : création de lignes téléphoniques directes vers les spécialistes et de fiches préremplies pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

#### F. S'intéressent aux actions de la CPAM

Les médecins admettaient l'existence de nombreux investissements pour la prise en charge de diabétiques par les pouvoirs publics « la société, les pouvoirs publics ont dépensé beaucoup d'argent pour les diabétiques » (FG1).

# DISCUSSION

## I. Une diversité des ressentis

Il a été surprenant de constater des médecins inspirés pour partager leur ressenti sur le sujet. Les idées étaient très variées évoquant à la fois la spécificité du médecin et de la relation médecin-malade mais aussi la complexité de ces suivis et le manque de moyens. Il a été positivement mentionné l'aide par la coordination et l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de cette pathologie chronique.

### A. Une dynamique positive

Les médecins ont unanimement exprimé que la base du soin était la relation entre le soignant et le malade. Ils estimaient qu'un patient motivé et en confiance adhérerait mieux à sa prise en charge, ce qui facilitait le dépistage des complications. La littérature sociologique montre combien les interactions entre le médecin et le patient sont centrales et déterminantes lorsqu'il s'agit de contrôler l'évolution d'une maladie chronique (19). Devant cette évidence se pose la question de l'avenir de ce lien face aux changements imposés. La nécessité de dégager du temps médical suite aux évolutions démographiques et à la consommation de soins engendre une protocolisation des pratiques et une délégation de soins. Cette dépersonnalisation du suivi peut-elle être compatible avec le maintien d'une relation de confiance ?

L'étude ENTRED 2007-2010 dresse un bilan très mitigé du dépistage des complications du diabète. L'objectif énoncé était d'atteindre un suivi optimal pour au moins 80% des diabétiques de type II mais il demeure insuffisant particulièrement dans le dépistage d'une atteinte rénale, les dosages trimestriels de l'HbA1c et l'examen du fond d'œil. Les médecins généralistes sont les acteurs essentiels puisqu'ils suivent seuls 87% de la population diabétique (6).

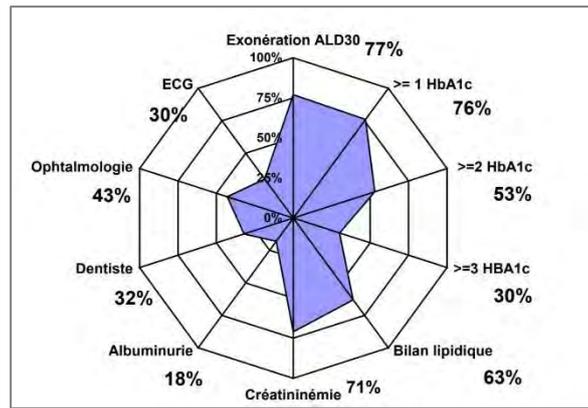


Figure 2 : Pourcentage de personnes bénéficiant des actes recommandés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé lors du suivi du diabète.

Notre étude confirmait bien ce rôle central du médecin généraliste puisqu'ils estimaient être les chefs d'orchestre du système diabète. Ils connaissaient et étaient formés aux principes de recommandation du suivi, ils savaient l'organiser et étaient dans l'ensemble satisfaits de leur prise en charge.

Il existe donc un écart entre le ressenti des médecins interrogés et les chiffres de l'étude institutionnelle ENTRED 2007-2010.

L'éducation thérapeutique paraissait indispensable au suivi selon tous les médecins interrogés. Elle était perçue comme un réel levier aux lacunes dans la prise en charge. Bien qu'ayant un rôle à jouer dans l'ETP, les médecins s'appuyaient sur de nombreux partenaires et notamment sur les structures de proximité. Reconnue par la loi comme une obligation pour la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, l'ETP fait partie des priorités de la nouvelle stratégie nationale de santé. Elle est identifiée comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation des patients acteurs de leur santé (20).

A l'heure de la mode du coaching personnalisé, sportif, alimentaire ou esthétique, le monde médical semble en retard. L'ETP en France est encore réservée à un trop petit nombre de patients, reste trop souvent théorique et peu intégrée dans la pratique médicale ambulatoire restant du domaine hospitalier (21).

Pour les médecins interrogés, l'union pluriprofessionnelle faisait leur force. Les maîtres de stage étaient positivement stimulés par l'accueil de leurs étudiants. Le travail interdisciplinaire était facilité par le regroupement en MSP. Cela concorde avec le

Plan Santé dont l'objectif est le travail en structure d'exercice coordonné, la pratique isolée doit devenir l'exception à l'horizon 2022 (22).

## B. De nombreux freins au dépistage

D'après les résultats de l'enquête BVA de septembre 2013, la 2<sup>ème</sup> cause de risque de « burn-out » chez les médecins généralistes était la relation médecin-patient et notamment le comportement du patient plus exigeant, plus en demande et plus questionnant (23). Il a été fait le même constat dans cette étude. Les médecins interrogés ont exprimé des sentiments de culpabilité, se disaient marqués par les suivis difficiles. Ils décrivaient une relation éprouvée par les conflits et la méfiance. Néanmoins la notion de « burn-out » n'a pas été explicitement évoquée.

Des questionnements ont émergé vis-à-vis de leur efficacité dans la prise en charge du diabète. Ils ne se trouvaient parfois pas à la hauteur. Malgré une amélioration entre 2001 et 2010 selon l'étude ENTRED, il reste tout de même une marge de progression importante. En tant qu'acteurs principaux, les médecins généralistes devraient être les moteurs de l'amélioration de la qualité du suivi (6).

Les médecins généralistes ne se sentaient pas suffisamment considérés par rapport aux responsabilités engagées. Ils estimaient que leur rémunération n'était pas à la hauteur du travail fourni. En 2011, selon une enquête de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) les médecins généralistes apparaissaient en bas de l'échelle des revenus par rapport aux autres spécialités médicales (24).

Ils se sentaient évincés dans la prise en charge au profit des spécialistes. Ils souhaitaient réaliser les dépistages et ne pas se limiter à des adressages.

Le dépistage de complications n'était que l'un des multiples axes dans le suivi complexe et répétitif du diabétique. Comme dans toute pathologie chronique, le diabète évolue sur le long terme et peut induire des limitations fonctionnelles influant sur la qualité de vie. Il nécessite des soins médicaux, paramédicaux, un support psychologique et une prise en charge thérapeutique médicamenteuse et diététique (25). Les médecins généralistes interrogés étaient forcés de constater que « tenir le rythme » dans ce suivi était usant et un obstacle au bon suivi. Par ce suivi répétitif et l'augmentation de la prévalence des diabétiques en France nous assistons à une exacerbation de la consommation de soin.

Comment répondre à la demande et rendre plus efficient le dépistage des complications du diabète ?

Le manque de moyens apparaissait comme le frein principal au dépistage. La diminution démographique ambulatoire était la source d'un manque de temps à consacrer à leurs patients. Ils évoquaient aussi la diminution de spécialistes (cardiologue, ophtalmologue, ...) qui pouvait rendre les 2<sup>ème</sup> recours difficiles. Dans le département du Tarn, sont recensés 830 médecins généralistes installés, 15,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants dans le bassin de Castres-Mazamet (26). Les mesures déjà prises par l'Etat pour pallier à ces manques (augmentation du numérus clausus, contrats d'engagement de service public, zonage démographique, aides à l'installation, ...) ne semblent pas être suffisantes dans les zones éloignées des centres universitaires.

Dans notre étude les médecins généralistes souhaitaient bénéficier de supports d'information et de meilleures possibilités de remboursement de consultation diététique, podologique et de l'activité physique. On retrouve dans l'étude ENTRED 2007-2011 que pour 40% d'entre eux l'accès au diététicien et à un support d'information est un problème (6). L'initiative de la CPAM par le programme SOPHIA était vécue comme un échec par les médecins interrogés. Ils trouvaient que ce suivi était dépersonnalisé et ne ciblait pas forcément les bons patients. Cet investissement humain et financier pouvait selon eux être utilisé à meilleur profit dans d'autres projets.

La coordination de soins était perçue comme facilitante dans le dépistage des complications du diabète. Pourtant les médecins étaient confrontés à de nombreux obstacles, notamment le manque de communication. Cette problématique est la même à l'échelle nationale, elle est un des objectifs gouvernementaux du plan santé. « Ma santé 2022 » permettra de rassembler les soignants, de créer un lien ville-hôpital, autour de projets de santé (9). Il apparaît de plus en plus évident que la prise en charge optimale d'un patient et de sa maladie chronique requiert l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (21).

## II. Critique de la recherche

### A. Forces de l'étude

#### 1. *Originalité et choix de la méthode*

Cette étude portait sur un sujet certes de multiple fois exploré mais peu de manière qualitative. Aucune étude n'a été retrouvée sur l'exploration des ressentis des médecins généralistes face au dépistage des complications du diabète de type II. Au vu de l'actualité en matière de santé publique et de la mise en place du « Plan Santé 2022 » dont un des axes principaux porte sur les parcours de soins pour les pathologies chroniques, il a semblé pertinent de mener ce travail sur le diabète (9).

La méthode qualitative a permis de comprendre les nombreux sentiments autour du dépistage des complications du diabète grâce à la technique des entretiens individuels et des focus groups. Cette technique a été enrichissante pour les participants en les amenant à plusieurs reprises à des questionnements et des réflexions sur leur propre pratique.

#### 2. *Validité interne et externe de l'étude*

Les chercheuses ont respecté les critères de scientificité :

##### - Validité interne :

La validité interne a été maîtrisée dans l'étude par : la retranscription intégrale et mot à mot du verbatim sans interprétation, la triangulation des chercheuses pour le codage et l'analyse, la triangulation des données et des méthodes de recueils (11).

##### - Validité externe :

La validité externe était respectée par l'échantillonnage raisonné de la population des médecins généralistes du sud du Tarn avec des profils variés, la saturation des données et la confrontation des résultats aux données de la littérature (14).

### B. Faiblesses de l'étude

Cette recherche était un premier travail qualitatif pour les deux chercheuses. Afin de s'en affranchir, elles ont participé à des formations et réalisé une recherche

bibliographique. Leur statut de médecin généraliste a pu induire des limites dans le travail d'interprétation, ce dont elles ont essayé de s'émanciper en appliquant le principe de réflexivité.

Par des obligations logistiques et organisationnelles, le recrutement des médecins n'a pas été aussi varié que souhaité. Pour ces mêmes raisons, les deux focus groups ont été menés par deux animatrices différentes.

### III. Perspectives

#### A. Des médecins optimistes tournés vers l'avenir

Face à des ressentis partagés, les médecins restaient motivés et inspirés pour améliorer leurs pratiques. Ils n'étaient pas résignés et se sentaient acteurs et promoteurs d'une nouvelle dynamique de travail. Ils étaient prêts à modifier leur prise en charge en s'ouvrant à une coordination et une délégation des soins dans l'intérêt de leurs patients. Plusieurs solutions ont émergé.

L'organisation de journées regroupant tous les dépistages et les intervenants autour du suivi du patient diabétique. Cette solution leur paraissait idéale en favorisant la proximité, la simplicité organisationnelle et la communication interprofessionnelle.

Sur la même idée il a été évoqué le dépistage itinérant où pourrait être réalisé une partie des dépistages. Ce concept a fait ses preuves pour plusieurs dépistages tel que celui du cancer du sein par le « mammobile ». Il a pour effet d'accroître le taux de participations et l'équité des soins en favorisant l'accès aux populations les plus éloignées (27). Une étude réalisée en Midi-Pyrénées a montré la faisabilité du dépistage par rétinographie itinérante ainsi que sa pertinence en coût de santé publique (2). Le Tarn ayant une population vieillissante et une démographie médicale en baisse, il semble judicieux et pertinent à cette population de profiter de ces dispositifs.

Tous les médecins de la recherche travaillaient en collaboration avec une IDE Asalée. Si certains émettaient des réserves sur la pertinence du suivi, la majorité se sentait épaulée. Une étude rétrospective démontre l'intérêt du système Asalée dans l'amélioration des indicateurs de suivi à l'exception du dépistage ophtalmologique, podologique et du suivi dentaire (28) (29).

Plusieurs idées pourtant évoquées dans la littérature et fortement discutées dans l'actualité n'ont pas été citées. Le virage numérique par la télémédecine et la e-santé, les assistants médicaux et le système d'informations partagées font partie des notions absentes des résultats (30). La télémédecine peut pourtant contribuer à l'éducation thérapeutique du patient et à un accompagnement personnalisé plus continu (25).

### B. « Chronic care model »

Dans l'ensemble, les solutions proposées par les médecins interrogés pouvaient s'intégrer dans un concept canadien plus global retrouvé dans la littérature : le « chronic care model » de Wagner (31) (32).

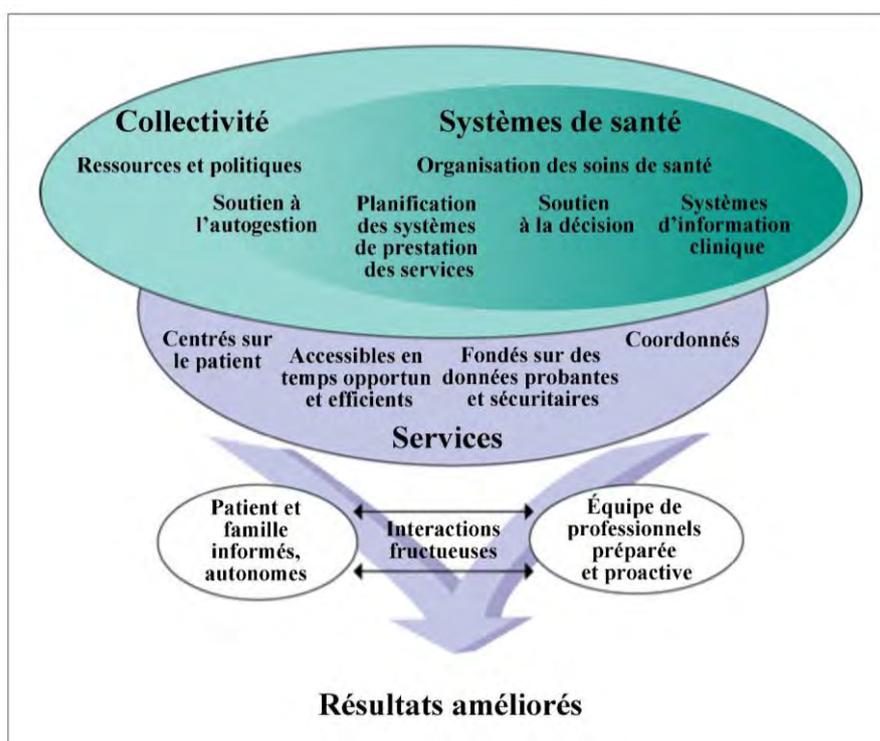


Figure 3 : Le modèle élargi de gestion des maladies chronique

C'est l'un des modèles le plus étudié dans la littérature. Il a pour objectif de mettre en lien des patients actifs dans la gestion de leur maladie avec une équipe de soignants motivés et pluridisciplinaires.

Ce modèle pourtant paru il y a plus de 15 ans paraît toujours d'actualité. Plusieurs axes du plan « Ma santé 2022 » semblent s'en inspirer.

### C. Concept issu du « brainstorming »

Au cours d'une triangulation des données avec les directeurs de thèse et des intervenants extérieurs, il est apparu un concept pouvant regrouper les ressentis et les idées.

Ce concept « le médecin généraliste coach des diabétiques : implication du premier recours » s'inscrit pleinement dans l'actualité et la mode sociétale du coaching (Annexe 7). Autour du médecin, de son patient, de la pathologie du diabète et des professionnels de santé naissent des solutions innovantes pour répondre aux souffrances et appuyer les réussites du dépistage des complications du diabète.

## CONCLUSION

Au vu de l'intérêt d'une prévention optimale dans l'évolution du diabète de type II, il a semblé pertinent et nécessaire d'explorer le ressenti des médecins généralistes, responsables du dépistage des complications.

Cette étude qualitative a permis de répertorier des sentiments variés. Emettant des réserves, véritables freins à un bon suivi, les médecins étaient cependant dans l'ensemble optimistes et dirigés vers l'avenir.

La relation médecin malade était au centre d'une dynamique positive dans la prise en charge. Les professionnels interrogés étaient attachés à une personnalisation du suivi. La coordination et l'éducation thérapeutique faisait partie intégrante des éléments facilitateurs dans le dépistage des complications.

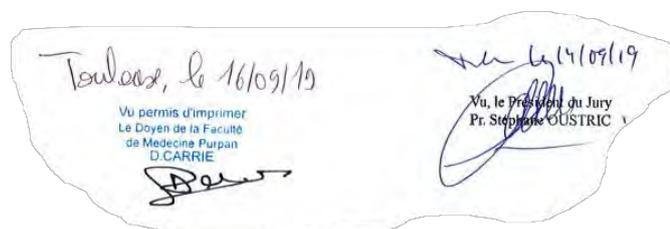
En revanche, de nombreux obstacles les empêchaient de mener correctement le suivi. Ils étaient confrontés à un manque évident de moyens (humains, de temps, financiers). La prise en charge pluridisciplinaire, bien que nécessaire, leur paraissait complexe à mettre en place.

Les solutions énoncées dans cette recherche apparaissent concorder avec les projets actuels de santé publique. En effet le plan santé 2022 semble s'inspirer du « Chronic Care Model », modèle de gestion des pathologies chroniques décrit fin des années 90 au Canada.

L'éducation et la prise en charge des patients diabétiques pourraient s'intégrer dans un concept de coaching mené par le médecin traitant où celui-ci devient un véritable « coach » des diabétiques avec l'aide d'une équipe de premier recours.

L'évolution des pratiques médicales doit se faire vers la multidisciplinarité, la délégation, le partage des tâches et les soins coordonnés.

De nombreux axes restent à explorer, quels seront les sentiments des médecins généralistes dans leur gestion des dépistages face au virage numérique ?



Toulouse, le 16/09/19

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC

Vu, permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018;8p.
2. Bismuth P, Bismuth M, Dupouy J, Rouget-Bugat M-È. Dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique en médecine générale. Étude rétrospective 2006-2010 dans le réseau Diabète Midi-Pyrénées. Médecine. 1 oct 2012;8(8):373-6.
3. Agence de la biomédecine. Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport REIN 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport\\_rein\\_2015.pdf](https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein_2015.pdf)
4. Roglic G, World Health Organization, éditeurs. Global report on diabetes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. 86 p.
5. ARS. Elements de contexte pour un diagnostic régional. OCCITANIE, Ma santé 2022 [Internet]. 2017 avr. Disponible sur: [https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC\\_REGIONAL\\_PRIS\\_20170427.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRIS_20170427.pdf)
6. Etude Entred 2007-2010: Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques. Santé publique France;
7. Haute Autorité de santé - guide\_pds\_diabete.pdf [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_pds\\_diabete.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pds_diabete.pdf)
8. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
9. Ministère des solidarités de la Santé. MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)
10. Freins à la prévention du pied diabétique en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7971>
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
12. Lemercier X, Aubin-Auger I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. Définitions et principes. E-Respect. mars 2014;(6):21-3.
13. Dedienne M-C, Letrilliart L. S'appropriier la méthode du focus group. Rev Prat Médecin Générale. 15 mars 2004;18(645):382-4.
14. Coté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;3(2):81-90.

15. Davister C et al. Les groupes focalisés. Stop Jagis. févr 2004;
16. Joëlle Kivits, Frédéric Balard, Cécile Fournier, Myriam Winance. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016.
17. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. de boeck. 2016.
18. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;24(105):4-11.
19. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 - sosan\_0294-0337\_2006\_num\_24\_2\_1681 (1).pdf [Internet]. [cité 8 juill 2017]. Disponible sur: [file:///C:/Users/Sol%C3%A8ne/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/ooljk4ib.default/zotero/storage/G36SW8KI/sosan\\_0294-0337\\_2006\\_num\\_24\\_2\\_1681%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sol%C3%A8ne/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/ooljk4ib.default/zotero/storage/G36SW8KI/sosan_0294-0337_2006_num_24_2_1681%20(1).pdf)
20. Jaffiol C, Corvol P, Basdevant A, Bertin É, Reach G, Bringer J, et al. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de lamédecine. Bull Académie Natl Médecine. déc 2013;197(9):1747-81.
21. L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. Rev Méd Liège. 2010;65(5-6):250.
22. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
23. Burn out des médecins: une souffrance au travail. Paroles de professionnels [Internet]. sept 2013; Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2013/09/Dossier-de-Pressel.pdf>
24. Insee. Les revenus d'activités des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Empl Revenus Indép. 2015;
25. Nelly Agrinier, Anne-Christine Rat. Etat des lieux : Quelle définition pour la maladie chronique. adsp. sept 2010;(72).
26. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: [https://demographie.medecin.fr/#sly=a\\_dep\\_DR;l=fr;i=demo\\_med.dens\\_act\\_regul\\_med\\_reg;v=map2;s=2019;z=626538,6325004,63059,46751;sid=81](https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;l=fr;i=demo_med.dens_act_regul_med_reg;v=map2;s=2019;z=626538,6325004,63059,46751;sid=81)
27. Alexandre Vallée. LE « MAMMOBILE » : UNE METHODE PERTINENTE EN FRANCE ? Santé-Publique. 10 2016;28(5):599-602.
28. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. 2008;8.

29. Elodie Tardits. Evaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. Université de Bordeaux; 2016.
30. Jaffiol C. Improving management of chronic diseases by generalist practitioner. *Int J Med Surg.* 2017;4(s):14-20.
31. Beaulieu M-D, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne: soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec : rapport [Internet]. Québec: Institut national d'excellence en santé et services sociaux; 2012 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/234667>
32. Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E26.
33. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2012.
34. Jouhair H. Vers l'amélioration du dépistage et du suivi ambulatoire des complications chroniques du diabète de type 2: impact d'une prise en charge hospitalière dédiée au diabète. :111.
35. Identification de freins à une meilleure prise en charge du diabète de type 2 chez les patients. /data/revues/12623636/0026SUP6/77/ [Internet]. 17 févr 2008 [cité 28 mars 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/79964>
36. Bringer J. Complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : progrès, insuffisances et disparités. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(34-35):618.
37. Marion GARNIER. ÉVALUATION DE L'UTILISATION DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE (DIABSAT 2) EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LE CADRE DES STRUCTURES DE PREMIER RECOURS. UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER. FACULTÉ DE MÉDECINE; 2016.
38. LesAsclépiades, HEVA, K.STAT. Evaluation médico-économique du programme Sophia d'accompagnement des personnes diabétiques. 2019 févr.
39. mbernat. Diabsat : Diabetologie par satellite [Internet]. 2017 [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <http://www.medes.fr/fr/nos-metiers/la-e-sante-et-l-epidemiologie/la-tele-medecine/diabsat-diabetologie-par-satellite.html>
40. Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé» [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/MaSante2022/feuille-de-route>

# ANNEXES

**ANNEXE 1** : Questionnaire de recueil des données sociologiques des médecins

**ANNEXE 2** : Mail adressé aux médecins recrutés après premier contact téléphonique

**ANNEXE 3** : Guide d'entretien

**ANNEXE 4** : Retranscription d'un entretien individuel, entretien 5

**ANNEXE 5** : Exemple d'analyse longitudinale

**ANNEXE 6** : Extrait du tableau d'analyse

**ANNEXE 7** : Schéma issu de la triangulation des données

**ANNEXE 8** : Avis de la commission d'éthique

**ANNEXE 9** : Formulaire d'information et de consentement remis aux médecins participants à l'étude

**ANNEXE 10** : Tableau des caractéristiques sociologiques des médecins participants

## ANNEXE 1 :

### Questionnaire de recueil des données sociologiques des médecins

Nom : ..... Prénom : .....

Age : .....

Sexe : F / M

Adresse d'exercice : .....

.....

Année d'installation : .....

Mode d'exercice :

- Cabinet de groupe
- Maison de santé
- Seul
- Urbain
- Rural
- Semi-rural

Maître de stage : OUI / NON

Enseignants universitaires : OUI / NON

Participation à un groupe de pairs : OUI / NON

Activité : Salariée / Libérale / Mixte

Distance lieu d'exercice et spécialistes :

- Endocrinologue :  $\leq 15$  km / entre 15 et 30km /  $\geq 30$ km
- Ophtalmologue :  $\leq 15$  km / entre 15 et 30km /  $\geq 30$ km
- Cardiologue/vasculaire :  $\leq 15$  km / entre 15 et 30km /  $\geq 30$ km

## ANNEXE 2 :

### Mail adressé aux médecins recrutés après contact téléphonique

Bonjour,

Comme convenu lors de notre conversation téléphonique, nous revenons vers vous concernant notre étude qualitative dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Nous vous proposons de participer à un entretien collectif sur le thème de la **gestion du diabète** par les médecins généralistes du bassin Tarnais.

Cet entretien aura lieu un soir, durera environ 2 heures, et sera composé de 8 participants (médecins généralistes du Tarn représentant différents modes d'exercice).

Le rendez-vous se fera à l'Hôpital du Pays d'Autan à 19h30.

Un buffet sera proposé.

Les dates potentielles sont :

Mardi 13/02/2018

Jeudi 15/02/2018

Mardi 20/02/2018

Mercredi 21/02/2018

Jeudi 22/02/2018

Nous vous remercions de confirmer par retour de mail votre accord de principe, ainsi que la/les dates où vous pourriez vous rendre disponible.

Nous restons disponibles pour toutes informations complémentaires par mail ou par téléphone :

*Coordonnées personnelles*

Merci pour votre aide qui nous sera précieuse pour notre travail de thèse.

FOUQUET Solène, interne de médecine générale

MASSAY Clémence, interne de médecine générale

## ANNEXE 3 :

### Guide d'entretien

#### Question de thèse :

Quel est le ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des complications du diabète de type II ?

#### Introduction :

Bonjour, nous sommes Solène FOUQUET et Clémence MASSAY toutes les deux internes en DES de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Toulouse. Nous réalisons actuellement une thèse qualitative concernant le le diabète de type II.

Fiche de consentement (jointe)

Notice d'information (jointe)

Talon sociologique (joint)

Les entretiens que nous réalisons sont exploratoires, c'est-à-dire que nous souhaitons recueillir le maximum d'idées possibles concernant votre ressenti/pratique vis-à-vis du diabète de type II.

#### Questions :

**1. Racontez-nous comment s'est passée une des dernières consultations de suivi d'un de vos patients diabétique de type II ?**

- Si parle du cardio/ophtalmo/etc
- Si n'en parle pas : en dehors de l'Hba1c, ...?

*Peut-être faire dans l'ordre, organiser la prise de parole.*

*Recadrer la prise de parole.*

**2. Vous avez évoqué ..... Recherchez-vous d'autres éléments lors de cette consultation ?**

Question de relance :

**3. Comment gérez-vous le dépistage des complications du diabète pendant les consultations de suivi ?**

*Si parle de difficultés, rebondir dessus « on a évoqué », si pas d'évocation de difficultés, « nous n'avons pas évoqué de difficultés »*

**4. Avez-vous rencontré des difficultés dans le dépistage des complications/ suivi des complications du diabète ? Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?**

*LISTE D'OBSTACLES ATTENDUS*

*Bassin santé*

*Accès second recours, spécialistes*

*Formation continue des médecins généralistes*

*Représentation de la maladie par les patients, connaissances des patients*

*Asymptomatique/ manque implication ...*

**5. Au contraire, actuellement dans votre pratique quels sont les éléments facilitateurs du dépistage ?**

*LISTES ELEMENTS FACILITATEURS*

*Education thérapeutique*

*Journée de dépistage*

*Dépistage réalisable en consultation : examen pied, prescription bilan sanguin*

*Réseau diabète Midi-Pyrénées*

*Délégation du dépistage aux professionnels paramédicaux (podologue, IDE)...*

**6. Nous avons pu évoquer dans ce focus group un certain nombre de complications, selon les recommandations HAS il faut aussi réaliser des IPS..., qu'en pensez-vous ?**

**7. Qu'est-ce qui pourrait être mis en place pour améliorer le dépistage ? Qu'est-ce qui vous paraîtrait l'idéal ? est-ce faisable ou non en pratique ?**

**8. Avez-vous l'impression d'avoir oublié quelque chose ? Voyez-vous autre chose à rajouter concernant le dépistage ?**

Remerciements

## ANNEXE 4 :

### Retranscription d'un entretien individuel, entretien 5,

Sujet 17 Mr Q

Animateur : Racontez-moi une de vos dernières consultations d'un suivi de patient diabétique ?

Mr Q : euh ce matin euh renouvellement c'est pas vraiment un suivi renouvellement du traitement euh un patient diabétique non insulino-dépendant artériitique aussi [inspiration profonde] euh que j'ai pas revu depuiis sa euh sa chirurgie veineuse qui a eu lieu il y a 4, 3 ou 4 mois-là donc j'ai juste vu et qui vient tous les 3 mois mère diabétique non insulinée [inspiration] euh tu tu tu 60 ans je crois (...) renouvellement du traitement il allait bien il a beaucoup perdu de poids parce qu'il s'est mis à faire un régime en fait il est allé voir une diététicienne avec sa copine mais il avait pris quand il avait arrêté de travailler euh j'sais pas euh 20 kilos et il s'est remis à faire du sport il va mieux, il était mince avant et puis qu'est-ce que je peux vous dire euh il m'a demandé quand est-ce qu'il avait fait sa dernière prise de sang il en avait fait une en mars on en a programmé une en septembre avant qu'il revienne donc ça c'est pour le bilan trimestriel on va dire du diabète avec hémoglobine glyquée créat glycémie (...) normalement je dois pas le revoir avant les 3 mois

Animateur : ok

Mr Q : dans les complications il est suivi par l'ophtalmo je sais plus quand je peux utiliser mon ordinateur pour euh ?

Animateur : non

Mr Q : ah nan, [inspiration] donc voilààà il a des lunettes t'façon c'est sûr il va chez l'ophtalmo depuis longtemps ensuite le cardioooo euh ça avait été fait ct'année en plus il devait se faire opérer donc on en a profité par rapport à sa chirurgie il est pffff suivi niveau artériique bé parce qu'il avait de l'artérite par vasculaire de la clinique be alors là c'est annuellement je crois maintenant euh oui voilà

Animateur : d'accord

Mr Q : et après tuu tuu tu ya rien qui me vient fin voilà ce qu'on a fait ce matin

Animateur : d'accord. Donc vous avez évoqué le suivi du cardio de l'ophtalmo euh vasculaire du coup artéritique est-ce que vous recherchez d'autres choses pendant ces complications 'fin dans ces consultations pardon d'autres complications d'autres choses ?

Mr Q : (...) il s'est pesé parce qu'il m'a dit que ma bascule était gentille parce que y trouve 93 c'est vrai qu'elle est gentille la mienne là j'ai trouvé 90 il est grand hein il était mince avant est-ce qu'on a évoqué autre chose ? euh euh (...) non maintenant si vous me demandez si j'ai recherché euh s'il sentait bien sous les pieds et tout avec le filament tout ça NOOOON non je ne fais pas c'est pas bien mais je l'ai pas fait en tous cas avec lui [rire] ça c'est sûr.

Animateur : d'accord

Mr Q : et après euh est-ce qu'on a évoqué d'autre euh

Animateur : en-dehors de ce patient-là une consultation type comment vous gérez le suivi des dépistages des complications ?

Mr Q : alors j'ai un logiciel axisanté que peut être vous connaissez quiiii qui intègre donc les courriers en tous cas je je scanne à peu près tout ce que j'ai donc je vois quand est-ce qu'ils sont allés voir le cardio ça me permet de de suivre comme ça l'ophtalmo c'est plus dur parce que des fois euh mais maintenant quand même les ophtalmos donnent juste une feuille type ils disent ou pas de rétinopathie euh bon je l'intègre quand je l'ai mais c'est pas tout le temps les bilans biologiques pareil je regarde avec euh comme ils arrivent par internet je regarde tous les combien ils l'ont et puis euh en fonction de ce qu'ils ont la néphro bon pareil s'ils ont une insuffisance rénale euh je vais adresser chez le néphro mais c'est pas tout le monde y'en a y'en a

Animateur : d'accord, est-ce que vous avez rencontré des difficultés lors de ces dépistages des complications est-ce qu'il y a des choses que vous ne faites pas par difficulté est-ce qu'il y a des choses qui vous paraissent difficiles à faire ?

Mr Q : euuuh la neuro le pied du diabétique j'suis pas bon alors euh parce que j'ai l'impression que c'est pas si si courant que ça (...) les complications du pied du diabétique on en parle j'suis passé en diabéto à l'époque chez (nom d'un professeur) le patron qui est mort depuis mais ils insistaient vachement j'me rappelle y'avait déjà (nom d'un médecin) qui s'occupait du pied c'était le début hein c'était il y a 25 ans mais ils insistaient et tout parce gnein gnein gnein et j'ai pas (...) j'ai pas eu euh donc ça je le fais pas bien et neurologiquement aussi pareil je vais pas chercher euh les troubles de la sensibilité comme on devrait le faire comme on fait avec le diapason et tout ça gnein gnein (...) j'ai pas de difficultés euh la difficulté ça va être que euh de temps en temps quand même faut il faut l'envoyer chez le cardio il faut faire la prise de sang ca ils l'ont compris à peu près les gens mais ils sont pas toujours d'accord hein enfin ils sont pas toujours d'accord [inspi] il se trouve que je fais les prises de sang donc y'en a certains ils viennent pour le renouvellement j'dis vous venez à jeun et j'vous la fait c'est bien commode pour eux ça c'est la campagne on fait souvent les prises de sang vous avez vu ça non ? et (...) non j'sais pas

Animateur : non ? pas d'autres difficultés ?

Mr Q : après ça va être le problème ça va être la difficulté pour prendre des rendez-vous je m'occupe souvent des rendez-vous sinon ils vont pas y aller et ça bon j'ai du mal à avoir des rendez-vous rapprochés chez le 'fin rapprochés ne serait-ce qu'annuel surtout avec l'hôpital de (ville du secteur) par exemple par exemple [rire]

Animateur : d'accord alors là on a parlé plutôt des difficultés

Mr Q : ouais

Animateur : Est-ce que vous vous avez actuellement des éléments qui facilitent donc vous avez parlez des bilans sanguins le fait de les faire facilite sur peut-être la réalisation de certains est-ce que vous voyez d'autres éléments qui facilitent les dépistages actuellement ?

Mr Q : (...) (...) non je ne vois pas ...

Animateur : d'autres intervenants ? ou des choses euh

Mr Q : [inspi] (...) si euh j'ai oublié de dire ça c'est dans le dépistage donc pour le pied je dis que je suis pas bon pour le pied mais en fait souvent ils vont chez le podologue parce qu'ils ont le droit à 4 séances de pédicure podologie pour des stades 2 donc des fois ils sont pas stade 2 mais ils y vont quand même la sécu n'est pas regardante et finalement je crois que c'est une bonne dépense euh collective je trouve euh et des FOIS j'ai le podologue qui appelle c'est arrivé je pense à quelqu'un c'était pas lui mais il m'a dit faudrait regarder le pied-là ça ça facilite parce que lui il a plus l'œil que moi quoi et puis c'est son boulot de regarder les pieds

Animateur : d'autres éléments facilitateurs ?

Mr Q : euh les infirmières euh libérales avec qui on entretient de bons rapports là euh euh qui des fois quand ya des des soucis avec une escarre ou un truc comme ça chez un diabétique à faire envoient des photos carrément comme on a tous un téléphone un smartphone quoi c'est facile ça c'est facile ça aide bien quoi

Animateur : au niveau des complications donc on a évoqué ophtalmo vasculaire néphro un petit peu euh dans les recommandations HAS il est préconisé de réaliser des IPS

Mr Q : j'fais pas ouais

Animateur : est-ce que ? pourquoi ?

Mr Q : je crois que j'ai jamais fait je suis pas équipé pour je pense qu'il faut un brassard particulier non ? je sais pas pourquoi je fais pas parce que j'ai pas appris et j'ai pas cherché à apprendre mea culpa [rire gêné]

Animateur : là on a un peu parlé de votre pratique euh que vous avez actuellement est-ce que si maintenant on enlevait toutes les barrières si tout était possible tout était réalisable qu'est-ce qui pourrait améliorer ce dépistage selon vous ? si tout était possible dans l'idéal

comment vous géreriez le dépistage de toutes les complications chez tous vos diabétiques y'en a souvent pas mal ?

Mr Q : si tout était possible c'est-à-dire je dois dire euh ce qui serait à mon goût super et ce qui est en train d'être fait un petit peu parce que je crois qu'il y a un camion de euh de dépistage de la rétinopathie ou du glaucome qui va faire la rétinopathie bientôt il me semble qu'ils nous avaient dit et qui va circuler de village en village enfin c'est surtout pour le dépistage du glaucome hein mais je sais pas s'il ferait pas ça ce qui serait bien en tous cas si ça pouvait exister ce serait un lieu unique c'est-à-dire pas forcément le service d'endocrinologie mais euh un endroit où la consultation le mec il rentre et il voit le cardio tac tac en tous cas on lui fait l'électro pour dépister je ne sais quoi euh ça se serait bien pour le coup déjà si tout était possible si d'un coup la sécu avait des sous [rire]

Animateur : pour préciser un peu plus qu'est-ce que ?

Mr Q : parce que ça forcerait les gens à faire les dépistages les médecins aussi mais là ils seraient pris en charge et il y aurait comme une marche en avant quoi avec un service où on fait tac tac tac tac tac on fait tout je crois que c'est réalisé pas mal au CHU

Animateur : d'accord

Mr Q : ah oui ça ça serait bien [enjoué]

Animateur : et donc ça pour vous ça enlèverait toutes les difficultés actuelles il y a pas de ?

Mr Q : (...) (...) dans les difficultés c'est surtout le temps qu'on peut prendre avec la personne et avoir des rendez-vous avec les spécialistes parce qu'il faut bien qu'ils aillent voilà le problème c'est ça c'est gérer ça après difficile le problème c'est l'accessibilité plus que la difficulté en elle-même

Animateur : et si on parlait du patient ?

Mr Q : ah oui ça ya le patient qui est d'accord qui n'est pas d'accord qui comprend qui ne comprend pas

Animateur : Et qu'est-ce qui pourrait faciliter au point de vue patient du coup vous pensez?

Mr Q : peut-être de l'information mais je suis pas sûr que l'information après par campagne de presse ou radio ou télé je sais pas des fois si c'est pas délétère ça stresse les gens et ils ont encore plus peur des fois mais

Animateur : d'accord

Mr Q : mais quand ils avaient fait le la publicité ya un petit moment maintenant de l'hémoglobine glyquée à 7% c'était le chiffre 7 c'était bien passé quand même chez les gens c'était simple c'est un joli chiffre 7 en plus ça plaît à tout le monde [rire]

Animateur : et point de vue patient d'autres choses ? et l'information est-ce que ?

Mr Q : l'information alors moi l'information que je peux donner aux patients j'ai pas cherché à en avoir ailleurs mais c'est souvent les laboratoires qui vendent des produits contre le diabète donc médicaments insuline qui peuvent donner des petits fascicules et choses comme ça je peux remettre aux patients mais j'en ai pas tant que ça en fait et j'en donne pas tant que ça

Animateur : d'accord

Mr Q : et puis j'y pense pas ça ça va trop vite

Animateur : on a parlé du coup des difficultés de ce que vous pourriez mettre en place est - ce que vous avez l'impression d'avoir quelque chose à ajouter sur le dépistage des complications du diabète ? est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé et que vous avez envie d'évoquer ? Que ce soit patients, médecins, paramédicaux ou spécialistes ?

Mr Q : ça ne me vient pas là non j'ai pas de ...

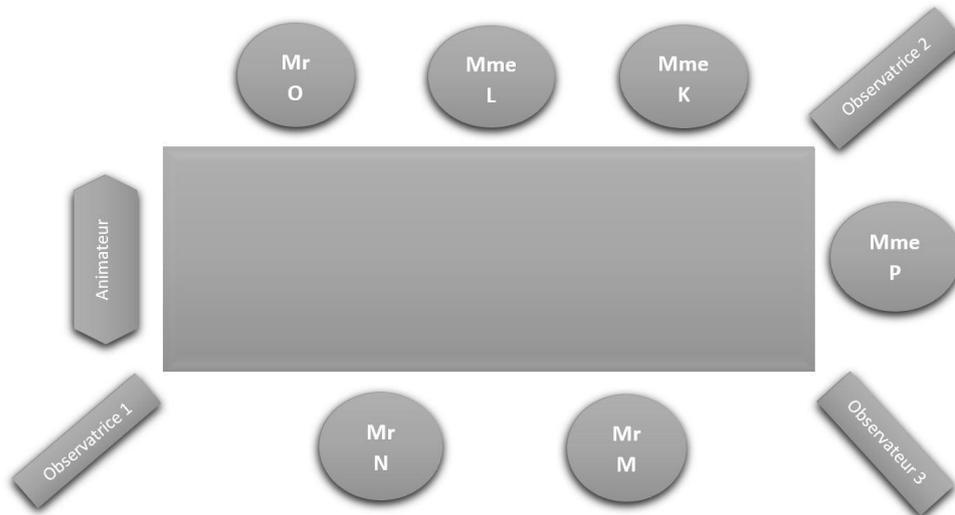
Animateur : ok, bon parfait merci

## ANNEXE 5 :

### Exemple d'analyse longitudinale

#### ANALYSE LONGITUDINALE DU FOCUS GROUP 2

#### Préparation du groupe : Plan du FOCUS GROUP



- Organisation du Focus Group (FG) débutée mi-octobre 2018 pour fixer une date avant les fêtes de fin d'année 2018. Contact par email avec proposition de 3 dates après établissement de la liste des participants potentiels.
- Réservation d'une salle de réunion de l'Hôpital local (même salle que pour le FG 1, taille adaptée) dans un but de neutralité et d'accessibilité à tous.
- Décision de changement d'animateur par rapport au FG 1 après debriefing avec nos directeurs de thèse. L'un d'eux anime alors le FG 2.
- Après premiers contacts téléphoniques, 3 médecins sur 6 contactés donnent leur accord verbal.
- Nouvelle vague de contacts téléphoniques permettant l'obtention de 7 participants.
- La participation des médecins ayant donné une réponse orale favorable a été confirmée par envoi d'une invitation par mail.
- Envoi d'un email de rappel 1 semaine avant la date du FG2 pour rappel et confirmation de leur participation et informations pratiques.
- 1 des médecins a dû annuler pour raisons personnelles. Cette annulation ayant eu lieu quelques jours avant le déroulement du FG, impossibilité de remplacement de ce participant.

#### Cadre de l'entretien et contexte d'énonciation :

- Date : Mercredi 12 décembre 2018, rdv 19h30 pour début 20h
- Lieu : salle de réunion de l'Hôpital Pays de l'Autan, Castres-Mazamet.
- Les 6 médecins ayant répondu favorablement à l'invitation étaient présents. L'un d'eux est arrivé 10 minutes après début du FG.
- Partage d'un buffet avant de débiter la séance et dans l'attente du retardataire. Buffet apprécié par les participants et notamment sa préparation par nos soins.
- Ambiance détendue et plutôt amicale du fait que plusieurs des médecins se connaissaient.
- Installation libre des participants autour d'une grande table. Seules 4 places étaient définies (animatrice et 3 observateurs, cf. Plan ci-dessus).
- Séance animée par notre co-directrice de thèse. Nous nous sommes placées autour de la table en observatrices avec notre autre co-directeur. Cela nous a permis d'être à 3 points stratégiques d'observation.
- Les participants n'avaient à leur connaissance qu'un intitulé très succinct du sujet de la discussion du soir.

#### Profils des médecins présents :

- 6 médecins présents : 3 femmes, 3 hommes.
- Echantillon peu hétérogène du fait des difficultés de recrutement pour les différentes données sociologiques recueillies.
- Médecins âgés de 30 à 64 ans, moyenne d'âges de 41,3 ans.
- 6 médecins installés, dont 2 très récemment. 3 en cabinets seuls, 3 en MSP.
- Tous les lieux d'exercices étaient représentés (rural, semi-rural, urbain)
- Les participants étaient très majoritairement maîtres de stage, puisque seulement 2 des médecins ne l'étaient pas.

#### Déroulement de l'entretien :

- Enregistrement par 2 smartphones aux 2 extrémités de la table pour éviter la perte de données.
- Enregistrement débuté à la prise de parole de l'animatrice.
- Durée de la discussion : 48 minutes (début à 20h40).

- Bonne implication de l'ensemble des participants. Pas de leader. Prise de parole équilibrée entre les différents participants.
- Prise de parole retenue et hésitante au début de l'entretien mais très vite libérée au cours des premières minutes. Débat plus homogène que lors du FG1, probablement liée à l'animation.
- Questions du guide suivies plus ou moins fidèlement. Anticipation de quelques questions sur le déroulé du guide par les participants.
- A l'issue de la discussion, après avoir terminé l'enregistrement, nous avons remercié les participants et leur avons expliqué brièvement la méthode qualitative inconnue de certains participants.
- Les médecins ont semblé intéressés par le sujet.

#### Idées déjà évoquées :

- Questionnement vis-à-vis du dépistage itinérant : intérêt, financement, faisabilité, stigmatisation ?
- Le suivi du diabétique est répétitif, laborieux avec parfois des sentiments d'usure et de stagnation.
- Manque de relai / disponibilité auprès du second recours.
- Importance de la relation médecin-patient.
- Place importante de l'éducation thérapeutique. Possibilités d'éducation thérapeutique multiples : IDE Asalée, Hospitalière.
- Evocation de SOPHIA (service d'accompagnement de l'assurance maladie pour les maladies chroniques) : utilité, doutes.

#### Eléments nouveaux :

- Mise en difficulté par le suivi néphrologique : Impression de ne pas être efficace dans le suivi.
- Vaccination des diabétiques.
- Difficulté sur les gradations de pied diabétique, le suivi podologique et les remboursements.
- Relai Soins de suite et de réadaptation (SSR) pour aide à l'éducation thérapeutique : manque de possibilités, peu de structures connues par MG
- Activité physique menée par IDE Asalée et remise en question de l'IDE Asalée.

- Possibilités d'hospitalisations directes par les MG lors de complications dans le suivi dans d'autres départements, difficultés, manque d'information dans le département du Tarn.
- Idée d'une fiche de liaison simple pour amélioration de la communication avec ophtalmologues.

Discussion :

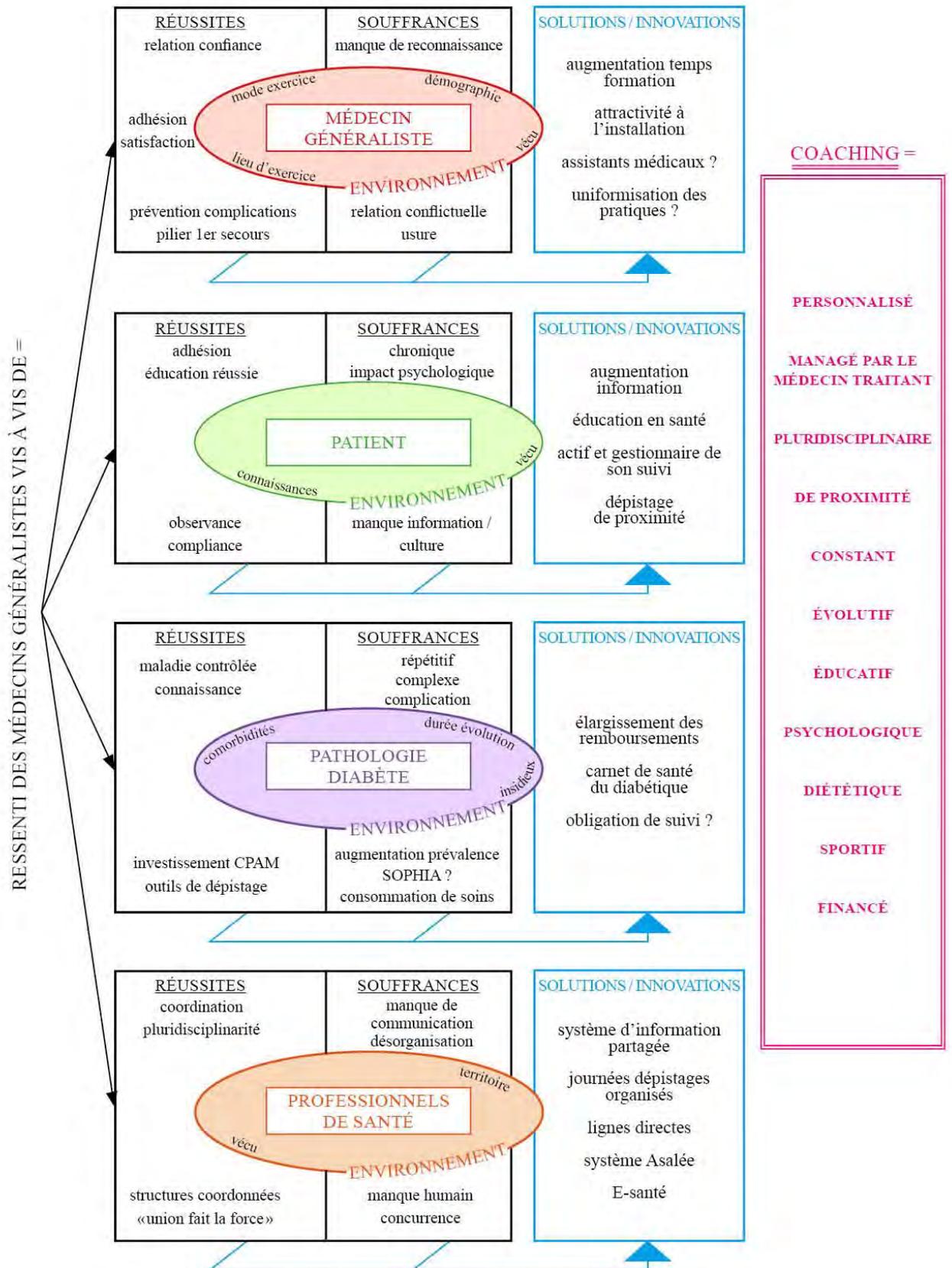
- Retard d'un des participants.
- Prise de parole plus équitable et échanges plus homogènes.
- Meilleur suivi du guide d'entretien.
- Moins de digression dans les échanges.
- Sentiment d'apparition de peu d'éléments nouveaux lors de ce FG par rapport à l'analyse déjà menée des entretiens précédents.

## ANNEXE 6 : Extrait du tableau d'analyse

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Codes	Verbatim FG 1	Verbatim EI 1	Verbatim EI 2	Verbatim EI 3	Verbatim EI 4	Verbatim FG 2	Verbatim EI 5		
MG optimiste et tourné vers de nouvelles solutions	Journées de dépistages organisés	Organisation	organisation viable sur une journée semble idéale	"ce qui serait à mon avis l'idéal"	"ou il y est sur place le jour même"	"y avait la podologue"		"c'est sûr que ça c'est l'idéal pour les patients", "non on aurait tout le même temps c'est mieux", "c'est sûr c'est mieux"	"ouais, c'est bien", "ce serait l'idéal", "effectivement ça c'est beau sur le papier effectivement"			
			présence du podologue lors de la journée de dépistage									
			d'autres professionnels de santé utiles dans le suivi des diabétiques		"pas que le pharmacien"							
			images fond d'oeil réalisées dans les structures itinérantes envoyées à l'ophtalmo		"sont envoyés à l'ophtalmo"						"de faire une rétinographie qui écarte sur un ophtalmologue de Toulouse"	
		Participation des pro de santé	ophtalmologue interprète les images des fonds d'oeil des structures itinérantes		"renvoie la réponse dans les 2-3 jours"							
			déjà bien si réalisation ECG dans le dépistage		"se serait déjà quelque chose"						"la DAAIMP je crois qu'ils sont mobiles, ils se déplacent aussi"	
		Faisabilité	possibilité de déplacement de l'association de dépistage des complications du diabète		"se serait déjà quelque chose"						"pour les diabétiques qui avaient un pb d'accès au fond d'oeil"	
			mise à disposition de rétinographe pour les patients ayant une association dans le cadre du dépistage des complications du diabète		"les fonds d'oeil sont faits"						"la le fond d'oeil on a eu la possibilité avec le réseau enfin d'emménager un rétinographe", "à la case rétinographe"	"ce qui est en train d'être fait un petit peu je crois qu'il y a un camion de dépistage de la rétinographie", "qui va faire la rétinographie bientôt il me semble"
		Financement / matériel	MG est d'accord avec l'organisation d'un dépistage dans un établissement de santé extra hospitalier		"oui é- emménagement oui"							
			modèle de la consultation hôpital serait reproductible en med ambulatoire		"ils sont dans l'idée-type de ce qui pourrait se faire au cabinet"		"dans un centre de prévention de dépistage", "dans un centre de prévention des pathologies de complications du diabète", "mais l'idéal serait d'envoyer le patient dans un centre", "soit en les renvoyant chez eux et l'emménagement dans un centre", "il est possible de faire ça aussi", "est sur place le cardiologue ou il y est sur place l'ophtalmo"					"c'est à dire pas forcément le service d'ophtalmologie"
Sortir de l'hospitalier	Idée d'une convocation dans un lieu neutre pour la journée de dépistage											
	MG confirme le fait qu'il faut réaliser un dépistage en dehors de l'hôpital		"pour maintenir le secret une convention dans un établissement neutre est certainement plus discrète"									
En structure hospitalière	MG en adéquation avec dépistage global sur une journée d'hospitalisation		"tout à fait", "alors ça me paraît bien tout ce que vous avez dit"									
	Evocation d'idées de dépistages annuels sur une journée à l'hôpital de proximité		"je suis tout à fait d'accord"						"sûrement oui à l'hôpital"			
Utopie?	réalisation de 3 journées de dépistage des complications du diabète à la MSP	journées de dépistage au sein de la maison de santé comparée aux hospitalisations de jour en diabétologie réalisation de journées de dépistage des complications du diabète	"c'est assez complexe (ris) d'imaginer où de tout recouper les examens sur quelques jours", "malheureusement on peut pas réaliser", "encore c'est assez utopique"						"le difficile principale c'est une fois par an (...) faire vraiment la totalité de la check-list", "pour faire le tour", "il faudrait une fois qu'on fasse la check-list de score diabétique", "de reprendre tout à zéro une fois par an, c'est très difficile", "mais que tu n'a pas des moyens financiers", "ça a l'air utopique", "c'est vrai que ça n'a pas un très bon organisé tout ça"			
			"on avait fait sur 3 jours"	"c'est un peu comme quand les patients ils allaient en hôpital de jour diabète, ils avaient tout ce qu'il faut c'est plus mis à l'échelle de la maison de santé pour les journées DAAIMP qu'on avait fait"								

## ANNEXE 7 : Schéma issu de la triangulation des données

«Le Médecin Généraliste coach des diabétiques = Implication du premier recours»



## ANNEXE 8 : Avis du comité éthique



**Commission Ethique du Département de  
Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*  
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère  
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – [motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr](mailto:motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr)

**Président : Mme Laurecine VIEU**  
**Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE**

### AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Nom FOUQUET Solène  
Qualité, chercheur, interne en médecine générale  
Adresse, 10 rue d'Empare, 81100 CASTRES  
Courriel [solene.ft@gmail.com](mailto:solene.ft@gmail.com)  
Numéro de téléphone 0632644861

Nom MASSAY Clémence  
Qualité, chercheur, interne en médecine générale  
Adresse, 3 en Boutges, 81290 VIVIERS LES MONTAGNES  
Courriel [cleme.m@wanadoo.fr](mailto:cleme.m@wanadoo.fr)  
Numéro de téléphone 0608534400

Renseignements concernant le promoteur :

Nom DUMG, Docteur Claude CORBAZ  
Qualité Médecin Généraliste, Maître de Stage  
Adresse 2 avenue Marie Curie, 81270 Labastide Rouairoux  
Courriel [claudc.corbaz@msp-hvt.fr](mailto:claudc.corbaz@msp-hvt.fr)  
Numéro de téléphone 0563980032

Titre complet de la recherche : Quel est le ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des Complications du diabète de type II ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

**AVIS FAVORABLE**

**N° 2018 - 011**

**LE 29/4/2018**



Dr Motoko Delahaye

## ANNEXE 9 :

Formulaire d'information et de consentement remis aux médecins participants à l'étude.

### PROMOTEUR

**Département Universitaire de Médecine Générale. Facultés de médecine de Toulouse,  
133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex**

Mme MASSAY Clémence  
3 En Boutges 81290 Viviers-lès-  
Montagnes

Mme FOUQUET Solène  
10 Rue d'Empare 81100 Castres

Réalisent une recherche biomédicale pour un sujet de thèse de Médecine Générale :  
« Quel est le ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des complications du diabète de type II ? »

*N° d'enregistrement : en cours*

Lisez attentivement cette notice. Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.  
Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion suffisant, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette étude ou non.

### But de l'étude :

Faire un point sur les pratiques des médecins généralistes vis à vis du diabète de type II.  
Définir les possibilités de mise en place d'un dépistage organisé en soins premiers.  
Identifier les solutions pour une meilleure prise en charge du diabète dans le bassin Tarnais.

Déroulement de l'étude : Etude qualitative par le recueil d'entretiens semi-directifs enregistrés sur le sujet, anonymisation, retranscription en texte puis synthèse du travail.

Votre participation : Elle consiste à participer à un entretien sur le sujet avec enregistrement audio. Entretien pouvant se dérouler en Focus group (groupe de médecins généralistes du département du Tarn) ou en entretien individuel.

Précautions particulières : Les enregistrements seront détruits une fois la retranscription réalisée.

Aspect réglementaire et administratif : Cette étude a été validée par la commission d'éthique du département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.

Traitement informatique des données personnelles :

Cette étude sera réalisée conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats, dans des conditions assurant leur confidentialité. Ces données pourront, dans des conditions garantissant leur confidentialité, être transmises aux Autorités de santé françaises ou étrangères.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission de vos données personnelles utilisées dans le cadre de cette étude. Ces droits s'exercent auprès de l'Investigateur qui vous suit dans le cadre de l'étude et qui connaît votre identité. (n° de téléphone)

Participation volontaire : Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer à vos proches pour avis.

Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-joint.

**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE  
GENERALE**

FACULTES DE MEDECINE DE TOULOUSE  
133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex

**FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRE**  
**Participation à une recherche biomédicale**

*(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)  
(Une autre copie sera conservée par le centre de ressources biologiques en cas de constitution d'une collection d'échantillons biologiques)*

De : M., Mme, Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Mme **MASSAY Clémence** et Mme **FOUQUET Solène** m'ont proposé de participer à une étude intitulée :

Quel est le ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des complications du diabète de type II ?

N° d'enregistrement

dont le promoteur est le Département Universitaire de Médecine de Médecine générale, Facultés de Médecine de Toulouse , 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex et l'investigateur principal le Dr Corbaz Claude,

J'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

**Interruption de la participation :**

Sans justification et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés :

- Je suis libre de refuser de participer à cette étude,
- Je peux interrompre ma participation à tout moment, auquel cas j'en informerai le médecin qui me suit au cours de cette étude, pour qu'il me propose, le cas échéant, une prise en charge adaptée.

En foi de quoi, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.**

Par ailleurs, je pourrai éventuellement être sorti(e) de l'étude par le médecin s'il l'estime nécessaire.

Ma participation pourra également être interrompue en cas d'arrêt prématuré de l'étude.

**Législation :**

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités à mon égard et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai été informé(e), qu'en conformité avec la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- La commission d'éthique du département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude en date du [indiquer la date],

**Recueil des données :**

Les données ayant trait à ma pratique professionnelle, à mes connaissances, à ma situation administrative demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par le médecin qui me suit et ses collaborateurs, par des personnes mandatées par le promoteur et astreintes au secret professionnel et par des autorités mandatées par les autorités sanitaires et judiciaires.

**En cas d'enregistrement audio, de prise de photos ou de films**

Je donne mon accord pour que ~~des enregistrements audio~~ soient exploités par retranscription intégrale à l'écrit.

**Informatisation des données :**

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès de Mr le docteur Corbaz.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique.

**Information :**

A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Mme MASSAY Clémence ou Mme FOUQUET Solène

Je serai informé(e) de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci.

Je peux demander à être informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

**Obligations :**

Je certifie ne pas être sous sauvegarde de justice.

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

<i>Partie à remplir par le patient</i>	<i>Partie à remplir par le médecin investigateur</i>
Nom et Prénom du patient	Nom et Prénom du médecin
Signature	Signature
Date et Lieu	Date et Lieu

## ANNEXE 10 :

Tableau des caractéristiques sociologiques des médecins participants

Critères / Sujets	Sujet 1 : Mr A	Sujet 2 : Mr B	Sujet 3 : Mme C	Sujet 4 : Mr D	Sujet 5 : Mme E	Sujet 6 : Mr F
Age	58 ans	52 ans	45 ans	60 ans	58 ans	67 ans
Genre	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Année d'installation	1990	1992	2014	1991	1989	1976
Mode d'exercice :	Seul	Seul	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Maison de santé
Type d'activité	Semi-rural	Rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Rural
Maître de stage	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale	Mixte	Libérale
Maître de stage	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Enseignement universitaire	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Participation à un groupe de pairs	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Distance lieu d'exercice - spécialistes						
- endocrinologue	<15 km	15-30 km	<15 km	<15 km	15-30 km	>30 km
- ophtalmologue	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	>30 km
- cardiologue/vasculaire	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	>30 km

Critères / Sujets	Sujet 7 : Mr G	Sujet 8 : Mme H	Sujet 9 : Mr I	Sujet 10 : Mme J	Sujet 11 : Mme K	Sujet 12 : Mme L
Age	58 ans	34 ans	37 ans	56	30 ans	33 ans
Genre	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin
Année d'installation	1993	2018	2016	2003	2018	2015
Mode d'exercice :	Maison de santé	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Maison de santé	Seul
Type d'activité	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Urbain	Semi-rural	Rural
Maître de stage	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale
Maître de stage	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui
Enseignement universitaire	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Participation à un groupe de pairs	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Distance lieu d'exercice - spécialistes						
- endocrinologue	<15 km	15-30 km	<15 km	15-30 km	<15 km	>30 km
- ophtalmologue	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	>30 km
- cardiologue/vasculaire	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	<15 km	>30 km

Critères / Sujets	Sujet 13 : Mr M	Sujet 14 : Mr N	Sujet 15 : Mr O	Sujet 16 : Mme P	Sujet 17 : Mr Q
Age	64 ans	30 ans	31 ans	60 ans	54 ans
Genre	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin
Année d'installation	1983	2019	2016	1989	1996
Mode d'exercice :	Seul	Maison de santé	Maison de santé	Seul	Seul
Type d'activité	Urbain	Rural	Rural	Semi-rural	Rural
Maître de stage	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale	Mixte
Maître de stage	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Enseignement universitaire	Non	Non	Non	Non	Non
Participation à un groupe de pairs	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Distance lieu d'exercice - spécialistes					
- endocrinologue	15-30 km	<15 km	>30 km	15-30 km	15-30 km
- ophtalmologue	<15 km	<15 km	>30 km	<15 km	15-30 km
- cardiologue/vasculaire	<15 km	<15 km	>30 km	<15 km	15-30 km

AUTEUR : FOUQUET Solène et MASSAY Clémence

TITRE: Ressenti des médecins généralistes du Tarn face au dépistage des complications du diabète de type II

DIRECTEUR DE THESE : CORBAZ Claude, CORBAZ Marie-Christine

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de TOULOUSE, Le 08/10/2019

---

**Introduction :** La prévalence des patients atteints de diabète a presque doublé depuis 40 ans passant à 8,5% de la population mondiale. La gravité de cette affection réside dans l'apparition de complications micro et macro vasculaires. Au vu des bénéfices liés à une prévention optimale, les chercheuses se sont questionnées sur ce qui pouvait influencer la mise en œuvre des dépistages.

L'objectif principal était d'analyser le ressenti des médecins généralistes face au dépistage des complications du diabète de type II.

**Matériel et Méthodes :** Il a été mené de Novembre 2017 à Juillet 2019 une étude qualitative alliant des focus groups et des entretiens individuels. La population étudiée était les médecins généralistes installés dans le sud du Tarn. Les entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien. Deux types d'analyses ont été effectuées, longitudinale et transversale selon la méthode de la théorie ancrée.

**Résultats :** 17 médecins ont participé aux entretiens. Les investigatrices ont mené 2 focus groups et 5 entretiens individuels pour arriver à saturation des données. Les réponses étaient variées évoquant à la fois la spécificité du médecin et la relation médecin-malade mais aussi la complexité des suivis et le manque de moyens. Il a été positivement mentionné l'aide par la coordination et l'éducation thérapeutique. Les médecins étaient optimistes et tournés vers l'avenir.

**Discussion :** Le ressenti des médecins généralistes s'inscrit pleinement dans le concept de « Chronic Care Model ». Il semble important de s'appuyer sur la coordination et l'information. De cette étude a pu se dégager un schéma « le médecin généraliste coach des diabétiques : implication du premier recours ». Cette même organisation de soins fait partie des objectifs du plan santé 2022.

---

**Title :** The feeling of general practitioners regarding the screening for complications of type 2 diabetes

**Introduction :** The prevalence of patients suffering from diabetes has nearly doubled in the last 40 years reaching 8.5% of the world's population. The severity of this condition lies in the occurrence of micro and macro vascular complications. Given the benefits of optimal prevention, the researchers have wondered about what could influence the implementation of screening.

The main objective was to analyze the feeling of general practitioners regarding the screening for complications of type 2 diabetes.

**Materials and Methods :** A qualitative study was conducted from November 2017 to July 2019, combining focus groups and individual interviews. The considered population was general practitioners settled in the south of Tarn, France. The semi-directive interviews were conducted using an interview guide. Two types of analyzes were performed, longitudinal and transversal according to the method of anchored instruction.

**Results :** 17 practitioners have participated in the interviews. The investigators have conducted 2 focus groups and 5 individual interviews to reach saturation of data. Answers were varied, bringing up both the practitioner's specificity and the doctor-patient relationship, but also the complexity of follow-ups and the lack of resources. It was positively mentioned the help from coordination and therapeutic education. The practitioners were optimistic and forward-looking.

**Discussion :** The general practitioners' feeling fully fits into the concept of "Chronic Care Model". It seems important to rely on coordination and information. A plan has emerged from this study "general practitioner coach of diabetics: implication of the first resort". This health care program is part of the objectives for the 2022 health plan.

---

**Mots clés :** diabète type 2, médecins généralistes, dépistages, complications, ressenti, coordination, « chronic Care Model », coaching

**Key words :** type 2 diabetes, general practitioners, screenings, complications, feeling, coordination, « chronic care model », coaching

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France