

sectorisés selon les anciennes régions ou les départements. Enfin, Un adressage moindre ne veut pas forcément dire une prise en charge de moins bonne qualité. Certains médecins maîtrisant le diabète peuvent suivre scrupuleusement la pathologie de leur patient et réaliser les différents examens de suivi, l'introduction ou la modification des traitements, la collaboration avec les divers spécialistes notamment cardiologues, ophtalmologues et néphrologues. Ils ne sollicitent alors pas le diabétologue.

Il serait intéressant d'étudier la pertinence de l'adressage mais les facteurs permettant d'évaluer cette pertinence pourraient se révéler subjectifs.

Le frein du temps consacré au suivi des patients diabétiques de type 2 et du temps consacré à communiquer entre différents intervenants n'a pas été évalué et pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

Une étude plus large concernant la collaboration entre tous les professionnels impliqués dans le diabète de type 2 (médecins généralistes, divers spécialistes et paramédicaux) pourrait nous donner un état des lieux plus précis du suivi de cette pathologie.

IV. CONCLUSION

La plupart des modalités d'exercice des médecins généralistes n'influent pas sur la fréquence d'adressage du patient diabétique de type 2 au diabétologue.

Notamment, il n'existe pas de différence d'adressage selon l'adhésion à une CPTS ou l'exercice coordonné avec une infirmière ASALEE malgré une bonne représentation dans notre étude, respectivement 43% et 31,4% des répondants. Les médecins collaborant avec les IPA sont minoritaires dans notre étude (5%) et du fait du déploiement récent de cette profession, il n'est pas encore possible d'en tirer une conclusion. Ces trois éléments correspondent à des axes majeurs de la politique de santé française de ces dernières années. Des études montrent pourtant une amélioration globale du suivi et de la prise en charge du diabète de type 2 lors de la collaboration entre médecins généralistes et infirmières ASALEE (27,28).

Le développement et l'uniformisation des réseaux de soins sur la prise en charge du diabète paraissent représenter des perspectives d'évolution intéressantes. Leurs actions sont diverses

mais permettent une collaboration et coordination des soins entre médecins généralistes, diabétologues, infirmiers, psychologues, diététiciennes. Elles peuvent aussi contribuer à faciliter la réalisation des examens de suivi comme les fonds d'œil, l'éducation thérapeutique ou l'accès au sport. Les échanges entre les intervenants se font régulièrement par courrier, téléphone ou par le biais d'espaces internet sécurisés. Des guides de bonnes pratiques au sein de ces réseaux paraissent intéressants et ont déjà fait leurs preuves dans l'amélioration de l'équilibre du diabète (29).

Au vu des résultats de notre étude, il paraît également primordial de faciliter l'accès des patients atteints de pathologies chroniques aux médecins généralistes et aux diabétologues, particulièrement en milieu rural. La France comptait 714 000 patients en ALD sans médecin traitant fin 2022 (30).

Il paraît important de revaloriser la prise en charge des patients chroniques et la collaboration interprofessionnelle, qui sont des actes chronophages et souvent rémunérés de la même façon que des actes plus courts. Cette revalorisation pourrait concerner tous les acteurs impliqués et améliorer la qualité des soins pour cette population de patients.

La démocratisation et simplification du dossier médical partagé pourrait être une piste pour favoriser la communication entre les différents intervenants, la rendant plus simple et plus rapide.

Seule la distance séparant le cabinet du MG et du DTO a été retrouvée comme frein pour les médecins exerçant en zone rurale. Il n'existe pas de différence significative pour les motifs, bénéfiques et les autres freins à l'adressage. La télémédecine peut être une solution à développer à l'avenir pour améliorer l'accès aux spécialistes pour les patients ruraux (31). Des journées de consultation occasionnelles en milieu rural effectuées par les médecins spécialistes, comme cela se fait déjà dans certaines MSP peuvent être une piste à explorer.

L'augmentation globale du nombre de médecins pourrait contribuer à une réduction du clivage entre zones rurales et urbaines et pourrait permettre des délais de consultation moins longs ainsi qu'un temps consacré au patient plus important.