



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le dépistage de la rétinopathie diabétique : étude qualitative auprès  
des médecins généralistes du Cambrésis  
sur les raisons de l'insuffisance de dépistage chez les patients  
diabétiques**

Présentée et soutenue publiquement le 8 janvier 2025 à 16h  
Au Pôle Formation

**Par Sarah ROHART**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame la Professeure RICHARD Florence**

**Assesseur :**

**Madame la Docteure COURREAU Stéphanie**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur CAREMELLE Yannick**

---

## **Avertissement**

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

L'auteure et son directeur de thèse ne déclarent pas de lien d'intérêt en rapport avec le travail présenté.



## Remerciements



## Table des matières

<b>Liste des abréviations :</b> .....	<b>6</b>
<b>I. Introduction :</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Épidémiologie du diabète :</b> .....	<b>7</b>
<b>2. La rétinopathie diabétique :</b> .....	<b>8</b>
a) Définition : .....	8
b) Épidémiologie : .....	9
c) Le dépistage : .....	9
<b>II. Méthode :</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Population étudiée :</b> .....	<b>13</b>
a) Recrutement des participants : .....	13
b) Refus de participation : .....	14
<b>2. Collecte des données :</b> .....	<b>14</b>
a) Réalisation des entretiens : .....	14
b) Matériel utilisé : .....	14
c) Environnement des entretiens : .....	15
d) Suffisance des données : .....	15
<b>III. Résultats :</b> .....	<b>17</b>
<b>V. Conclusion :</b> .....	<b>36</b>
<b>VI. Références bibliographiques :</b> .....	<b>37</b>
<b>VII. Annexes :</b> .....	<b>40</b>
<b>Annexe 1 : Guide d'entretien</b> .....	<b>40</b>
<b>Annexe 2 : Lettre d'information aux participants</b> .....	<b>42</b>
<b>Annexe 3 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données</b> .....	<b>43</b>
<b>Annexe 4 : Entretiens</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe 5 : Grille Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)</b> .....	<b>45</b>

## Liste des abréviations :

OMS : Organisation mondiale de la santé

RD : Rétinopathie diabétique

IDF : International diabetes federation

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

FO : Fond d'œil

HAS : Haute autorité de santé

VEGF : Vascular endothelial growth factor

MG : Médecin généraliste

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

RDV : Rendez-vous

VSL : Véhicule sanitaire léger

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage universitaire

ARS : Agence régionale de santé

DMP : Dossier médical partagé

IPA : Infirmière de pratique avancée

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

## I. Introduction :

### 1. Épidémiologie du diabète :

Le diabète de type II est considéré comme une épidémie mondiale. Selon la Fédération internationale du diabète (IDF), 463 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans étaient atteints de diabète dans le monde en 2019, et ce nombre pourrait atteindre 700 millions d'ici 2045. (1)

En France, en 2021, 4,2 millions de personnes étaient recensées comme diabétiques par l'Assurance maladie. (2)

L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), sur un article publié en 2017, estime que 20 à 30% des patients diabétiques ne sont pas diagnostiqués. (3)

Les raisons de cette augmentation seraient dues en partie au vieillissement de la population, au déséquilibre nutritionnel, à l'augmentation du surpoids et de l'obésité et à la sédentarité.

Le diabète est particulièrement grave en raison de ses complications à long terme, qui peuvent entraîner des handicaps impactant la qualité de vie et engendrer des coûts de santé élevés. Les complications microvasculaires, caractéristiques de la maladie, affectent la rétine, les reins et les nerfs périphériques, pouvant ainsi mener, dans les cas les plus avancés, à la cécité, à la dialyse et même à l'amputation.

Un contrôle de la maladie par une amélioration du mode de vie et une prise en charge médicale adaptée et précoce peut éviter ou réduire la survenue de complications. Un dépistage des complications du diabète peut contribuer à freiner leur progression. (4)

## 2. La rétinopathie diabétique :

### a) Définition :

La rétinopathie diabétique (RD) est une complication indolore du diabète. Elle est une cause de malvoyance et la première cause de cécité chez les sujets de moins de 65 ans dans les pays industrialisés. (4)

Elle est la conséquence d'une hyperglycémie chronique.

Elle provoque un épaissement de la membrane basale, la perte des péricytes (cellules mésenchymateuses non différenciée localisées au niveau de la lame basale des endothéliums) puis la perte des cellules endothéliales des capillaires rétiens aboutissant à leur obstruction. Il en découle des micro-anévrysmes qui se développent sur les capillaires de voisinage. Elle provoque également une dégénérescence neuronale rétinienne précoce.

L'hyperperméabilité et l'occlusion des capillaires rétiens sont les premières lésions cliniquement décelables de la RD. L'hyperperméabilité capillaire mène à l'œdème rétinien et parallèlement l'occlusion capillaire mène à l'ischémie rétinienne. La RD devient ensuite proliférante par l'induction de néovaisseaux produits en raison d'une occlusion capillaire étendue. (5)

b) Épidémiologie :

On estime qu'environ 30 % des personnes diabétiques souffrent de RD, ce qui représente près d'un million de patients en France.

La RD est aussi fréquente au cours du diabète de type I que de type II.

Pour le diabète de type I : pas avant 7 ans d'évolution mais 90 à 95% ont une RD à 20 ans.

Pour le diabète de type II : 20% ont une RD à la découverte du diabète contre 60 % après 15 ans. (5)

c) Le dépistage :

La baisse d'acuité visuelle ne survient qu'après une longue période d'évolution de la RD, en raison des complications néovasculaires ou de l'œdème maculaire.

L'évolution silencieuse de cette maladie pendant de nombreuses années nécessite donc un dépistage afin de permettre un diagnostic précoce pour initier un traitement et éviter d'aboutir à un handicap pour les patients.

La cécité et la malvoyance associées à la RD peuvent être largement évitées grâce à de nombreux traitements.

Le traitement de la RD consiste à détruire les zones d'ischémie dès le stade de rétinopathie diabétique proliférante, afin de freiner la progression de la néovascularisation.

L'équilibre glycémique et tensionnel ont une place importante dans la prise en charge afin de limiter la progression comme le suggère les études Diabetic Control and

Complications Trial Research Group (6) et United Kingdom prospective diabetes study (UKPDS). (7)

Les traitements médicaux principaux sont la photocoagulation au laser, l'injection intravitréenne d'anti Vascular endothelial growth factor (VEGF), la chirurgie rétinovitréenne...

La photocoagulation au laser a fait l'objet d'études randomisées telles que la Diabetic Retinopathy Study (DRS) et l'Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS) validant son efficacité dans le traitement de la RD. (4)

En pratique, le dépistage s'effectue par un examen systématique du fond d'œil (FO) réalisé par un ophtalmologue. La dilatation pupillaire peut être évitée et remplacée par une rétinographie couleur du FO qui a une sensibilité nettement supérieure à celle d'un simple examen ophtalmoscopique.

Ces photographies peuvent être réalisées par des techniciens non-médecins.

En 2010 la HAS sort des recommandations sur le dépistage de la RD par lecture différée de photographies du FO dont l'objectif est d'améliorer le dépistage de la RD en précisant les populations à dépister, les rythmes de dépistage et l'intérêt et les conditions de réalisation d'un dépistage par lecture différée par l'ophtalmologue. (8)

Depuis mars 2015 il existe une prise en charge par l'Assurance maladie du dépistage de la RD par lecture différée avec la coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste en fonction de conditions de réalisation définies, ce dépistage ne semble pas être mis en place sur le secteur du Cambrésis. (9) (10)

Pour le patient diabétique de type I la RD ne survient en général pas avant 7 ans d'évolution. Il n'est donc pas nécessaire que le premier examen ophtalmologique soit réalisé avant l'âge de 10 ans. (11)

La HAS recommande aux patients diabétiques de réaliser des rétinoographies de dépistage tous les ans chez les patients diabétiques de type I ou de type II avec comorbidité, tous les 2 ans chez le diabétique de type II sans comorbidité et sans anomalie.

Malgré l'amélioration de la prise en charge du diabète et l'efficacité de la photocoagulation, la RD est une cause fréquente de malvoyance en France. Les principales raisons étant sa prise en charge trop tardive pourtant les sociétés savantes recommandent un dépistage régulier de la RD.

- Le dépistage en France :

D'après le résultat de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins généralistes au 31 décembre 2020, 1/3 des patients diabétiques n'ont pas eu de contact avec un ophtalmologue depuis plus de 2 ans (12), malgré les recommandations actuelles. (13)

Le taux de dépistage de la CPAM du Hainaut a été relevé à 59,64%, il se situe donc en dessous de la moyenne nationale malgré l'autorisation d'effectuer un dépistage à distance de l'ophtalmologue. (14)

Dans ce contexte de faible taux de dépistage de RD, l'objectif principal de cette étude était d'interroger les médecins généralistes sur le secteur du Cambrésis afin d'identifier les raisons du manque de dépistage de la rétinopathie diabétique. L'objectif secondaire de notre étude était de trouver des solutions pour optimiser le dépistage des complications ophtalmologiques par les médecins généralistes en fonction de leur avis.

## II. Méthode :

Il s'agissait d'une recherche qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique.

Le but de cette étude était de recueillir l'avis des médecins généralistes du Cambrésis sur le manque de dépistage de la rétinopathie diabétique sur le secteur.

L'approche qualitative par entretiens semi-dirigés nous a permis de connaître l'avis des médecins généralistes sur la question.

### 1. Population étudiée :

Notre étude portait sur le territoire du Cambrésis. Nous avons interrogé neuf médecins généralistes exerçant sur le secteur du Cambrésis.

#### a) Recrutement des participants :

Un échantillon raisonné homogène a été choisi.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste thésé exerçant sur le secteur du Cambrésis.

Le recrutement de l'échantillon de médecin a été effectué grâce à une liste des médecins exerçant sur le secteur du Cambrésis. Les demandes d'entretiens ont été faites par téléphone, par le biais des secrétariats téléphoniques. Après le premier entretien un effet boule de neige a permis de recruter quelques participants.

b) Refus de participation :

Nous avons rencontré plusieurs refus de participation sur le secteur les raisons étant : Un manque de temps, un sentiment de manque de connaissance pour répondre à l'entretien malgré les explications données, des directives données au secrétariat de ne pas accepter les entretiens ou questionnaires de thèse, une absence de réponses aux appels téléphoniques (liste non à jour avec médecins à la retraite, médecins ayant déménagé, arrêts maladies).

2. Collecte des données :

a) Réalisation des entretiens :

Les entretiens étaient semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1), ils étaient réalisés en présentiel, enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits.

Nous avons choisi des entretiens semi-dirigés pour définir l'orientation générale à explorer. Le guide d'entretien était composé de sept questions ouvertes qui nous ont permis de suivre une trame lors des entretiens, sur lesquelles il était possible de diverger. Les techniques d'écoute active étaient utilisées lors des entretiens.

b) Matériel utilisé :

La collecte des données a été effectuée avec un dictaphone, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sur un logiciel de traitement de texte.

c) Environnement des entretiens :

Les entretiens ont été effectués sur les lieux d'exercice des participants dans leur bureau, hormis pour le premier entretien qui a été effectué dans un autre cabinet et dirigé par le directeur de thèse. La collecte des données a été effectuée du 21 novembre 2023 au 12 juillet 2024.

d) Suffisance des données :

Nous avons mis fin à la collecte des données une fois la suffisance des données atteinte.

Le phénomène étudié a été suffisamment décrit et nous n'avions plus de nouvelles théories et catégories conceptuelles.

3. Analyse des données :

L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure des entretiens à l'aide du logiciel MAXQDA qui a permis la sélection de thèmes et la construction de thèmes superordonnés.

Afin d'améliorer la scientificité, nous avons effectué une triangulation des données avec une analyse ouverte entre l'investigatrice et une autre chercheuse.

#### 4. Éthique :

Le consentement éclairé de chaque participant a été demandé et accordé par le biais d'une lettre d'information délivrée par mail ou directement remise en main propre (Annexe 2). Elle expliquait le but de l'étude, la confidentialité des données recueillies et la possibilité de retirer sa participation à tout moment.

Les enregistrements ont été détruits après leur retranscription. Toutes les données pouvant permettre d'identifier le participant ont été supprimées lors de la retranscription.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2024-062 auprès du Registre des traitements des données de l'Université de Lille (Annexe 4).

### III. Résultats :

#### Caractéristiques des participants :

Participant	Age	Genre	Date d'installation	Conditions d'installation (MSP, Collab, seul)	Secteur	MSU/ Groupe de formation / rien	Durée
P1	56 ans	Masculin	1998	MSP	Rural	MSU	12min
P2	54 ans	Masculin	2000	Groupe	Urbain	MSU	17min
P3	60 ans	Masculin	1993	MSP	Rurale	MSU	35min
P4	30 ans	Féminin	Assistante	Groupe	Semi rurale	Rien	17min
P5	49 ans	Masculin	2015	MSP	Rurale	MSU	20min
P6	29 ans	Masculin	Remplaçant	Remplaçant	Semi rurale	Rien	23min
P7	50 ans	Masculin	2019	Seul	Rurale	Rien	28min
P8	45 ans	Masculin	2008	Groupe	Urbain	Rien	15min
P9	44 ans	Féminin	2008	MSP	Semi-rurale	MSU	19min

#### **Place du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge de pathologies chroniques :**

Le rôle central du MG et le rôle de prévention étaient des éléments soulignés par les participants : « nous avons un rôle clef, parce que sans nous les patients seraient un peu perdus, on a le rôle justement de s'assurer en fonction des pathologies chroniques des examens de dépistages etc. » (P4).

Des participants ont indiqué la place cruciale de l'aide informatique et du suivi de dossier : « *Donc s'il n'y a pas de dossier informatique fait ou papier mais bon, il n'y a pas ... le suivi ne peut pas être fait. Les gens qui ne font pas leur dépistage on ne le voit pas, sur écran on le voit bien si c'est rentré pas rentré.* ». (P7).

La démarche systématisée en fonction des recommandations lors des entretiens avec les patients pendant les consultations a été mise en avant : « *c'est quelque chose qui est le nerf de guerre de notre métier et qui est hyper valorisant quand on arrive à avancer avec une patientèle qui est dans les recos ou bien suivi malgré les pathologies chroniques tel que principalement le diabète* » (P9).

Des MG ont insisté sur l'importance de la coordination des soins et d'être organisé dans le suivi des patients ayant une pathologie chronique : « *on fait l'essentiel quand même du travail en coordination avec nos confrères spécialistes mais l'élément pivot ça reste quand même en médecine de ville médecine générale.* » (P8).

### **Les aspects négatifs et contraintes ressentis par le MG à la prise en soins de leurs patients chroniques / diabétiques :**

Des participants ont fait ressortir le manque de communication avec les spécialistes, en particulier concernant le diabète avec les ophtalmologues et regrettaient de devoir s'appuyer sur les seuls dires des patients pour surveiller le dépistage de rétinopathie diabétique : « *à chaque fois mais quand on revoit le patient on lui demande votre dernier bilan ophtalmo date de quand* » *ah bah justement j'y suis allé le mois dernier* », *soit ils sortent le papier alors là on a le compte rendu soit il n'y a rien.* » (P2), « *Pas assez mais eux aussi se disent de toute façon le médecin ne va pas le lire ou de toute*

*façon il ne fait pas de dossier, de toute façon il ne va pas le lire. Je pense qu'il y a ce côté-là il faudrait leur poser la question. » (P7).*

Les difficultés de communication pour avoir un avis ophtalmologique rapide étaient mises en avant, le participant 2 met en avant la surcharge de travail qui serait en cause et qui entrainerait un manque de temps et de communication : *« donc surcharge de tout même si on a j'ai la chance d'avoir une secrétaire .... Aussi bien avec les paracliniques avec les paramédicaux je veux dire qu'avec les professions médicales spécialisées autres confrères qui sont comme nous difficilement joignables » (P2).*

### **Les raisons ressenties au manque de dépistage de rétinopathie diabétique par les MG :**

- Pénurie de l'offre de soins :

L'ensemble des participants a mis en avant l'offre de soins ophtalmologiques insuffisante sur le secteur du Cambrésis et les délais de rendez-vous trop longs : *« L'offre de soins en ophtalmo. Elle est sous-évaluée et elle devient catastrophique » (P2), « essentiellement le manque d'ophtalmo. Il y a des gens qui ne peuvent pas prendre rendez-vous six mois à l'avance hein. » (P7).* Certains participants expliquent le problème de distance pour accéder aux rendez-vous et un participant met en avant le coût avec les bons de transport : *« Une bonne demi-heure, alors ça c'est c... mais le nombre de fois où ils me parlent de se garer c'est quand même très pragmatique, donc soit c'est de toute façon c'est bon transport, je n'y vais pas par moi-même. Mais même il y en a beaucoup qui ne souhaite pas faire le dépistage à cause de ça. » (P6).*

Les participants expliquent une perte de chance dû à l'abandon des patients face aux difficultés : *« c'était fatigant parce que les gens disaient qu'ils n'allaient pas avoir de rendez-vous avant 9 mois ils baissaient les bras. » (P3).*

Le participant 6 explique ressentir une perte de chance pour les patients dû à cette pénurie car les possibilités de rendez-vous sont à des distances trop éloignées de leur résidence : « *il y a vraiment une perte de chance parce que les patients disent que de toute façon ils ne veulent pas aller à (ville 4)* » (P6).

- Investissement et organisation des patients :

Le participant 5 reproche le manque d'investissement et d'anticipation du patient dans la prise de rendez-vous : « *aussi la fénéantise du patient, si on leur disait va prendre un rendez-vous tu les vois après trois mois ils disent qu'ils n'ont pas eu le temps.* » (P5). Le participant 9 lui explique qu'il faut un investissement des patients pour anticiper la prise de rendez-vous et l'importance de l'organisation des patients pour ne pas avoir de difficulté : « *Je dirai que ce n'est pas si difficile parce que la régularité des demandes fait qu'on leur demande de prendre leur rendez-vous un an deux ans à l'avance et de les garder, du coup on insiste fortement quand même sur les examens du suivi du diabétique qui est vasculaire ou ophtalmo* » (P9).

- Connaissance des patients sur le diabète :

Le participant 6 met également en avant la méconnaissance du patient face à la rétinopathie diabétique : « *et j'ai eu deux trois patients la début octobre ça m'a marqué j'en ai deux ou trois qui m'ont dit bah quand on est diabétique il faut suivre les yeux ? et en plus des gens qui comprenaient donc ça m'a surpris, comme si on ne leur en avait jamais parlé.* » contrairement au participant 2 qui lui considère que les patients sont bien informés : « *c'est peut être des patients qui sont aussi malentendants (rire)* » (P2).

## **Les solutions locales au manque d'ophtalmologue et au manque de dépistage de la rétinopathie diabétique sur le secteur :**

- Anticipation des rendez-vous :

Certains participants mettent en avant le besoin d'anticipation de prise de rendez-vous par les patients pour pallier au manque d'ophtalmologue : « *c'est toujours pareil moi je leur dis prenez le rendez-vous, au moins vous aurez rendez-vous un jour, si vous attendez forcément il n'y aura jamais de rendez-vous, donc je leur dis je m'en fous même si c'est dans 2 ans je veux qu'ils aient une date* » (P4).

- Mise en place de nouvelles structures :

Un participant met en avant la volonté des spécialistes ophtalmologues d'améliorer l'offre de soins en créant de nouvelles antennes sur le secteur : « *qui viennent et qui interviennent là et qui suppléent un petit peu au déficit des ophtalmo qui sont partis à la retraite progressivement depuis 15 ans.* » (P1) « *Ils sont 3 ou 4 je crois à tourner mais ils interviennent régulièrement c'est à dire qu'il y en a 3 principaux qui sont dédiés à ça je crois que monsieur XXXX qui était en retraite libérale il intervient encore un peu et après t'en as quelques-uns qui viennent faire des consultations qui sont plus sur le pôle (ville 4) et le pôle (ville 3) mais qui viennent faire des consultations de temps en temps sur le secteur je pense qu'ils tournent ensemble en fait* ». (P1)

- Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographie de fond d'œil par les médecins généralistes :

Certains participants avaient depuis peu accès à un rétinographe ambulancier au sein de leur MSP qui leur permettait d'effectuer eux même le dépistage de rétinopathie

diabétique en faisant une photographie de fond d'œil et en la transmettant à un ophtalmologue par le biais d'OMNIDOC. Les patients ayant une rétinopathie diabétique sur la photographie de fond d'œil étaient rapidement revus par l'ophtalmologue.

Avantages :

Les avantages reconnus par les médecins utilisant le rétinographe sont :

- Avoir un accès facile et de proximité : « *c'est ici localement donc ils n'ont pas besoin de se déplacer...* » (P3), « *du coup par rapport à la proximité au retour des patients à la facilité d'accès pour eux super !* » (P9).
- Avoir eu une réduction des délais de rendez-vous : « *Moi tous les rendez-vous dont j'ai eu besoin d'avoir je les ai eus maximum dans le mois qui suivait alors que normalement quand on est en consultation c'est neuf mois, un an ... et ça décourage les gens, ils ne voient pas l'intérêt de prendre des rendez-vous donc là cette organisation-là permet de fluidifier le parcours des gens, de leur trouver des délais de temps normaux. Et en plus c'est des gens locaux qu'on voit c'est aussi l'avantage, parce que moi pendant un moment mes correspondants c'était des gens sur ville 11 sur ville 5 ou même sur ville 12 (éloignées)* » (P3).
- Avoir une satisfaction des patients et une satisfaction personnelle « *Et au contraire tout le monde était très content de la faire, ceux qui ont eu des résultats normaux étaient contents d'avoir un résultat normal, ceux qui ont eu des résultats anormaux étaient contents d'une prise en charge.* » (P3) « *Et après il y a la satisfaction des gens, et ma satisfaction à moi, on se dit qu'on va peut-être éviter qu'il y ait des gens qui deviennent aveugles et voilà ça vaut le coup même si c'est un peu pénible enfin*

voilà ... » (P3), ils ont ressenti une amélioration de leur prise en charge, une reconnaissance professionnelle des patients « *c'est très satisfaisant* » (P5).

- Que ce système avait facilité la communication avec les ophtalmologues : « *Ça facilite la communication c'est génial* » (P5) « *Là ce qui est pratique c'est que quand on a un soucis bah on peut dire c'est tel ou tel soucis c'est très précis de montrer les clichés qu'on a s'ils veulent revoir la rétinographie pour avoir leur propre expérience parce que c'est peut-être pas le même ophtalmo que les gens ont l'habitude de voir mais moi j'ai pas eu de refus en fait de l'ophtalmo quel que soit l'ophtalmo, en disant il y a une rétinopathie diabétique ou une suspicion de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), une hypertension enfin des signes d'hypertension intraoculaires bah ils ont pris rapidement.* » (P3).

- Avoir un examen de dépistage non contraignant sans dilatation préalable de l'œil a été mis en avant : « *Donc ici c'est une rétinographie sans dilatation des yeux donc il y a moins d'appréhension moins de gêne ils ne sont pas obligés d'être accompagnés ils peuvent venir tout seul. C'est vraiment autre chose, c'est d'une praticité et c'est ici localement donc ils n'ont pas besoin de se déplacer...* » (P3).

- Que ce dépistage avait permis la découverte d'autres pathologies pour certains patients : « *d'ailleurs on a découvert plein d'autres choses on a découvert des DMLA, pas que des rétinopathies diabétiques mais des problèmes de fond d'œil en fait et les gens étaient vus enfin il y avait une solution à leur problème, on ne se retrouvait pas avec un diagnostic sans pouvoir rien faire.* » (P3).

- Avoir un fonctionnement simple. L'organisation du dépistage simplifié, a permis une fluidité dans le parcours de soins : « *Moi je trouve ça beaucoup plus souple que ce soit nous, que ce soit au même endroit et sur une période de temps, s'ils ne peuvent pas*

*y aller une semaine ils y vont la semaine suivante, là on a trois mois pour trouver un rendez-vous c'est plus simple » (P3).*

Un des participants a également mis en avant l'impact économique avec la réduction des déplacements et de ce fait sans bon de transport : *« je ne saurais plus dire dans quel contexte mais je pense quelqu'un qui avait des difficultés aussi de mobilisation importante qui a bien voulu avec sans bon de transport aller avec la famille, c'est une diminution de coût aussi de bon de transport ou de prise en charge d'avoir ça à côté donc c'est quelque chose de chouette hein moi je trouve ça hyper chouette. » (P9).*

Les médecins ont eu l'impression d'augmenter leur taux de dépistages, amélioration du dépistage depuis la mise en place du rétinographe *« Et depuis le rétinographe ça a bien avancé. Je pense qu'on doit être vers 70 %. C'est important. » (P5).*

Inconvénients :

Les inconvénients pour certains médecins étaient une charge administrative supplémentaire avec la prise de rendez-vous pour les patients : *« Moi ça m'a donné, juste moi ça m'a fait un surcroît de travail pas forcément nécessaire et agréable » (P9).*

Une faible rémunération par la cotation OMNIDOC : *« qui n'est pas forcément rémunéré en fait parce que là on a fait le choix que ce soit l'assistant qui soit payé ce qui est normal puisque c'est lui qui fait l'examen mais on n'a pas forcément prévu de rémunération de la logistique en fait de la gestion donc on est rémunéré par Omnidoc comme une téléexpertise mais voilà » (P3).*

Les médecins ont mis en avant la nécessité de déléguer la tâche à une infirmière de pratique avancée (IPA) ou autre personne formées pour effectuer la prise de rendez-vous ainsi que la photographie de fond d'œil : *« nous avons formé quelqu'un qui l'utilise c'est très simple d'utilisation même un enfant peut l'utiliser » (P5), « Ça s'est*

*finalement bien passé parce qu'on a mis une liste au secrétariat avec juste les noms pas de prise de rendez-vous pas de chose comme ça c'est notre IPA qui a pris en charge d'appeler tout le monde pour leur mettre un rendez-vous sur Doctolib donc cette façon de faire nous a facilité les choses même si j'entends que ça me prend deux secondes aussi à moi d'aller sur le planning de rendez-vous. » (P9).*

Une peur de la délégation de tâche et une impression de se sentir déresponsabilisé :  
 *« c'est celui qui fait l'examen qui rentre directement les données et pas une personne qui n'a pas vu le patient enfin je ne sais pas en fait je me sens juste secrétaire du truc là... » (P4), « Donc bah je trouve encore ça borderline alors qu'il y a des orthoptistes qui sont compétents pour ça et je trouverais ça beaucoup plus logique d'être reçu par un orthoptiste qui est capable enfin qui fait ça a longueur de journée qui a l'habitude de manier les machines plutôt que quelqu'un qui n'a aucune formation la dessus et c'est pas une formation de deux heures qui va, enfin voilà ça ne remplace pas ... » (P4).*

La difficulté à accepter le changement :  *« Alors les changements d'habitudes chez le médecin généraliste c'est difficile c'est chronophage et intellectuellement prenant. » (P9).*

Et enfin le coût du matériel a été mis en avant :  *« ce qui était compliqué c'était de trouver les financements pour acheter l'appareil qui coûte une fortune quand même et heureusement qu'on était à quatre lieux parce que sinon ici tout seul on n'aurait pas pu l'acheter, donc là on a été aidé par le conseil général, plusieurs subventions, l'ARS, des choses qui ont permis d'acheter en plus qu'avec nos fonds propres à nous. » (P3).*

- Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographie de fond d'œil par les pharmaciens :

Certains médecins rapportent des dépistages ambulants au sein des pharmacies de leur secteur une fois par an : « *Je ne les ai jamais adressés mais les pharmaciens mettent à l'entrée de la pharmacie une affiche. Donc honnêtement je ne sais pas si des patients l'ont fait, mais ça peut être intéressant pour les communes qui n'ont pas la possibilité de voir un ophtalmologue ou d'avoir un rétinographe.* » (P5).

« *C'est un appareil qui vient avec un opérateur et il vient en pharmacie dans plusieurs endroits.* » (P7).

Mais un des participants rapporte une organisation complexe « *Avant qu'on ait le rétinographe donc il y avait le rétinographe je crois que c'est départemental qui circulait il était à la pharmacie c'était sur une journée en fait donc il fallait prévoir les gens leur poser la question les envoyer voir le pharmacien enfin c'était une organisation autre qui était très compliquée* » (P3).

### **Avis des MG sur l'efficacité à être acteur du dépistage :**

Des participants ont expliqué qu'ils avaient un sentiment d'être déjà assez efficace dans le dépistage de la rétinopathie diabétique : « *j'ai l'impression que l'ophtalmo c'est le plus cadré chez mes patients ophtalmo et cardio en général le rendez-vous il est plus facilement pris que tout le reste* » (P6), « *Je dirais que ce n'est pas si difficile parce que la régularité des demandes fait qu'on leur demande de prendre leur rendez-vous un an deux ans à l'avance et de les garder, du coup on insiste fortement quand même sur les examens du suivi du diabétique qui est vasculaire ou ophtalmo.* » (P9).



Les médecins interrogés soulignaient le rôle central du MG dans la prise en charge de pathologies chroniques dont fait partie le diabète. Ils expliquaient le besoin d'avoir une prise en charge systématisée, et la place cruciale de l'informatique. Ils évoquaient les différents rôles comme celui d'éducation, de suivi régulier, d'orientation vers d'autres spécialistes, d'information, de coordination des soins et principalement celui d'être pourvoyeur de dépistage.

L'ensemble de cette prise en charge va être un facteur améliorant le dépistage de la RD mais les MG rencontraient certaines difficultés et contraintes qui jouaient sur la qualité de leurs soins et qui étaient des facteurs limitants le dépistage de la RD.

Ils évoquaient des contraintes administratives qui entraînaient une surcharge de travail et un manque de temps. Cette surcharge de travail entraînait des contraintes psychologiques.

Cette contrainte de temps, ils l'expliquaient par l'impact du désert médical sur leur prise de soins qui provoquait une obligation de prioriser en délaissant certains aspects.

Ils expliquaient un manque de communication avec certains spécialistes comme les ophtalmologues, ce qui avait un impact sur le dépistage. Ils ne savaient pas si les patients avaient bien fait leur dépistage, et ne pouvaient se fier qu'à leurs dires, alors que certains patients ne faisaient pas la différence entre un FO et un contrôle de vue. Ils évoquaient comme facteurs limitants ce dépistage, le manque de connaissances des patients, le manque d'investissement et d'organisation comme pour la prise de rendez-vous ou ils se retrouvaient confrontés à un retard de prise en charge parce que les patients n'avaient pas pris le rendez-vous ou n'anticipaient pas. Certains l'expliquaient par un manque de motivation. Ce manque de motivation était aggravé d'après leur ressenti par cette pénurie en offre de soins. Certains médecins évoquaient le discours des patients qui refusaient d'aller à des rendez-vous loin de leur domicile.

Les patients ne voyaient pas l'intérêt de prendre rendez-vous si le rendez-vous était dans un an. Cela entraînait un refus du patient, une mauvaise adhérence aux soins et par conséquent une perte de chance pour le patient.

Les MG expliquaient que certaines stratégies avaient été mises en place comme un rétinographe itinérant en pharmacie. Cette stratégie d'après les MG n'avait pas donné de résultats satisfaisants, la plupart disaient ne pas savoir où et quand le rétinographe était disponible. Ils expliquaient également qu'il était difficile pour eux d'avoir un retour sur la situation et ne pouvaient se fier à nouveau qu'aux dires des patients. Il n'existait pas de réseau de communication vers le médecin traitant. Peu de leurs patients avaient effectué ce dépistage car disponible seulement une journée par an avec peu de créneaux. Ils évoquaient également la mise en place de nouvelles structures par les ophtalmologues pour élargir l'offre de soins sur le territoire. Les ophtalmologues étaient présents à tour de rôle une à deux journées par semaine et pour prendre en charge certaines pathologies. Les retours étaient plutôt positifs mais les rendez-vous étaient déjà beaucoup trop longs et les consultations saturées.

Une troisième solution avait été évoquée, éduquer les patients à la prise de rendez-vous anticipée. Expliquer aux patients qu'en sortant de chez l'ophtalmologue ils devaient prendre le rendez-vous pour l'année suivante. Cette situation semblait acceptable pour les patients ayant déjà un suivi, mais parfois non réalisable car les créneaux n'étaient pas encore proposés.

La dernière solution évoquée avait été récemment mise en place. La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Haut Escaut avait investi dans un rétinographe, qui permettait à une personne formée, d'effectuer une photo de FO qui était transmise à un ophtalmologue de proximité. Ce dernier pouvait ensuite interpréter cette photo de FO, puis convoquait les patients ayant une anomalie. Ce dépistage

avait montré des avantages selon les MG qui avaient pu l'utiliser avec une réduction des délais de RDV, un accès facilité de proximité et une organisation simplifiée. Certains rapportaient également l'impact économique grâce à la réduction des prescriptions médicales de transport.

Ils mettaient en avant une valorisation de leur travail une satisfaction et une reconnaissance professionnelle. Ils pouvaient apporter une réponse rapide à leurs patients. Cela permettait de libérer des consultations ophtalmologiques, afin de prioriser les consultations de patients ayant une pathologie ophtalmique.

Ce dépistage en coordination avec les ophtalmologues avait permis de faciliter la communication.

Les inconvénients qui avaient été soulignés avec le rétinographe étaient pour certains médecins de se sentir secrétaire de ce dépistage avec la frustration de ne pas être acteur de l'acte et de ne faire que transmettre l'information.

Ils expliquaient l'importance d'avoir quelqu'un de formé à la réalisation de la photo de FO, à l'organisation et la prise de rendez-vous pour les patients car certains médecins ne se voyaient pas avoir une charge de travail supplémentaire.

Ils évoquaient également la faible rémunération, car relevant de la téléexpertise alors que le dépistage demandait une organisation, du temps pour prendre les rendez-vous et du temps pour faire les comptes rendus. Certains avaient délégué l'intégralité du travail à une assistante mais ne se voyaient pas refaire ce dépistage sans cette aide.

Avec ce modèle nous avons pu voir la place du MG dans le dépistage de la RD, l'impact de la situation actuelle et de l'offre de soins et les solutions proposées sur le secteur pour tenter d'améliorer ce dépistage qui pour le moment reste en dessous de la moyenne nationale.

Les MG ont souligné les difficultés à optimiser leur prise en charge et leur sentiment d'impuissance face au dépistage de la RD, en raison notamment à la pénurie d'ophtalmologue dans le secteur du Cambrésis. Ils perçoivent ce dépistage comme très spécialisé et difficile d'accès. Par ailleurs, le manque de communication entre les ophtalmologistes et les MG complique davantage cette prise en charge.

Ils soulignent leur souhait d'investissement et d'amélioration de ce dépistage en offrant des solutions adaptées au manque d'ophtalmologue sur le secteur comme avec la rétinographie par lecture différée de FO.

Les MG ayant accès à cette solution de dépistage se voyaient satisfaits par cette méthode, pour eux ce dépistage à distance de l'ophtalmologue entre dans le cadre de leur mission de prévention et de coordination des soins faisant partie des compétences du MG.

Ils ont également mis en avant la possibilité et la nécessité d'avoir accès à cette solution de dépistage grâce aux aides financières et grâce à l'aide de personne formées afin de soulager la charge de travail supplémentaire apportée par ce dépistage. Ils s'imaginaient mal organiser ce dépistage seul.

Les MG n'ayant pas accès à ce dépistage se voyaient quant à eux impuissants face à la situation. Une des solutions proposées était une éducation de leurs patients sur la prise de rendez-vous anticipée. Ils n'étaient pas contre cette solution de dépistage à distance mais seulement s'il existait des aides financières et si cela ne leur apportait pas une charge de travail supplémentaire.

Comparaison avec la littérature :

Plusieurs études ont étudié l'utilisation d'un rétinographe non mydriatique avec lecture différée de FO pour le dépistage de la RD.

En 2005 la revue du praticien publie un article sur le dépistage de la rétinopathie diabétique par photographies de fond d'œil. L'étude permet d'étudier les nouveaux outils de dépistage de RD comme celui avec un rétinographe permettant à distance de l'ophtalmologue de réaliser une photo de FO, en vue de la diminution prévisible du nombre d'ophtalmologue dans les années à venir. Cette étude conclut que le rétinographe permet d'obtenir un haut niveau de qualité de dépistage au moins aussi bon que le dépistage en filière classique par l'ophtalmologue. (15)

En 2007, un article est publié sur le dépistage de la RD en Bourgogne avec un rétinographe non mydriatique itinérant. Le but de cette étude quantitative était d'évaluer le dépistage de la RD via un rétinographe itinérant avec une collaboration entre ophtalmologue, MG, pharmaciens et infirmiers.

Cette étude conclut qu'un dépistage de RD itinérant peut améliorer la qualité du suivi ophtalmologique des patients diabétiques en zone rurale. (16)

L'article « la télémédecine pour le dépistage de la RD » publié en mai 2010, montre que la télémédecine via l'utilisation d'un rétinographe, par transmission des photos de FO aux ophtalmologues pourrait permettre l'amélioration du taux de dépistage de RD. Elle pourrait permettre en France une meilleure adhérence du patient et réduire le nombre de consultations chez l'ophtalmologue. Des essais ont déjà été mis en place

en Bourgogne en Ile de France et dans le Nord via le réseau OPHDIAT. Ces essais ont été concluants. (17)

En 2016, un article de recherche est publié dans le Journal of diabetes research Cette étude évalue l'utilisation du rétinographe dans un centre spécialisé dans le diabète à l'hôpital universitaire de Heidelberg en Allemagne. Les résultats suggèrent que la mise en œuvre d'un rétinographe pour photographie de FO non mydriatique peut contribuer à améliorer le diagnostic précoce de la rétinopathie diabétique. (18)

Forces et limites de l'étude :

Il s'agit d'une étude originale. Plusieurs recherches ont évalué l'intérêt du dépistage par rétinographe et lecture différée de fond d'œil et ont conclu à une amélioration du dépistage par cette méthode. Malgré cela le dépistage reste toujours insuffisant sur le secteur du Cambrésis ainsi qu'au niveau national.

Aucune étude qualitative ne s'intéresse à l'avis des médecins généralistes quant à l'insuffisance de dépistage de la rétinopathie diabétique sur le secteur du Cambrésis. Opter pour une étude qualitative était le choix le plus approprié pour recueillir le ressenti des médecins interrogés à ce sujet.

La réalisation des entretiens en présentiels a permis d'intégrer les attitudes non verbales des médecins. Ils ont été réalisés et retranscrits par une seule chercheuse assurant une fidélité des propos des participants. Nous avons effectué une triangulation des données avec une autre chercheuse afin de limiter l'interprétation personnelle.

Le manque d'expérience de la chercheuse dans la conduite d'entretiens semi-dirigés a possiblement affecté la qualité des échanges. Le premier entretien n'était pas réalisé par la chercheuse mais en présence de la chercheuse. La fluidité des entretiens s'est vue améliorée à force d'expérience. Les premiers entretiens ont parfois été entravés par des questions fermées qui ont limité la prise de parole du médecin interrogé, ou parfois entravé par un manque de relance qui a été corrigé pour les entretiens suivants. Ces entretiens ont abouti à des durées satisfaisantes et les participants ont pu exprimer toutes leurs idées.

Le nombre de MG a été limité par l'absence de réponse malgré les relances effectuées via les secrétariats ou parfois par le refus de certains médecins à être interrogé par

manque de temps ou l'appréhension d'un manque de connaissance. Le nombre de médecin sur le territoire a aussi eu un impact sur le nombre de participants. Malgré cela, la suffisance des données a été atteinte.

Perspectives :

Les résultats de cette étude suggèrent que l'insuffisance de dépistage serait particulièrement liée à la carence en offre de soins en ophtalmologie sur le secteur qui tend à s'aggraver dans les années à venir.

Une des solutions pourrait être la mise en place d'un dépistage par téléexpertise, à distance de l'ophtalmologue, par le biais du médecin généraliste comme initié sur le secteur par la CPTS du Haut Escaut. Cette solution existant théoriquement depuis de nombreuses années n'est pour le moment pas encore généralisée dans les cabinets de médecine générale certainement dû au coût et l'organisation qu'elle engendre mais pourrait apporter une amélioration du dépistage, une facilité d'accès et libérer des consultations ophtalmologiques. Pour faciliter la mise en place de cette solution il serait peut-être important d'effectuer un protocole, de solliciter des aides financières et d'optimiser la rémunération de dépistage de RD par le MG.

## V. Conclusion :

Cette étude a permis d'évaluer les raisons de l'insuffisance de dépistage de la RD sur le secteur du Cambrésis en recueillant l'avis des MG. Le déficit en offre de soins ophtalmologiques semble être une des causes principales de ce taux de dépistage.

Cela a amené les MG à chercher des solutions adaptées pour pallier ce manque de dépistage.

Notre étude suggère que des solutions peuvent être apportées et commencent à être mises en place sur le secteur par les médecins généralistes par l'achat d'un rétinographe afin de réaliser en association avec les ophtalmologues un dépistage plus rapide et plus accessible.

## VI. Références bibliographiques :

1. Fédération Internationale du Diabète [Internet]. [cité 26 oct 2024]. Faits et chiffres. Disponible sur : <https://idf.org/fr/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 26 oct 2024]. Diabète. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
3. Inserm [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Diabète de type 2 · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 juin 2023]. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1028305/fr/depistage-de-la-retinopathie-diabetique-par-lecture-differee-de-photographies-du-fond-d-œil](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1028305/fr/depistage-de-la-retinopathie-diabetique-par-lecture-differee-de-photographies-du-fond-d-œil)
5. 2eme cycle (DFASM) – C.O.U.F. [Internet]. [cité 24 juill 2023]. Disponible sur : <https://couf.fr/espace-etudiants/2eme-cycle-dcem/>
6. Nathan DM, for the DCCT/EDIC Research Group. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 Years: Overview. *Diabetes Care*. 11 déc 2013;37(1):9-16.
7. King P, Peacock I, Donnelly R. The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) : clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Br J Clin Pharmacol*. nov

1999;48(5):643.

8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 oct 2024]. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1028305/fr/depistage-de-la-retinopathie-diabetique-par-lecture-differee-de-photographies-du-fond-d-œil](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1028305/fr/depistage-de-la-retinopathie-diabetique-par-lecture-differee-de-photographies-du-fond-d-œil)

9. memo-depistage-retinopathie-diabetique\_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5381/document/memo-depistage-retinopathie-diabetique\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5381/document/memo-depistage-retinopathie-diabetique_assurance-maladie.pdf)

10. depistage-retinopathie-diabetique-ophtalmologiste\_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5061/document/depistage-retinopathie-diabetique-ophtalmologiste\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5061/document/depistage-retinopathie-diabetique-ophtalmologiste_assurance-maladie.pdf)

11. Chapitre-21\_2021.pdf [Internet]. [cité 24 juill 2023]. Disponible sur : [http://couf.fr/wp-content/uploads/2021/05/Chapitre-21\\_2021.pdf](http://couf.fr/wp-content/uploads/2021/05/Chapitre-21_2021.pdf)

12. Dépistage de la rétinopathie diabétique [Internet]. [cité 11 nov 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/prise-en-charge-selon-la-pathologie/soin-depistage-retinopathie-diabetique>

13. Authentification AmeliPro [Internet]. [cité 26 oct 2024]. Disponible sur :

https://authps-  
espacepro.ameli.fr/oauth2/authorize?response\_type=code&scope=openid%20profile  
%20infosps%20email&client\_id=csm-cen-prod\_ameliprotransverse-  
connexionadmin\_1\_amtrx\_i1\_csm-cen-prod%2Fameliprotransverse-  
connexionadmin\_1%2Famtrx\_i1&state=\_1zlkxtVeXPTbW6r2ViRBY-  
hol&redirect\_uri=https%3A%2F%2Fespacepro.ameli.fr%2Fpage-accueil-  
ihm%2Fredirect\_uri&nonce=acZVTCUjFIMAib9jJVMpa06brmfAnyLq8PG0yH\_0DIM

14. CPAM HAINAUT.docx.

15. 3394\_050509-ARTICLE-DODIA-RPMG.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2023].  
Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3394\\_050509-ARTICLE-DODIA-RPMG.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3394_050509-ARTICLE-DODIA-RPMG.pdf)

16. Soulié-Strougar M, Charles A, Métral P, Quercia P, Souchier M, Chirpaz L, et al. Dépistage de la rétinopathie diabétique en Bourgogne par un rétinographe non mydriatique itinérant. *J Fr Ophtalmol.* févr 2007;30(2):121-6.

17. Massin P, Chabouis A, Erginay A, Robert N. La télémédecine pour le dépistage de la rétinopathie diabétique. *Médecine Mal Métaboliques.* mai 2010;4(3):263-7.

18. Roser P, Kalscheuer H, Groener JB, Lehnhoff D, Klein R, Auffarth GU, et al. Diabetic Retinopathy Screening Ratio Is Improved When Using a Digital, Nonmydriatic Fundus Camera Onsite in a Diabetes Outpatient Clinic. *J Diabetes Res.* 2016;2016:1-10.

## VII. Annexes :

### Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Sarah Rohart. Dans le cadre de ma thèse je réalise une étude qualitative afin de connaître l'avis des médecins généralistes du Cambrésis sur le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Question 1 : Pouvez-vous me parler de vous, vos qualifications, votre contexte de pratique et votre lieu d'exercice (campagne ? ville ? cabinet pluridisciplinaire ? exercice seul ? maison médicale et cetera ...)

Age, sexe, date d'installation, conditions : (groupe, MSP, seul), Secteur (urbain, rural, semi rural), MSU, formation, rien.

Question 2 : Quel est votre avis sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de maladie chronique ? (Dépistage, gestion maladie chronique, complications).

Question 3 : Pouvez-vous me raconter comment se passe en pratique une consultation avec un patient diabétique ? (Disposez-vous de moyens de rappels pour les différents dépistages ?).

Question 4 : Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la rétinopathie diabétique ?

Question 5 : Comment s'organise le dépistage de la rétinopathie diabétique dans votre secteur ? Pouvez-vous m'en dire plus sur l'offre de soin en ophtalmologie ?

Question 6 : Connaissez-vous le pourcentage de vos patients qui ont effectivement effectué le dépistage de la rétinopathie diabétique ?

Question 7 : Qu'est ce qui explique pour vous le manque de dépistage de rétinopathie diabétique sur le Cambrésis ? Quels sont les obstacles ?

Question 8 : Quelles sont les solutions pour vous qui pourraient être apportées pour améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique ?

Nous arrivons à la fin de l'entretien, souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ?

## Annexe 2 : Lettre d'information aux participants

### Lettre d'information

Bonjour, je me présente Sarah Rohart étudiante en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur le dépistage de la rétinopathie diabétique. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'avis des médecins généralistes à ce sujet. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste dans le secteur du Cambrésis.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2024-062 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) . Sans réponse de leur part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [sarah.rohart.etu@univ-lille.fr](mailto:sarah.rohart.etu@univ-lille.fr)

# Annexe 3 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données



## RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

### Responsable du traitement

<b>Nom :</b> Université de Lille	<b>SIREN:</b> 130 029 754 00012
<b>Adresse :</b> 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF:</b> 8542Z <b>Tél. :</b> +33 (0) 3 62 26 90 00

### Traitement déclaré

<b>Intitulé :</b> Le dépistage de la rétinopathie diabétique : Etude qualitative auprès des médecins généralistes de la CPTS du Haut Escaut sur les raisons de l'insuffisance de dépistage chez les patients diabétiques
<b>Référence Registre DPO :</b> 2024-062
<b>Responsable scientifique :</b> M. Yannick CAREMELLE <b>Interlocuteur (s) :</b> Mme Sarah ROHART

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 15 avril 2024

Délégué à la Protection des Données

## Annexe 4 : Entretiens

Les entretiens retranscrits sont accessibles via le lien suivant :

[https://drive.google.com/drive/folders/106iKpDNS\\_28UdTn67MJot70UT2o1rj0w?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/106iKpDNS_28UdTn67MJot70UT2o1rj0w?usp=share_link)

## Annexe 5 : Grille Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

### Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)\* - version française

#### Titre et résumé

*Titre* – Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé. OK

*Résumé* – Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions. OK

#### Introduction

*Formulation du problème* – Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.

*But ou question de recherche* – But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions. OK

#### Méthodes

*Approche qualitative et paradigme de recherche* – Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; OK

*Caractéristiques du chercheur et réflexivité* – Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats. OK

*Contexte* – Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification OK

*Stratégie d'échantillonnage* – Comment et pourquoi les participants, les documents ou événements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification\* OK

*Questions éthiques relatives aux sujets humains* - Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données OK

*Méthodes de collecte des données* - Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification\* OK

*Instruments et technologies de collecte de données* - Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude\*(*Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats*) OK

*Unités d'étude* - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude ; niveau de participation (pourrait être indiqué dans les résultats) OK

*Traitement des données* - Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris la transcription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de l'intégrité des données, le codage des données et l'anonymisation/identification des extraits

*Analyse des données* - Processus par lequel des inférences, des thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris les chercheurs impliqués dans l'analyse des données ; fait généralement référence à un paradigme ou une approche spécifique ; justification\* OK

*Techniques visant à renforcer la fiabilité* - Techniques visant à renforcer la fiabilité et la crédibilité de l'analyse des données (par exemple, vérification des membres, chemin d'audit, triangulation) ; justification OK

#### **Résultats**

*Synthèse et interprétation* - Principaux résultats (par exemple, interprétations, inférences et thèmes) ; peut inclure l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle, ou l'intégration avec une recherche ou une théorie antérieure OK

*Liens avec des données empiriques* - Éléments de preuve (par exemple, citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies) pour étayer les résultats de l'analyse OK

#### **Discussion**

*Intégration avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine* - Bref résumé des principaux résultats ; explication de la manière dont les résultats et les conclusions sont liés à des travaux antérieurs, les soutiennent, les développent ou les remettent en question ; discussion du champ d'application/généralisation ; identification des contributions uniques à l'érudition dans une discipline ou un domaine

*Limites* - Fiabilité et limites des résultats OK

#### **Autres**

*Conflits d'intérêts* - Sources potentielles d'influence ou d'influence perçue sur le déroulement et les conclusions de l'étude ; comment celles-ci ont été gérées OK

*Financement* - Sources de financement et autres aides ; rôle des financeurs dans la collecte, l'interprétation et la communication des résultats NON

Référence : O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. *Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Academic Medicine, Vol. 89, No. 9 / Sept 2014*  
DOI: 10.1097/ACM.000000000000388

**AUTEURE : Nom :** Rohart

**Prénom :** Sarah

**Date de soutenance :** 8 janvier 2025.

**Titre de la thèse :** Le dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) : étude qualitative auprès des médecins généralistes (MG) du Cambrésis sur les raisons de l'insuffisance de dépistage chez les patients diabétiques.

**Thèse - Médecine - Lille 2025**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** Médecine générale

**Mots-clés :** Médecine générale, rétinopathie diabétique, dépistage, recherche qualitative.

**Résumé :**

**Introduction :** Le diabète de type II est en forte progression mondiale. Il affecte des millions de personnes avec des complications graves notamment microvasculaires, qui impactent la qualité de vie et génèrent des coûts élevés en santé comme avec la RD qui est la première cause de cécité chez les moins de 65 ans dans les pays industrialisés. Cette pathologie silencieuse nécessite un dépistage systématique pour prévenir de ses conséquences grâce aux traitements. En France, ce dépistage reste insuffisant malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé. La situation est particulièrement préoccupante dans certains secteurs comme celui du Cambrésis. Cette étude explore l'avis des MG sur les raisons de ce déficit.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès des MG du Cambrésis.

**Résultats :** Les MG soulignent leur rôle central dans la prévention et le suivi de pathologies chroniques notamment le diabète. Ils évoquaient les contraintes liées à la prise en soins avec comme obstacles principaux la communication insuffisante avec certains spécialistes et une charge de travail élevée due au désert médical sur le secteur. Pour eux les raisons du manque de dépistage de RD pouvaient provenir d'une pénurie en ophtalmologues sur le secteur, d'un manque d'investissement des patients ainsi que d'une méconnaissance des risques du diabète au niveau ophtalmologique. Des solutions locales ont été mises en place pour pallier cette insuffisance de dépistage comme l'anticipation des rendez-vous, la création de nouvelles structures et le dépistage par les MG en association avec l'ophtalmologue via un rétinographe.

**Conclusion :** Cette étude a permis d'évaluer les raisons de l'insuffisance de dépistage de la RD sur le secteur du Cambrésis en recueillant l'avis des MG. Le déficit en offre de soins ophtalmologiques semble être une des causes principales de ce taux de dépistage. Cela a amené les MG à chercher des solutions adaptées pour pallier ce manque de dépistage. Notre étude suggère que des solutions peuvent être apportées et commencent à être mises en place sur le secteur par les médecins généralistes par l'achat d'un rétinographe afin de réaliser en association avec les ophtalmologues un dépistage plus rapide et plus accessible.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Florence RICHARD

**Assesseur :** Docteur Stéphanie COURREAU

**Directeur de thèse :** Docteur Yannick CAREMELLE

