

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Camille FANTON

Le 3 juillet 2018

Réalité du suivi ophtalmologique des patients en EHPAD par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées

Directeur de thèse : Docteur Pierre RAZONGLES

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES

Présidente du jury

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves | Professeur Honoraire | M. CARLES Pierre |
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. VAYSSE Philippe |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE Henri | Professeur Honoraire | M. GUITARD Jacques |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON André | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE M. | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT Louis | Professeur Honoraire | M. CERENE Alain |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Jacques | Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard |
| Professeur Honoraire | M. RIBET André | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES M. | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. FAUVEL Jean-Marie |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean | Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME Yves | Professeur Honoraire | M. BARRET André |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche | Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET | Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude | Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES | Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER Nicolas |
| Professeur Honoraire | M. REGIS Henri | Professeur Honoraire | M. RAILHAC |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre | Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. FORTANIER Gilles |
| Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre | Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. CHAVOIN Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline | Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL J.P. | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard |
| Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. FABIÉ Michel | Professeur Honoraire | M. FRAYSSE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland |
| Professeur Honoraire | M. CABARROT Etienne | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. CHAP Hugues |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE Michel | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques | Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BAZEX Jacques | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| | | Professeur Honoraire | M. CLANET Michel |

Professeurs Émérites

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

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère 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. BONNEVIALLE Paul | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT David | Neurologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie |
| 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 | Oto-rhino-laryngologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie |
| M. FERRIERES Jean | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT Laurence | Anatomie Pathologique |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M. LANGIN Dominique | Nutrition |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine Interne |
| M. LAUWERS Frédéric | Anatomie |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. MALAUAUD Bernard | Urologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU Bruno (C.E) | 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. OLIVES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. OSWALD Eric | Bactériologie-Virologie |
| 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. 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 | Pédiatrie |
| M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie |

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

| | |
|--------------------------|---|
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. BONNEVIALLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. BUREAU Christophe | Hépto-Gastro-Entéro |
| M. CALVAS Patrick | Génétique |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. FOURNIE Bernard | Rhumatologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie |
| M. GAME Xavier | Urologie |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| M. PAYRASTRE Bernard | Hématologie |
| M. PERON Jean-Marie | Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| Mme SAVAGNER Frédéricque | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|------------------------------------|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie |
| M. ALRIC Laurent | Médecine Interne |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique |
| M. BOUTAULT Franck (C.E) | Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépatogastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie |
| Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E) | Anatomie Pathologie |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice | Thérapeutique |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie |
| M. GALINIER Michel | Cardiologie |
| M. GALINIER Philippe | Chirurgie Infantile |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR Nassim | Néphrologie |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophtalmologie |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ Patrick | Nutrition |
| M. ROCHE Henri (C.E) | Cancérologie |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne |
| 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. VAYSSIÈRE Christophe | Gynécologie Obstétrique |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie |

P.U. - P.H.

2ème classe

| | |
|--------------------------------|--|
| M. ACCADBLE Franck | Chirurgie Infantile |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique |
| M. HUYGHE Eric | Urologie |
| Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. OTAL Philippe | Radiologie |
| M. SOLER Vincent | Ophtalmologie |
| Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. YSEBAERT Loic | Hématologie |

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------------|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVAINAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| Mme DE MAS Véronique | Hématologie |
| Mme DELMAS Catherine | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. DUPUI Philippe | Physiologie |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| 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. LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| 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. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme TREMOLLIERES Florence | Biologie du développement |
| 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. CMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| Mme CAUSSE Elizabeth | Biochimie |
| M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLLIN Laetitia | Cytologie |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. 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 GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| 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. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS Françoise | Biochimie |
| M. MIEUSSET Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme PRADDAUDE Françoise | Physiologie |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements

A Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse et merci de l'attention que vous avez portée à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Vos critiques pertinentes et l'attention que vous avez portée à mon travail lors de la soutenance de mon mémoire, m'ont permis, je l'espère, d'améliorer le contenu et la présentation de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Je vous remercie d'avoir honoré ce travail de votre attention et d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierre RAZONGLES,

Merci infiniment d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Vos conseils, votre pédagogie et votre disponibilité en tant que tuteur depuis le début de mon internat en 2012 et lors de la réalisation de ce travail m'ont été précieux. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus sincère gratitude.

Aux autres médecins rencontrés tout au long de mes études ;

Merci à tous ces médecins que j'ai pu côtoyer au cours de mes stages d'externat, d'internat ou que j'ai pu remplacer, qui m'ont soutenu, conforté et encouragé dans mon idée de faire ce métier. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et tout ce que je continue d'apprendre. Il y a sûrement un peu de chacun d'entre vous dans ma façon d'exercer aujourd'hui.

Merci aux généralistes qui ont joué le jeu et répondu à mon questionnaire de thèse avec bienveillance.

A ma famille ;

A mes parents, mes piliers, qui ne m'ont jamais dit « je ne pense pas que tu puisses y arriver... », phrase que j'ai pourtant si souvent entendu depuis 30 ans, phrase que j'ai parfois moi-même pensé... Merci pour votre soutien sans faille et votre amour inconditionnel depuis toujours.

A mon frère et ma sœur, mon contraire et mon double, merci pour votre soutien et votre honnêteté. Que ces liens qui unissent notre fratrie ne se brisent jamais !

A mes grands-mères, pour leur soutien et leur bienveillance et qui s'assurent toujours que je « dors assez », que je « mange beaucoup » et que je ne « travaille pas trop ».

A Fabien, merci d'être patient quand je m'agace, d'être apaisant quand je m'emporte, de m'écouter quand je râle, de me relever systématiquement quand j'abandonne et de m'aimer malgré tout. ♥∞

A Catherine, Gérard et Florian, pour leur accueil au sein de leur famille et leur gentillesse à mon égard depuis 10 ans.

A tout le reste de ma famille, oncles, tantes et cousins, nos rencontres, bien que trop rares, participent à mon équilibre.

A mes amis du Sud-Est ;

A Amandine, pour ton amitié qui résiste à tout depuis plus de 18 ans et qui m'est si précieuse et à Pierre, son mari, toujours stoïque et bienveillant face à nos gamineries.

A Aurélie, pour ta générosité, ton énergie et ton humour décapant. Nos conversations reprennent toujours là où elles se sont arrêtées malgré le temps et la distance.

A Marion, pour ta douceur et ta gentillesse, toujours égales depuis les cours de chimie au lycée jusqu'à aujourd'hui. Merci d'être si bon public à mes blagues.

A mes amis d'enfance Pauline, Benoit et Aurélien que j'aimerais voir tellement plus souvent.

Aux autres copains, toujours présents, nos retrouvailles sont, à chaque fois, un plaisir pour moi.

A mes amis de Toulouse ;

A Marion, rencontrée par hasard au fin fond du Gers, avec qui je me suis instantanément entendue et que je n'ai plus jamais quitté, merci pour ton amitié sincère et à Alexia, rencontrée pas du tout par hasard lors de notre dernier semestre d'internes, merci pour ton optimisme à toute épreuve et ton écoute toujours attentive. A Guillaume et Hugo qui supportent notre trio toujours avec bonne humeur.

A Audrey, Anne-Sophie, Noëlle, mes coloc'-Druellois et leurs moitiés. Ce semestre dans le froid Aveyronnais restera pour moi l'un des meilleurs grâce à vous.

Au groupe des Purpanais, avec nos personnalités pourtant si mal assorties au départ, qui s'est révélé être une équipe géniale qui a rendu un semestre difficile tellement plus drôle! Et merci, tout particulièrement à Vlad, car tu y es pour beaucoup dans la réalisation de cette thèse.

A ces rencontres précieuses tout au long de mes semestres d'internat, Adrien et Chloé, Julie, Benoît et Elise, Charlotte, Sandrine, Lucie et toutes ces personnes formidables dont j'ai croisé la route.

Table des matières

| | |
|---|----|
| 1) Introduction | 1 |
| 1.1) La déficience visuelle | 1 |
| 1.2) Généralités sur les principales pathologies ophtalmologiques du sujet âgé..... | 3 |
| 1.2.1) Prévalences..... | 3 |
| 1.2.2) Définitions et recommandations de bonne pratique..... | 5 |
| 1.2.3) Conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles chez le sujet âgé..... | 7 |
| 1.2.4) Place du médecin généraliste | 8 |
| 1.2.5) Particularités des institutions type EHPAD | 8 |
| 2) Contexte | 9 |
| 3) Matériel et méthodes | 11 |
| 3.1) Type d'étude..... | 11 |
| 3.2) Choix de la population d'étude | 11 |
| 3.3) Questionnaire..... | 11 |
| 3.4) Recueil de données | 12 |
| 3.5) Analyse des données | 12 |
| 3.6) Recherche bibliographique..... | 13 |
| 4) Résultats | 14 |
| 4.1) Taux de réponse..... | 14 |
| 4.2) Caractéristiques de la population d'étude | 15 |
| 4.3) Patientèle d'EHPAD et pathologies ophtalmologiques..... | 15 |
| 4.4) Renouvellement de l'ordonnance ophtalmologique en EHPAD..... | 16 |
| 4.5) Suivi ophtalmologique des patients en EHPAD..... | 16 |
| 4.6) Comparaison des consultations ophtalmologiques à l'entrée, annuelles et post-chute en EHPAD en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste | 17 |

| | |
|---|----|
| 4.7) Les freins éventuels au suivi ophtalmologique en EHPAD | 19 |
| 4.8) Les moyens pouvant améliorer le suivi ophtalmologique en EHPAD..... | 20 |
| 4.9) Ressenti chez les généralistes..... | 21 |
| 5) Discussion | 21 |
| 5.1) Intérêts et limites de l'étude..... | 22 |
| 5.1.1) Intérêts de l'étude | 22 |
| 5.1.2) Limites de l'étude..... | 22 |
| 5.2) Résultats dans la littérature | 23 |
| 5.2.1) A propos du dépistage et du suivi des différentes pathologies ophtalmologiques des personnes institutionnalisées en EHPAD | 23 |
| 5.2.2) A propos des freins éventuels au suivi des troubles visuels en EHPAD..... | 25 |
| 5.2.3) A propos des moyens évoqués pour l'optimisation du suivi des troubles visuels en EHPAD | 27 |
| 5.3) Perspectives..... | 28 |
| 5.4) Perspectives bis : Un mot sur la plateforme de la fragilité de Toulouse..... | 29 |
| 6) Conclusion..... | 31 |
| 7) Références bibliographiques | 33 |
| 8) Annexes | 37 |

Tables des illustrations

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Classification selon l'OMS de la malvoyance et de la cécité

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Tableau 3 : Proportion de patients en EHPAD au sein d'une patientèle de médecin généraliste et les pathologies ophtalmologiques de ces patients

Tableau 4 : Proportion de patients ayant un suivi ophtalmologique en EHPAD tout au long de leur institutionnalisation

Liste des figures :

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Pourcentage de renouvellement de l'ordonnance ophtalmologique des patients en EHPAD en fonction de la spécialité du prescripteur

Figure 3 : Proportion de patients ayant bénéficié d'une consultation ophtalmologique en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste dans les contextes suivants : entrée en EHPAD, annuelle (en cas de diabète), annuelle (hors cas de diabète) et en post-chute

Figure 4 et Figure 5 : Proportion des patients adressés en consultation ophtalmologique lors d'un bilan post-chute en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste : rural et urbain (Figure 4) et semi-rural et rural (Figure 5) (Student)

Figure 6 : Freins évoqués par les médecins généralistes limitant le suivi ophtalmologique des patients en EHPAD

Figure 7 : Moyens proposés par les médecins généralistes pouvant améliorer le suivi ophtalmologique des patients en EHPAD

Figure 8 : Institutionnalisation ressentie comme un frein au suivi ophtalmologique

Table des annexes

Annexe 1 : Lettre explicative accompagnant le questionnaire + questionnaire de thèse

Annexe 2 : Représentation schématique du globe oculaire (COUF)

Annexe 3 : Echelles de Parinaud et de Monoyer

Annexe 4 : Grille d'Amsler

Annexe 5 : Protocole de coopération IDE : Diagnostic et initiation de la prise en charge de la fragilité du sujet âgé : Evaluation des capacités visuelles

Annexe 6 : Figures « calcul de p » : Comparaison des consultations ophtalmologiques à l'entrée, annuelles et post-chute en EHPAD en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste (Student)

Liste des abréviations

Français :

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

GCAO : Glaucome Chronique à Angle Ouvert

RD : Rétinopathie diabétique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USLD : Unité de Soins Longue Durée

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

HDJ : Hôpital De Jour

COUF : Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIM : Classification Internationale des Maladies

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

HTA : Hypertension Artérielle

Anglais :

ADL : Activity of Daily Living

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

1) Introduction

1.1) La déficience visuelle

Il n'existe pas une définition unique de la déficience visuelle, tout simplement parce que le sens visuel est très complexe et que son altération peut entraîner des retentissements fonctionnels très variables. La plupart des définitions fondées sur des mesures objectives tiennent compte à fois de la perte de l'acuité visuelle et de celle du champ visuel, car ces deux fonctions permettent respectivement la vision des détails de notre espace environnant et la perception du sens spatial, essentiel pour les déplacements. Mais les valeurs seuils de ces deux paramètres peuvent varier selon le contexte.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (au travers de la Classification internationale des handicaps (CIH)) décrit cinq stades de déficience visuelle, allant de la cécité totale à la vision presque normale :

- La **cécité absolue** correspond à l'absence de perception de la lumière.
- La déficience presque totale, ou **cécité sévère**, définie par une acuité visuelle inférieure à 1/50 (soit un comptage des doigts possible à un mètre ou moins) avec perception conservée de la lumière, ou un champ visuel inférieur à 5 degrés.
- La **déficience profonde** correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/20 (ou comptage des doigts à moins de 3 mètres) et supérieure à 1/50 ou un champ visuel inférieur à 10 degrés mais supérieur à 5 degrés.
- La **déficience sévère** correspond à une acuité visuelle inférieure à 1/10 et supérieure ou égale à 1/20.
- La **déficience moyenne** correspond à une acuité visuelle inférieure à 3/10 et supérieure ou égale à 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20 degrés.

En France, la cécité est définie, sur le plan légal, par une acuité visuelle inférieure à 1/20 pour le meilleur œil après correction. Le port de la canne blanche est autorisé lorsque l'acuité visuelle du meilleur œil est inférieure ou égale à 1/10 pour cet œil après correction. Une personne est considérée comme malvoyante si son acuité visuelle après correction est

comprise entre 4/10 et 1/20, ou si son champ visuel est compris entre 10 et 20 degrés. La réduction du champ visuel est également prise en compte pour l'appréciation de taux d'incapacité.

| Catégories OMS | Conditions sur l'acuité visuelle | Type d'atteinte (CIM) | Type de déficience visuelle (classification internationale des handicaps - CIH) |
|----------------|--|-----------------------|---|
| Catégorie I | $1/10 \leq$ Acuité visuelle binoculaire corrigée $< 3/10$ Et Un champ visuel > 20 degrés | Baisse de vision | Déficience moyenne |
| Catégorie II | $1/20 \leq$ Acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/10$ <i>En pratique, les sujets comptent les doigts de la main à trois mètres</i> | Baisse de vision | Déficience sévère |
| Catégorie III | $1/50 \leq$ Acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/20$ <i>En pratique, le sujet compte les doigts à un mètre mais ne peut le faire à trois mètres.</i> | Cécité | Déficience profonde |
| Catégorie IV | Acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/50$ mais perception lumineuse préservée. <i>En pratique, le sujet ne compte pas les doigts à un mètre ou champ visuel inférieur à 5°.</i> | Cécité | Déficience presque totale |
| Catégorie V | Cécité absolue. Pas de perception lumineuse. | Cécité | Déficience totale |

Tableau 1 : Classification selon l'OMS de la malvoyance et de la cécité

(OMS = Organisation Mondiale de la Santé, CIM = Classification Internationale des Maladies, CIH = Classification Internationales des Handicaps)

Dans la classification de l'OMS, les catégories I et II correspondent à ce qu'il est convenu d'appeler la malvoyance, on parle aussi de basse vision ou d'amblyopie ou encore de vision réduite (Tableau 1).

En outre, deux sujets ayant la même acuité visuelle, le même champ visuel ou les mêmes performances optiques, peuvent avoir des comportements très différents, l'un utilisant au maximum ses possibilités, l'autre les sous-utilisant, ce qui débouche sur la notion de "vision fonctionnelle". Qui dit "vision fonctionnelle" dit aussi "rééducation fonctionnelle

de la vision". La vision fonctionnelle est celle qui peut être utilisée en pratique après, par exemple, utilisation des aides optiques ou autres, après aménagement de l'environnement et surtout après la mise en œuvre de techniques spécifiques. La basse vision ne peut donc, se définir par les seules performances visuelles mais par la déficience visuelle qui peut en résulter après rééducation. Le terme de « déficiences visuelles » concerne donc des troubles de la vision appartenant au moins à la catégorie 1 selon la définition de l'OMS, ou au moins à une déficience visuelle moyenne selon la CIH (acuité visuelle binoculaire corrigée $< 3/10$) (Tableau 1).

En résumé, nous retiendrons les 3 définitions suivantes :

Basse vision : Déficience visuelle importante qui ne peut être compensée par des lunettes ou des lentilles.

Malvoyance : Acuité visuelle du meilleur œil après correction : entre $1/20^e$ et $4/10^e$ ou dont le champ visuel est \leq à 20°

Les deux termes précédents sont apparentés.

Cécité : Acuité visuelle du meilleur œil et après correction est $\leq 1/20^e$ ou dont le champ visuel est réduit à 10°

1.2) Généralités sur les principales pathologies ophtalmologiques du sujet âgé

1.2.1) Prévalences

Du fait de l'allongement de la durée de vie, les déficients visuels âgés sont plus nombreux et vivent de plus en plus longtemps avec leur handicap. Pour la personne âgée, la déficience visuelle survient fréquemment dans un contexte de polypathologie en rapport avec le vieillissement, ses effets vont donc se potentialiser avec ceux d'autres déficiences associées. Ils peuvent contribuer à l'apparition d'une fragilité (définie par un état de vulnérabilité à un stress secondaire à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques), voire d'une dépendance.

Ce contexte de fragilité va majorer les difficultés d'adaptation à cette déficience. En effet le trouble visuel peut entraîner l'apparition d'incapacité, qui dans la vie de tous les jours peut se transformer en handicap.

Les données de prévalence nationales proposées ci-dessous sont issues de l'enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendances), réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) entre 1998 et 2000 auprès d'un échantillon de 400 000 personnes de tous âges (en France métropolitaine).

La prévalence des déficiences visuelles augmente avec l'âge :

- Avant 50 ans, tous degrés de sévérité confondus, moins de 2 % de la population est déficiente visuelle.
- A partir de 60 ans, la prévalence des déficiences visuelles augmente : soit près de 5 % à 60 ans ayant un déficit visuel, 20 % à 85 ans, 38 % à partir de 90 ans.

Par conséquent, les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées : 61 % sont âgés de plus de 60 ans et 39 % sont âgés de 75 ans et plus. La proportion des personnes âgées est d'autant plus importante que la déficience visuelle est sévère : 61 % des personnes ayant une déficience profonde ou totale sont âgées de 75 ans ou plus. Quatre patients porteurs de déficience sur cinq présentent plusieurs déficiences associées (motrices, auditives, du langage, viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou psychiques) (1).

Les principales causes de la déficience visuelle chez les personnes âgées sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome à angle ouvert, la cataracte et la rétinopathie diabétique. Nous y reviendrons un peu plus loin pour un rappel des généralités propres à chacune de ces quatre pathologies (2).

Il convient de distinguer :

- La sénescence normale et inévitable de l'œil et de ses annexes chez le sujet âgé (cristallin, glandes lacrymales, paupières, trabéculum, nerf optique, rétine...) (Annexe 2).
- La presbytie qui est un trouble de la réfraction qui va de pair avec le vieillissement physiologique de l'œil.
- Les pathologies ophtalmologiques n'ayant pas de traitement curatif à l'heure actuelle :

- La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) : Principale cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés. La prévalence globale de la maladie est de 8 % après 50 ans ; en France, 800 000 à 1 million de personnes seraient atteintes de DMLA. Cette prévalence globale augmente progressivement avec l'âge : ainsi, elle est d'environ 1 à 2 % entre 50 et 60 ans, 10 % entre 60 et 70 ans, 25 % entre 70 et 80 ans, et supérieure à 50 % après 80 ans.

- La Rétinopathie Diabétique (RD) : La Société Française d'Ophtalmologie estime qu'environ 40 % des diabétiques sont porteurs d'une rétinopathie, ce qui représenterait environ 1 000 000 de patients en France ; 95 % des diabétiques de type 1 et 60 % des diabétiques de type 2, après 15 années d'évolution du diabète, seraient concernés.

- Les pathologies ophtalmologiques potentiellement curables aujourd'hui :

- Le Glaucome Chronique à Angle Ouvert (GCAO) : La prévalence exacte du glaucome est mal connue en France; le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs publié en 2003 rapportait qu'en France 650 000 patients étaient traités pour un glaucome, soit environ 2 % des Français âgés de plus de 40 ans, et que 400 000 sujets ayant un glaucome ne seraient pas identifiés en France.

- La Cataracte : Sa prévalence augmente progressivement avec l'âge : en France, la prévalence est inférieure à 10 % avant l'âge de 64 ans, elle est de 18 à 29 % entre les âges de 65 et 74 ans, elle est de 37 % à 59 % entre les âges de 75 à 84 ans et elle est de 60 % à 67 % entre 85 ans et plus (2).

1.2.2) Définitions et recommandations de bonne pratique

Nous allons revenir en quelques mots, sur les définitions principales pathologiques ophtalmologiques dont ce travail va parler et aussi un rappel sur les recommandations et accords d'experts ophtalmologistes concernant le dépistage de ces pathologies.

- La Cataracte : Opacification de tout ou partie du cristallin. C'est une pathologie très fréquente et le plus souvent liée à l'âge.

Son dépistage ne bénéficie pas de recommandations, il est laissé à l'appréciation de l'ophtalmologiste et du médecin traitant. Une chirurgie peut être proposée lorsque que la vision est <à 5/10^e (même si chaque patient est étudié au cas par cas).Les

recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2010 concernant les conditions de réalisation de cette chirurgie.

- La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) : Maladie dégénérative rétinienne chronique et évolutive atteignant de manière sélective la macula. Les deux formes évolutives sont la forme exsudative et la forme atrophique. C'est la première cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés.

Selon les recommandations HAS 2012, une pathologie maculaire et en particulier une DMLA doit être recherchée chez un sujet de plus de 50 ans devant l'apparition ou l'aggravation récente de l'un des symptômes suivants : une baisse d'acuité visuelle, des métamorphopsies (grille d'Amsler), un ou plusieurs scotomes, une diminution de la perception des contrastes ou encore une gêne en vision nocturne, alors le patient doit être adressé pour une consultation en ophtalmologie.

- Le Glaucome Chronique à Angle Ouvert (GCAO) : Neuropathie optique caractérisée par la destruction progressive du nerf optique le plus fréquemment sous l'influence d'une hypertension oculaire. 800 000 patients sont suivis en France pour un glaucome, et compte tenu des cas non dépistés, on estime que le nombre de glaucomateux avoisine 1 million de personnes. Il s'agit de la deuxième cause de cécité dans les pays développés (après la DMLA).

Selon les recommandations HAS 2006 ; il n'y a pas nécessité d'évaluer l'opportunité de la mise en œuvre d'un programme national de dépistage systématique de tous les types de glaucome en population générale, mais que cela pourrait être pertinent en ce qui concerne le glaucome chronique à angle ouvert ; et également, un dépistage systématique du glaucome, s'il devait être mis en œuvre, devrait être ciblé sur la population à risque (les facteurs de risque identifiés sont les antécédents familiaux, l'âge, les facteurs de risque cardio-vasculaires (HTA et diabète), l'ethnie noire et la myopie).

- La Rétinopathie Diabétique (RD) : Atteinte rétinienne caractéristique conséquence de l'hyperglycémie chronique (aussi fréquente dans le diabète de type 1 que dans le diabète de type 2).

Selon les recommandations HAS 2016, le rythme de dépistage dépendra ensuite du type de diabète et des facteurs de risque associés. Les experts s'accordent cependant sur un dépistage annuel de la RD (3).

1.2.3) Conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles chez le sujet âgé

Par ordre d'importance, on retrouve comme conséquences fonctionnelles de la déficience visuelle (4) :

- Une baisse des facultés d'écriture et de lecture : la gestion des papiers administratifs, la lecture des répertoires téléphoniques, l'utilisation du téléphone, la lecture des dates de péremption des aliments, le remplissage de chèques, etc. deviennent difficiles pour la personne âgée.
- Des changements dans la vie sociale et relationnelle, bien souvent ambivalents : un repli de la personne, une baisse importante des déplacements (risque de chute important), des pertes de relations sociales, des situations d'isolement et de confinement ou au contraire une compensation du handicap et une recherche de contacts avec l'entourage (besoins d'échanges importants) sont souvent observés.
- Des retentissements psychologiques, également ambivalents : difficulté d'acceptation de la pathologie, repli sur soi, dépression ou au contraire une recherche d'ouverture vers les autres, une sollicitation accrue de l'entourage peuvent s'observer.
- Des changements sur leur vie quotidienne pour la toilette, la préparation du repas, les courses ou encore l'habillage deviennent moins aisés, même si la plupart des personnes arrivent à compenser le handicap progressivement.
- Des incidences sur la vie médicale : se rendre à un rendez-vous médical, lire des prescriptions médicales et les notices de médicaments, respecter l'observance d'un traitement deviennent plus difficiles.
- Ou d'autres difficultés ou gênes au quotidien : aménagement de son logement, conduite automobile, les déplacements en extérieur en général, etc.

En résumé, la baisse de l'acuité visuelle du sujet âgé est associée directement, avec ou sans comorbidités, à une perte d'autonomie rapide. Le sujet âgé fragile peut être, par définition, en grande difficulté d'adaptation face à cette déficience. Dans ces situations, la déficience visuelle vient potentialiser et cristalliser d'autres critères de fragilité préexistants.

1.2.4) Place du médecin généraliste

Les médecins généralistes assurent, que ce soit en cabinet ou en foyer résidence, une mission d'orientation de leurs patients vers un ophtalmologiste lorsqu'ils ont repéré une déficience visuelle (utilisation d'une échelle visuelle) et prodiguent les conseils d'un bon suivi (fréquence des consultations et suivi du traitement) lorsque la pathologie visuelle du patient est déjà diagnostiquée. Ils ne réalisent pas de diagnostic de pathologies visuelles en cabinet. Ils ne prescrivent pas de lunettes sans s'être assuré de la présence ou non d'une pathologie visuelle (orientation systématique vers l'ophtalmologiste). Les délais d'attente pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste, la pénurie de spécialistes sur certains secteurs et le coût financier que peuvent représenter certaines consultations et certains traitements (DMLA) sont des préoccupations pour les médecins traitants.

1.2.5) Particularités des institutions type EHPAD

En institution, le repérage est réalisé par l'équipe soignante dans la prise en charge au quotidien, qui organise ensuite la consultation extérieure en ophtalmologie : prise de rendez-vous, organisation des démarches pour le transport de la personne (prise en charge par la CPAM s'il s'agit d'une ALD déjà diagnostiquée, à la charge de la personne ou de sa famille dans le cas contraire). Si la pathologie nécessite un traitement ophtalmologique, le traitement est délivré par l'équipe médicale de l'EHPAD (garant d'observance). La réussite d'une prise en charge ophtalmologique extérieure est étroitement liée à l'implication des familles pour l'accompagnement de la personne pour le rendez-vous chez l'ophtalmologiste, l'orthoptiste ou l'opticien. Les personnes admises définitivement en EHPAD ou en USLD sont en règle générale polypathologiques et/ou démentes (à un stade avancé) dans 80 % des cas, rendant plus difficile le repérage des déficiences visuelles (5).

2) Contexte

Ce travail de thèse s'appuie sur le constat suivant : l'accueil, le suivi et l'accompagnement de personnes en EHPAD confrontent le médecin à des personnes âgées porteuses de troubles majeurs de la vue, déficits souvent apparus en amont de l'institutionnalisation. Force est de constater qu'il existe rarement un suivi ainsi qu'une prise en charge particulière pour les troubles visuels et que dans le projet de vie, cet élément majeur est occulté par d'autres comorbidités. Mais la négligence de cette déficience peut impliquer une rapide dégradation de la qualité de vie du résident, un retentissement psychologique et somatique (5).

Parmi les problématiques de santé publique, celle de la déficience visuelle de la personne âgée occupe une place importante. Il apparaît que les déficiences visuelles chez la personne âgée et la multiplicité de ses retentissements peuvent venir potentialiser des situations de fragilité, voire entraîner une dépendance toujours plus profonde.

Les pathologies oculaires telles que la cataracte, la DMLA, le glaucome et la rétinopathie diabétique sont les premières causes de diminution de l'acuité visuelle chez la personne âgée en France (2).

Il faut savoir que le statut visuel dégradé a été démontré comme un facteur significativement prédictif de dépendance. Il a également été montré que les handicaps visuels contribuent au placement en EHPAD (6). Cependant, les pathologies ophtalmologiques restent sous-diagnostiquées notamment chez les personnes en institution. En effet, de nombreuses études montrent que la déficience visuelle en rapport avec ces pathologies oculaires reste sous-estimée en EHPAD (7).

Comment faire pour rompre ce cercle vicieux ?

Les pathologies oculaires entraînent une diminution de l'acuité visuelle, qui elle-même entraîne une dépendance de la personne âgée qui aboutit à son placement en institution. Mais en institution, ces pathologies oculaires sont sous-diagnostiquées et majorent la dépendance.

L'objectif principal de ce travail est d'estimer la fréquence du diagnostic et du suivi des pathologies ophtalmologiques (toutes pathologies confondues) chez les personnes institutionnalisées dans les EHPAD en Midi-Pyrénées au sein de la patientèle de médecins généralistes.

Les objectifs secondaires seront de tenter d'en comprendre les freins et de voir quels moyens pourraient être mis en œuvre afin d'optimiser ce suivi.

3) Matériel et méthodes

3.1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive de type transversal.

3.2) Choix de la population d'étude

Nous nous sommes adressés aux médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées recensés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Midi Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Soit au total, 2466 professionnels inscrits sur la mailing-list de l'URPS.

Les critères d'inclusion étaient l'ensemble des médecins généralistes libéraux inscrits à l'URPS de Midi Pyrénées.

Les critères d'exclusion étaient l'absence d'exercice (professionnel retraité), l'absence d'activité de médecine générale libérale et l'absence de patients ayant déclarés le médecin comme leur médecin traitant.

3.3) Questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire anonyme d'auto-évaluation composé de 4 sections de 4 questions chacune ; pour un total de 16 questions soit fermées incluant des questions à choix unique et multiple, soit ouvertes attendant des réponses courtes.

Le questionnaire comportait 4 parties : [1] la description de la population de médecins interrogés, [2] l'état ophtalmologique des patients suivis en EHPAD, [3] leur suivi ophtalmologique, [4] la recherche des éventuels freins à un suivi optimal des patients d'EHPAD et les moyens de l'améliorer.

Ce questionnaire a été établi au format *Google Forms* pour un envoi informatique par courrier électronique via l'URPS associé à un paragraphe explicatif (Annexe 1).

Il a été testé, avant envoi à l'ensemble des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, sur un échantillon d'une dizaine de confrères et des modifications ont été faites après cette enquête de faisabilité, et également après avoir assisté à l'atelier de statistique de la faculté donnée par les Docteurs Driot et Druel pour une meilleure faisabilité de l'étude et une meilleure exploitation des résultats.

Le premier envoi aux médecins généralistes par le biais de l'URPS a été fait le 27 mars 2018 avec une relance à 15 jours.

3.4) Recueil de données

Les réponses au questionnaire ont été recueillies directement via la plateforme *Google Forms* du 27 mars au 30 avril 2018. Elles ont ensuite été transférées dans le tableur *Microsoft Office Excel 2010* pour leur exploitation.

3.5) Analyse des données

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion, ainsi que les variables d'intérêts ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives.

Les échantillons étaient compatibles avec l'hypothèse de distribution gaussienne de la variable (test de normalité), un test paramétrique de Student a donc été utilisé pour comparer deux échantillons appariés.

Une valeur de « p » inférieure ou égale à 0,05 a été considérée comme significative.

3.6) Recherche bibliographique

Pour ce travail, nous avons réalisé une recherche bibliographique. Les bases de données en ligne utilisées sont Pubmed, Doccismef, EM Premium et Google Scholar. Nous avons réalisé notre recherche avec les mots clefs suivants « pathologies ophtalmiques », « personnes âgées », « maisons de retraite/EHPAD », « chutes accidentelles » et « troubles de la vision ». Ces termes ont également été traduits en « termes Mesh » ou « Mesh terms » en anglais afin de réaliser une recherche avancée sur les bases de données en ligne, puisque des articles français et anglais ont été étudiés indifféremment. Les « Mesh terms » anglais utilisés sont respectivement, « eye diseases », « elderly/aged », « nursing homes », « accidental falls » et « vision disorders ». La bibliographie a ensuite été affinée à partir d'études semblant intéressantes à la lecture de leurs résumés. Les sites internet de l'HAS et de la société française d'ophtalmologie ont également été consultés pour se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles.

4) Résultats

4.1) Taux de réponse

Nous avons reçu 219 réponses à notre questionnaire envoyé aux 2466 cotisants inscrits dans la base de données de l'URPS. Le taux de réponse sur l'ensemble des médecins généralistes sollicités est donc de 8,9% (Figure 1).

3 questionnaires ont été exclus : les médecins n'étaient pas les médecins traitants déclarés des patients. Au final, 216 réponses ont été analysées.

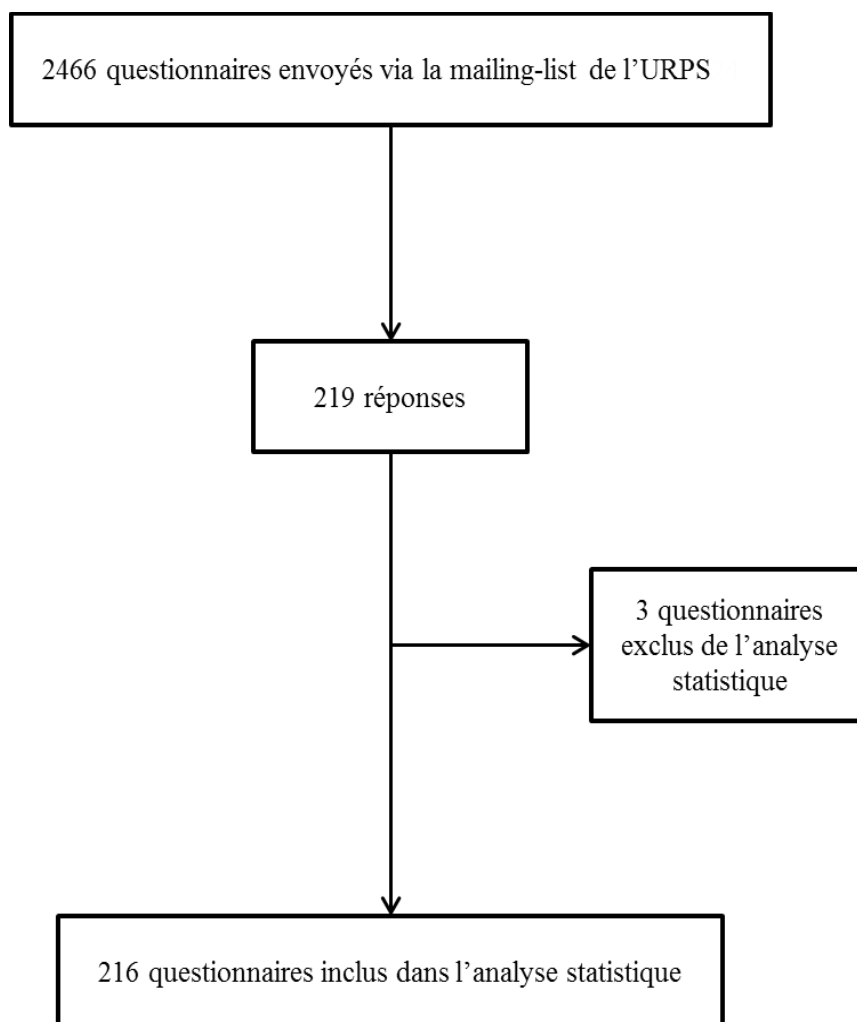


Figure 1 : Diagramme de flux

4.2) Caractéristiques de la population d'étude

Les caractéristiques des médecins généralistes de notre étude sont présentées dans le tableau 2.

| | Pourcentage (%) | Effectif (N=216) |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| Femme | 53,2 | 115 |
| Secteur d'exercice | - | - |
| Rural | 19,9 | 43 |
| Semi-rural | 44,9 | 97 |
| Urbain | 35,2 | 76 |
| | Moyenne | Ecart-type |
| Années d'exercice | 15,5 | 12,5 |
| Patientèle | 866,4 | 475,1 |

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

4.3) Patientèle d'EHPAD et pathologies ophtalmologiques

Le pourcentage de patients en EHPAD au sein de la patientèle d'un médecin généraliste était de 4,5% avec un taux de pathologies ophtalmiques chez ces patients de 38% (Tableau 3).

| | Moyenne en % | Ecart-type |
|--------------------------------------|--------------|------------|
| Patients EHPAD/Patientèle | 4,5 | 8,3 |
| Porteurs de pathologies opht. | 38 | 34,1 |
| Traitements opht. | 31 | 30,5 |

Tableau 3 : Proportion de patients en EHPAD au sein d'une patientèle de médecin généraliste et les pathologies ophtalmologiques de ces patients

(Opht. = Ophtalmologique)

4.4) Renouvellement de l'ordonnance ophtalmologique en EHPAD

Trois-quarts des médecins généralistes renouvellent eux-mêmes l'ordonnance de traitements ophtalmologiques de leurs patients (Figure 2).

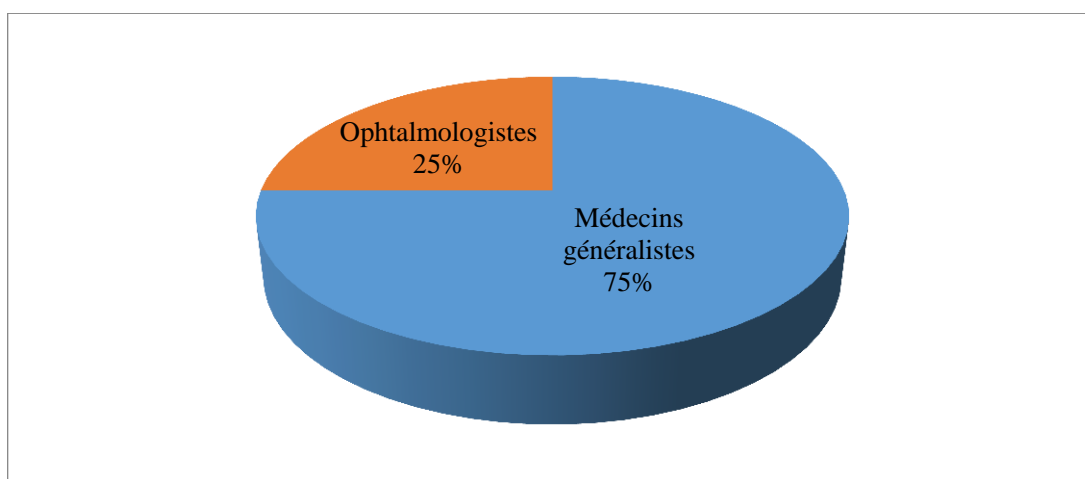


Figure 2 : Pourcentage de renouvellement de l'ordonnance ophtalmologique des patients en EHPAD en fonction de la spécialité du prescripteur

4.5) Suivi ophtalmologique des patients en EHPAD

| | % Cs à l'entrée | % Cs/ an (diab.) | % Cs/an (hors diab.) | % Cs post chute |
|-------------------|-----------------|------------------|----------------------|-----------------|
| Moyenne | 7,3 | 36,4 | 17,6 | 4,5 |
| Ecart-type | 19,4 | 38,5 | 23,5 | 13,4 |

Tableau 4 : Proportion de patients ayant un suivi ophtalmologique en EHPAD tout au long de leur institutionnalisation
(Cs = Consultation, Diab. = Diabète)

Le tableau 4 montre que les patients en EHPAD porteurs d'un diabète étaient dans notre étude, adressés deux fois plus souvent chez l'ophtalmologiste que ceux qui n'ont pas de diabète (36,4% contre 17,6%). Seuls 4,5% des patients en EHPAD sont adressés en consultation au décours d'une chute. Et moins de 10% des patients d'EHPAD bénéficient d'une évaluation de leur acuité visuelle et dépistage de maladie à l'entrée en institution.

4.6) Comparaison des consultations ophtalmologiques à l'entrée, annuelles et post-chute en EHPAD en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste

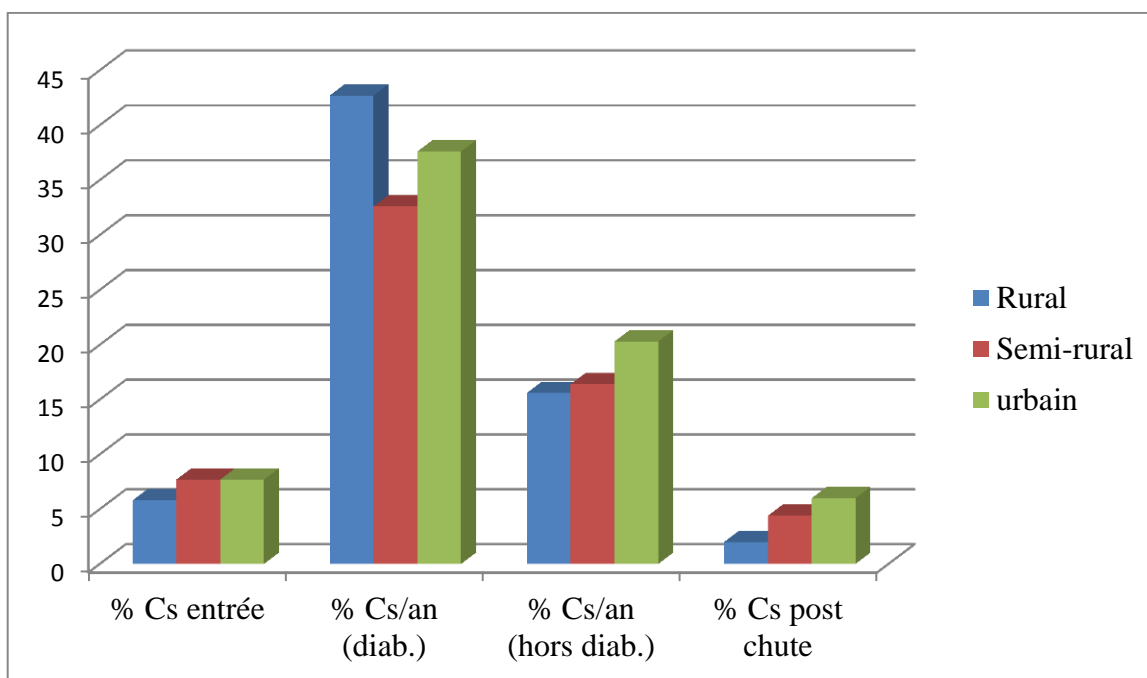


Figure 3 : Proportion de patients ayant bénéficié d'une consultation ophtalmologique en fonction du lieu d'activité dans les contextes suivants : entrée en EHPAD, annuelle (en cas de diabète), annuelle (hors cas de diabète) et en post-chute
(Cs = Consultation, Diab. = Diabète)

La figure 3 présente, la proportion des patients ayant bénéficié de consultations ophtalmologiques selon les comorbidités et évènements au cours de leur institutionnalisation, corrélée au lieu d'exercice du médecin généraliste.

Au décours d'une chute, moins de 10% des patients en EHPAD bénéficient d'une consultation ophtalmologique dans le cadre du « bilan de chute » (2% de consultations ophtalmologiques sont réalisées en zone rurale, 4,4% en zone semi-rurale et 6% en zone urbaine).

Lorsque le patient en EHPAD ne présente pas de diabète (pathologie bien codifiée entre terme de recommandations HAS pour son dépistage et suivi (3)), les consultations ophtalmologiques annuelles sont entre 2 voire 3 fois (zone rurale) moins fréquentes.

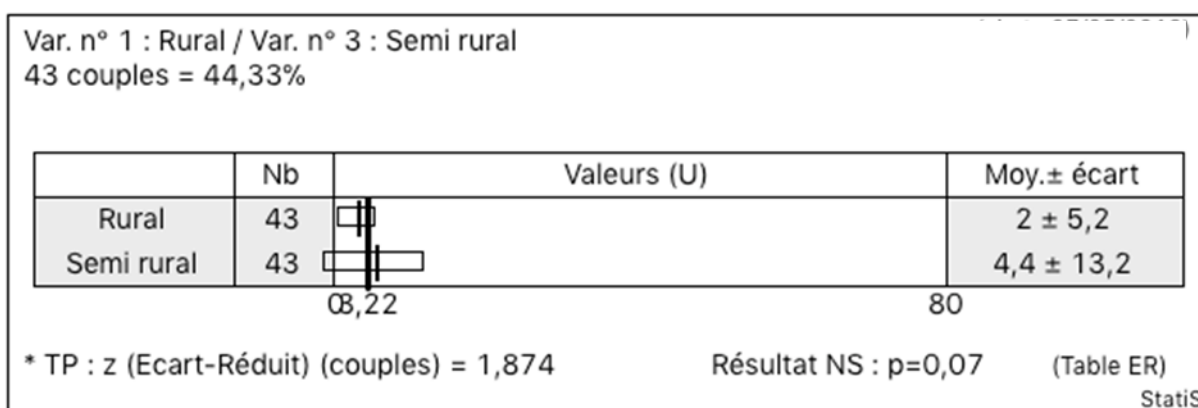
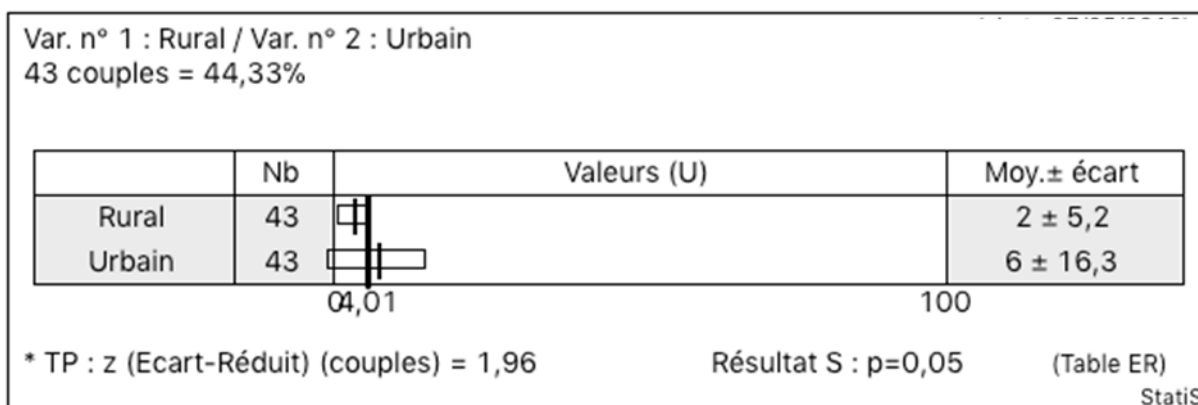


Figure 4 et Figure 5 : Proportion des patients adressés en consultation ophtalmologique lors d'un bilan post-chute en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste : rural et urbain (Figure 4) et semi-rural et rural (Figure 5) (Student)

(TP = Test Paramétrique, Moy. = Moyenne, Ecart = Ecart-type, S = Significatif, NS = Non Significatif, Var. = Variable)

Une analyse bivariée de la proportion des patients orientés vers un spécialiste pour le suivi ophtalmologique a été réalisée selon les différents lieux d'exercice (Annexe 6). Les résultats sont non significatifs pour la plupart. A noter cependant que, la différence est statistiquement significative entre les médecins urbains et les médecins ruraux, pour l'orientation en consultation ophtalmologique au décours d'un bilan post-chute ($p=0,05$, Figure 4) et tend vers la significativité entre les médecins exerçant en semi-rural et ceux en milieu rural ($p=0,07$, Figure 5).

4.7) Les freins éventuels au suivi ophtalmologique en EHPAD

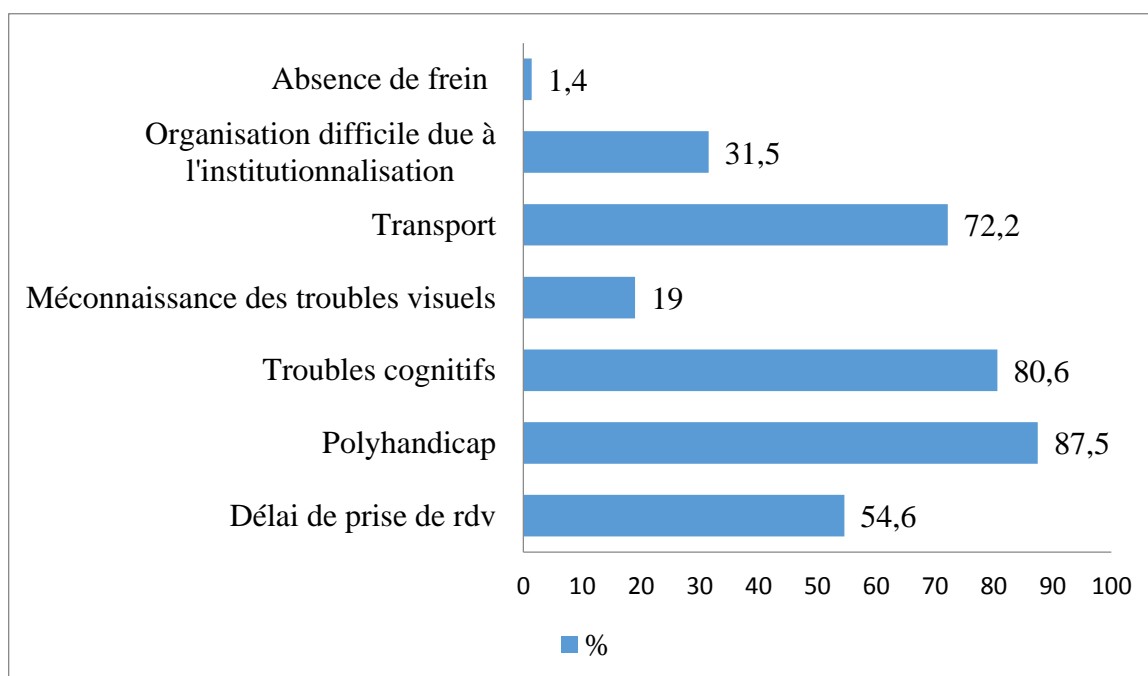


Figure 6 : Freins évoqués par les médecins généralistes limitant le suivi ophtalmologique des patients en EHPAD

La figure 6 montre que le frein évoqué le plus fréquemment par les généralistes est la difficulté de réaliser un suivi ophtalmologique chez des patients polyhandicapés, comme le sont la grande majorité des patients en EHPAD, juste avant les troubles cognitifs (qui peuvent bien entendu faire partie du « polyhandicap »).

4.8) Les moyens pouvant améliorer le suivi ophtalmologique en EHPAD

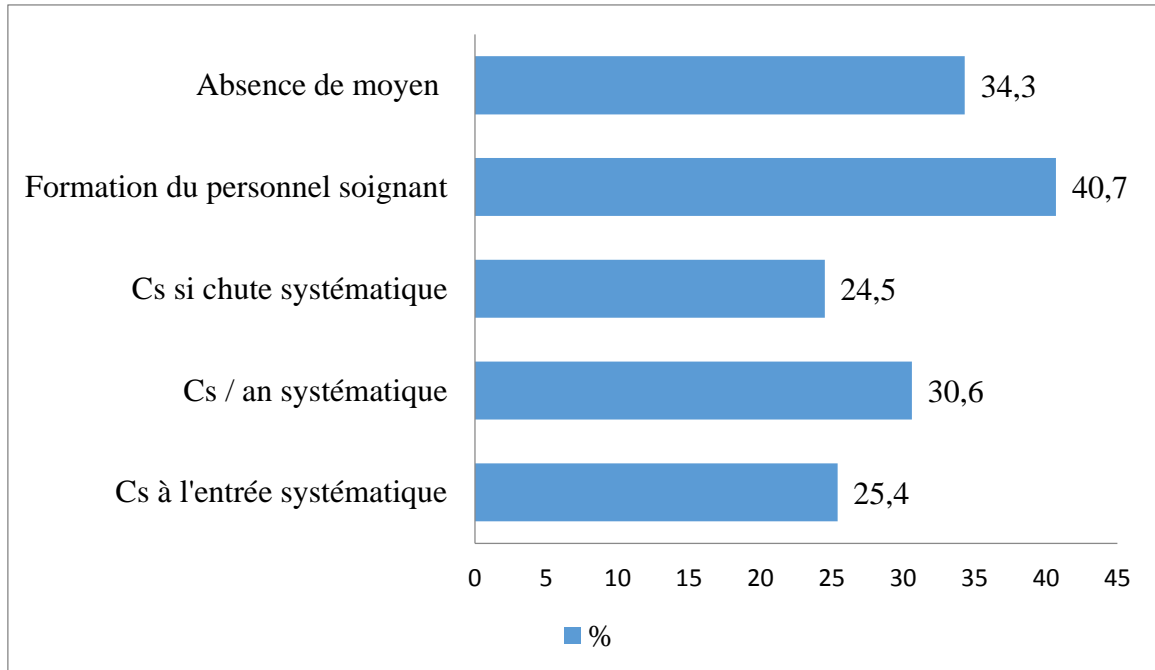


Figure 7 : Moyens proposés par les médecins généralistes pouvant améliorer le suivi ophtalmologique des patients en EHPAD
(Cs = Consultation)

Notre étude retrouve que 40,7% des médecins généralistes proposeraient une formation des personnels soignants d'EHPAD pour améliorer le suivi ophtalmologique des patients. A noter que plus d'un tiers d'entre eux (34,3%), pensent qu'il n'existe aucun moyen vraisemblable pour améliorer de façon concrète ce suivi (Figure 7).

4.9) Ressenti chez les généralistes

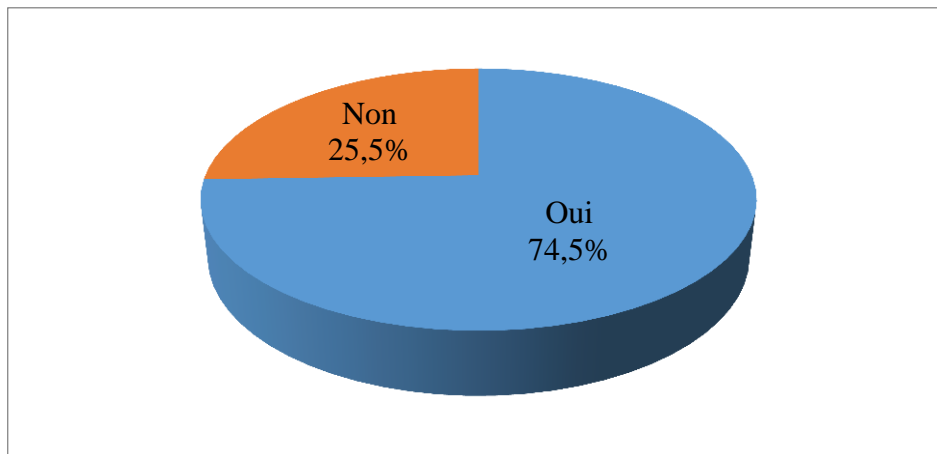


Figure 8 : Institutionnalisation ressentie comme un frein au suivi ophtalmologique

La figure 8 retrouve que 3/4 des médecins généralistes estiment que l'institutionnalisation en EHPAD représente un obstacle à un suivi ophtalmologique optimal.

5) Discussion

5.1) Intérêts et limites de l'étude

5.1.1) Intérêts de l'étude

Il s'agit d'une étude originale avec pour objectif d'évaluer le suivi ophtalmologique le plus représentatif en EHPAD et d'en comprendre les freins, afin de proposer de potentiels moyens pour y remédier.

De nombreuses études de la littérature confirment le manque de suivi ophtalmologique des patients institutionnalisés en EHPAD mais aucune étude n'avait évalué le réel suivi de ces patients par leur généraliste et le ressenti de ces généralistes quant à la difficulté de ce suivi. Cela a permis d'avoir leur ressenti en pratique courante, et d'imaginer des possibilités d'amélioration adaptées à leurs pratiques.

5.1.2) Limites de l'étude

Cette étude présente un taux de réponses relativement faible de 8%. Ce chiffre est pourtant comparable aux taux de réponses actuels pour des questionnaires envoyés par mail.

Cela sous-entend que la population des médecins répondeurs s'est sentie concernée, mais que le questionnaire a peu ou pas permis de sensibiliser et de recueillir les réponses de médecins potentiellement moins investis dans la recherche et dans une réflexion de leur propre pratique ce qui peut entraîner un biais de recrutement.

L'envoi par mail est également un biais de sélection pour les médecins non informatisés.

Nous avons cherché dans notre étude à connaître l'avis du médecin généraliste afin de s'approcher au plus près de sa pratique pour identifier les freins et des propositions de travail. Mais cela a provoqué des biais ; de sélection et de mesure car il s'agissait d'un questionnaire unique, s'adressant seulement aux médecins généralistes libéraux. Une étude

complémentaire dans la lignée de celle-ci pourrait peut-être s'adresser directement aux patients suivis en EHPAD afin d'évaluer leur ressenti et d'observer si les freins observés dans notre étude semblent se concrétiser aux yeux des patients. Il serait également possible d'interroger le personnel paramédical accompagnant des EHPAD ou encore, les médecins coordonnateurs de ces EHPAD. Une étude sur dossier directement au sein de l'EHPAD aurait pu également limiter les biais de mémorisation et de désirabilité inéluctables en interrogeant directement les généralistes. Elle dépend cependant beaucoup de la tenue du dossier médical, et n'apporterait que peu d'indications supplémentaires.

5.2) Résultats dans la littérature

5.2.1) A propos du dépistage et du suivi des différentes pathologies ophtalmologiques des personnes institutionnalisées en EHPAD

Dans notre étude, les médecins généralistes ont estimé leur patientèle d'EHPAD à environ 4,5% en moyenne (pour une patientèle moyenne, tout âge confondu, d'environ 866 patients).

Parmi ces patients en EHPAD (en moyenne âgés de 85 ans et 10 mois), les généralistes estiment que 38% d'entre eux sont porteurs de pathologies ophtalmologiques. Ce pourcentage est supérieur à celui retrouvé dans les données de la littérature qui rapportent au même âge (85 ans) une prévalence des troubles visuels de 20%. (6, 17,30–38). Pourtant, les pourcentages de dépistages sont inférieurs à ceux préconisés par les recommandations de l'HAS, notamment en cas de diabète comme nous le verrons plus loin.

Beaucoup d'études sur les pathologies ophtalmologiques excluent les EHPAD (6) alors qu'il est pourtant démontré, que les troubles visuels sont plus fréquents en EHPAD (8) (l'acuité visuelle des personnes résidant en maisons de retraite était plus basse que celle retrouvée dans la population générale pour les mêmes tranches d'âge) et qu'ils constituent un risque d'institutionnalisation plus précoce (7–16) et que ces mêmes troubles visuels non diagnostiqués sont significativement liés à une dégradation de la qualité de vie des résidents et un risque de dépendance toujours plus profonde (17–29).

Cela nous amène à nous interroger sur la façon d'optimiser le dépistage des pathologies ophtalmologiques, et sur la possibilité d'utiliser des tests standardisés en premier lieu, au sein des EHPAD après formation des équipes soignantes pour un premier dépistage des troubles visuels qui pourrait ensuite aboutir à une consultation ophtalmologique, ou encore sur la possibilité de « recommander » une consultation chez l'ophtalmologiste de façon régulière pour ces personnes institutionnalisées. La littérature s'accorde également sur ce point précis de diagnostic, qui doit être renforcé pour un meilleur dépistage, prise en charge et suivi des troubles visuels des patients institutionnalisés (6, 8,10,12,32,33,35,39–42).

Les recommandations HAS préconisent un dépistage systématique annuel de la rétinopathie diabétique ainsi qu'un dépistage systématique de la DMLA si présence d'une baisse d'acuité visuelle (entre autres symptômes d'alarme). En ce qui concerne la cataracte et le GCAO le dépistage est ciblé (3). Ce qui est loin des résultats de dépistage de notre étude, où seulement plus d'un patient diabétique sur trois bénéficie d'une consultation ophtalmologique par an, et moins d'un sur cinq chez les non diabétiques. Ces résultats sont une fois de plus en accord avec la littérature. En effet, certains articles démontrent un lien de causalité entre troubles visuels et chute, pourtant, moins de 5% des patients bénéficient d'une consultation ophtalmologique, malgré une prise en charge en post-chute souvent hospitalière (43–46).

La comparaison des pourcentages de patients adressés pour un dépistage ophtalmologique en consultation spécialisée n'observe aucune différence statistiquement significative entre les différents secteurs d'activité des généralistes. Cela pourrait démontrer que l'accès aux consultations ophtalmologiques est difficile pour tous les secteurs ou alors, que l'accès même à ces consultations n'est pas la cause principale du manque de suivi. Retenons cependant, que cette comparaison retrouve un résultat qui tend vers la significativité concernant le dépistage ophtalmologique au décours d'une chute chez les médecins exerçant en semi-rural ($p = 0,07$) par rapport au secteur rural, et un résultat à la limite de la significativité ($p = 0,05$) chez les médecins exerçant en milieu urbain par rapport à ceux exerçant en milieu rural. Cela pourrait se traduire par le fait que dans les villes, une consultation ophtalmologique lors du bilan post-chute, le plus souvent hospitalière en USLD ou en SSR, est peut-être d'avantage accessible.

Pour finir, cette étude rapporte que quasiment trois généralistes sur quatre ressentent l'institutionnalisation comme un frein au bon suivi ophtalmologique de leurs patients. Il faut toutefois, rester prudent quant à l'interprétation de cette information car le « ressenti » réel est difficile à apprécier.

5.2.2) A propos des freins éventuels au suivi des troubles visuels en EHPAD

Nous allons discuter des différents freins évoqués par les généralistes dans notre étude quant à la difficulté du suivi ophtalmologique en EHPAD.

Les différents éléments défavorables au dépistage et surtout au suivi régulier des pathologies ophtalmiques des personnes âgées principalement décrits dans la littérature et que les résultats de notre étude confirment lorsque l'on interroge les généralistes avec des questions ouvertes, sont les suivants :

- « Une pénurie en ophtalmologistes » : On relève un déficit d'ophtalmologistes libéraux quel que soit le lieu d'activité. Par conséquent, en termes d'accessibilité, le délai d'attente pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste s'échelonne de 3 à 10 mois, pouvant atteindre 14 mois (4).

Le problème de démographie médicale et de pénurie d'ophtalmologistes nécessite de réfléchir à la possibilité de s'appuyer sur d'autres intervenants professionnels dans un premier temps, ou d'organiser des passerelles entre professionnels. D'autant plus qu'il existe beaucoup d'intervenants qui peuvent être amenés à rencontrer les personnes âgées et donc être à même de réaliser un dépistage des pathologies ophtalmologiques. Ces intervenants sont d'ailleurs cités plus loin dans notre étude car la question ouverte de notre questionnaire permettait au médecin de s'exprimer également sur les moyens qu'il pouvait imaginer pour améliorer le suivi de ses patients.

- « L'enjeu médico-économique » : La prise en charge ophtalmologique représente un coût financier important, notamment pour le traitement de la DMLA en médecine de ville.

- « La vulnérabilité du public âgé fragile » : Les sujets âgés fragiles sont, plus qu'un autre public, en grande difficulté d'adaptation face à ce handicap, la baisse de l'acuité visuelle

est associée à une perte d'autonomie rapide, à un risque de chutes et / ou à des épisodes dépressifs. Ce fait, énoncé par les généralistes, est retrouvé aussi dans la littérature (16,41). Ces personnes toujours plus dépendantes sont « difficilement transportables » limitant les trajets « longs » vers les cabinets des spécialistes.

- « La prise en charge des personnes âgées démentes » : Les professionnels apparaissent en difficulté face au sujet âgé présentant une démence évoluée : repérage difficile de la déficience visuelle, prise en charge et suivi problématique : accueil hospitalier non adapté, participation difficile du patient au protocole de diagnostic et de soins, rééducation visuelle inefficace, perte des lunettes, etc. Certains de ces articles de la littérature démontrent notamment un déclin cognitif plus rapide en cas de troubles visuels altérant l'acuité visuelle (19,21,27,47-51).

- « L'accompagnement des personnes âgées isolées » : La réussite d'une prise en charge ophtalmologique est étroitement liée à « l'implication de l'entourage familial » pour l'accompagnement de la personne pour le rendez-vous chez l'ophtalmologiste, l'orthoptiste ou l'opticien, posant une réelle problématique pour les personnes âgées isolés socialement (sans proches).

- « Problème économique et financier de la prise en charge » : Ce problème est particulièrement significatif pour un public âgé, où les coûts comprennent aussi ceux inhérents au transport et à l'accompagnement au sens large notamment pour les patients « hors ALD ». Des aides financières (Allocation Personnalisée d'Autonomie, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, mutuelles...) existent et peuvent partiellement couvrir financièrement des besoins en aides techniques ou humaines.

- « Problème humain et de connaissances de la pathologie » : La prise en charge des déficiences visuelles revêt une spécificité qu'est l'abord gériatrique, qu'il convient de connaître, de considérer afin de proposer un suivi et un éventuel traitement lorsqu'il est possible. Il semble important et indispensable que les personnes intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD (souvent malheureusement en sous-effectifs) soient formées au dépistage des troubles visuels les plus communs et donc que les formations à ce premier dépistage au sein de l'EHPAD soit renforcé (52). D'autre part, en plus de « reconnaître » les pathologies ophtalmologiques, elles apparaissent parfois « secondaires par rapport aux autres comorbidités » du patient.

- « Problème de communication » : Il semble indispensable de « renforcer le lien médecin traitant / ophtalmologiste », avec éventuellement un « envoi de compte-rendu ophtalmologique » lorsqu'il s'avère utile, pour améliorer le suivi ophtalmologique qui permettrait une meilleure sensibilisation du généraliste au dépistage des premiers troubles visuels.

5.2.3) A propos des moyens évoqués pour l'optimisation du suivi des troubles visuels en EHPAD

Dans notre étude, les généralistes ont également rapporté les possibilités d'amélioration du suivi suivantes:

- « Un accès aux consultations ophtalmologiques simplifié » : Le fait d'augmenter l'offre des consultations spécialisées est le point le plus souvent évoqué et discuté par les généralistes qui ont répondu à notre étude. Ils évoquaient toutes les possibilités suivantes : Des consultations ophtalmologiques « au sein même de l'EHPAD », des « accords entre les cabinets d'ophtalmologistes et les EHPAD » avec des créneaux « réservés » pour les résidents, des « camions itinérants » (sachant que ce principe se démocratise doucement et que plusieurs zones de Midi-Pyrénées en possèdent déjà), la possibilité pour les internes en ophtalmologie de réaliser des « stages en ambulatoire pour soulager les ophtalmologistes installés » et augmenter l'offre de soins, ou encore des consultations par « télé-médecine » (bien que en ophtalmologie il semble indispensable d'être en présence du patient pour réaliser les examens cliniques (lampe à fente, fond d'œil etc.), une « première consultation à l'EHPAD réalisée par une IDE spécialisée, un orthoptiste ou un opticien », permettant de poser un premier diagnostic et en cas de doute uniquement, l'orientation vers le spécialiste qui est une décision qui revient au médecin traitant .

- « Un meilleur remboursement par la sécurité sociale » : Une solution souvent évoquée est d'avoir un remboursement des consultations (avec parfois dépassements d'honoraires), des soins, et du suivi et de rééducation par les orthoptistes, « notamment pour les patients ne bénéficiant pas d'ALD » ainsi que du transport.

- « Augmenter le nombre de praticiens spécialisés » : La formation de « plus d'ophtalmologistes et d'orthoptistes » et de leur « répartition géographique » (concentrée essentiellement dans les villes).
- « L'aide de la famille » : La demande d'une « plus grande implication des familles » pour le transport notamment.
- « La sensibilisation des médecins traitants aux pathologies ophtalmologiques » : Les généralistes doivent également « penser à l'évoquer plus souvent » malgré le fait qu'ils disposent rarement de compte-rendu ophtalmologiques, et que souvent ils sont confrontés à des patients polypathologiques et que le problème visuel n'est pas le plus urgent ni le plus difficile à vivre pour le patient. Cette sensibilité pourrait passer par un « rappel sur le logiciel de prescription » utilisé à l'EHPAD.
- « L'utilité de consultations systématiques » : Concernant la fréquence de réalisation de ce dépistage ophtalmologique, il n'existe aucun consensus et reste à l'appréciation de chacun, sans pour autant qu'elle soit systématique à l'entrée ou après une chute, elle pourrait être proposé « tous les 1 à 2 ans » ou plus en fonction des plaintes du patient ou encore « dans l'année suivant l'institutionnalisation ». Beaucoup de généralistes condamnent le caractère « obligatoire » d'un tel dépistage et pensent plus important de s'en remettre à « l'appréciation de chaque situation ».

5.3) Perspectives

De nombreuses études évoquant la corrélation entre pathologies ophtalmologiques et institutionnalisation sont présentes dans la littérature. Toutes s'accordent sur le fait que la fréquence des troubles visuels est plus importante en EHPAD par rapport à la population du même âge mais qu'elle reste sous-estimée en EHPAD. Toutes les études s'accordent également sur le fait qu'il faille augmenter le dépistage, cependant aucune étude n'avait évalué le suivi des patients atteint de pathologies ophtalmologiques en EHPAD ainsi que les freins à un suivi optimal en passant par le ressenti de leur médecin généraliste.

Cette étude a permis de mettre en évidence une tendance déjà soulignée par la littérature du manque de suivi et de la méconnaissance des pathologies ophtalmologiques des patients d'EHPAD par le médecin généraliste. Ce qui semble intéressant sont les raisons de ce

manque de suivi évoquées par les généralistes qui restent les acteurs premiers et principaux de ce suivi.

Il est possible qu'un renforcement du lien entre ophtalmologistes et médecins libéraux ainsi qu'une meilleure accessibilité aux consultations ophtalmologiques permettent un suivi plus aisé mais peut-être faut-il également former d'avantage médecins et personnel paramédical au diagnostic de ces pathologies.

Une étude complémentaire pourrait être intéressante pour comparer le suivi des sujets en EHPAD avec des sujets de la même tranche d'âge hors EHPAD et aussi de limiter les biais avec d'autres études questionnant les patients eux-mêmes ou encore le personnels soignants et les médecins coordonnateurs des EHPAD ou alors une évaluation sur dossier directement au sein des EHPAD.

La dernière question, ouverte, de notre questionnaire permettait aux généralistes de s'exprimer plus librement sur leur ressenti sur ce suivi ophtalmologique, ses freins, et les moyens pour l'améliorer. Cela pourrait être le point de départ d'une éventuelle future thèse qualitative.

5.4) Perspectives bis: Un mot sur la plateforme de la fragilité de Toulouse

L'objectif principal de cet hôpital de jour (HDJ) d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles.

Le fonctionnement de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance nécessite que l'on organise en amont le repérage des principaux facteurs influençant la fragilité par les acteurs des soins de premier recours, en particulier les médecins généralistes traitants. Il est actuellement possible de repérer de façon simple et rapide ces facteurs. Au sein de cet HDJ, la personne dite « fragile » peut bénéficier d'une consultation ophtalmologique mais cela ne s'adresse pas aux personnes âgées dites « dépendantes » puisque déjà institutionnalisées.

La plateforme de la fragilité, afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité des personnes âgées, a réalisé un bilan d'évaluation globale effectué par des IDE à domicile (Annexe 5). Parmi les différentes grilles d'évaluation (ADL/IADL/MMSE/MNA...) est inclus un premier dépistage des troubles visuels :

-Dépistage de troubles de la réfraction avec test de l'acuité visuelle de loin (Echelle de Monoyer), test de l'acuité visuelle de près (Echelle de Parinaud) (Annexe 3).

-Dépistage d'une DMLA avec une grille d'Amsler (Annexe 4).

Une fois l'individu étiqueté « fragile », les hospitalisations de jour et différentes consultations à la plateforme de la fragilité lui permettent de bénéficier, entre autres, d'une évaluation et, le cas échéant, d'un suivi par un ophtalmologue.

Une partie de la discussion de ce travail de thèse réside dans la question suivante : Est-il possible de réaliser ce type de dépistage de « fragilité » et de dépistage de troubles visuels chez des personnes déjà institutionnalisées donc par définition ayant dépassé le stade de « fragilité » pour celui de la « dépendance » ? Est-il possible de mettre en place un dépistage systématique tel que celui de la plateforme de la fragilité lors des chutes des sujets âgées par exemple ? Ou un dépistage annuel ? Ce dépistage pourrait-il également inclure le dépistage de la cataracte ou d'autres pathologies touchant la rétine ? Peut-on s'inspirer de ce type de dépistage réalisé par des IDE formés pour l'appliquer dans les EHPAD, n'ayant cette fois pas pour but de dépister la fragilité puisque la personne est dépendante mais pour but d'améliorer sa qualité de vie institutionnelle ?

6) Conclusion

Le suivi de patients institutionnalisés en EHPAD concerne une majorité de médecins généralistes libéraux en Midi Pyrénées.

Plusieurs points importants ont été soulevés dans ce travail. En effet, la littérature retient les points essentiels suivants, la fréquence des principaux troubles visuels augmente avec l'âge (parmi les principales pathologies les plus fréquentes sont la cataracte, la DMLA, le GCAO et la rétinopathie diabétique). Il est également décrit que la prévalence de ces troubles visuels augmente chez les patients institutionnalisés en EHPAD par rapport à la population générale de la même tranche d'âge mais qu'elle reste cependant sous-estimée par manque de dépistage.

Ce travail tente de donner les premières pistes concernant les raisons de la difficulté d'établir un diagnostic et un suivi des pathologies ophtalmologiques en EHPAD. Il s'inscrit dans la même lignée des autres travaux de la littérature qui démontrent une nécessité d'augmenter ce dépistage et ce suivi en EHPAD.

Il s'agit d'un réel problème de santé publique puisqu'il a également été démontré que ces troubles visuels mal diagnostiqués aggravaient la dépendance, le risque de chute et les troubles cognitifs. Ils diminuent la qualité de vie du résident. Ces troubles visuels sont un facteur prédictif de placement. Il est donc nécessaire de les dépister en institutionnalisation afin d'améliorer la qualité de vie du résident et de stabiliser ce « syndrome de glissement » qui mène vers une dépendance de plus en plus profonde.

Notre travail montre que 74,5% des généralistes suivant des patients en EHPAD dénoncent un suivi difficile et peu régulier dû au simple fait du placement en institution.

On constate avec cette étude, même lorsque les recommandations de HAS sont formelles, avec pour le diabète, un dépistage ophtalmologique annuel recommandé, le suivi n'est pas optimal avec moins de 40% des patients diabétiques d'EHPAD dépistés (36,4%) (Tableau 4).

Le frein au suivi ophtalmologique le plus fréquemment évoqué par les médecins généralistes est la polypathologie, fréquente chez les résidents d'EHPAD rendant le dépistage et le suivi moins aisé, le transport plus délicat et souvent reléguant les problèmes ophtalmologiques en seconde place derrière des pathologies organiques ou cognitives plus

handicapantes. Le moyen proposé le plus fréquemment pour pallier ce frein est la formation des personnels soignants et une meilleure sensibilisation du médecin traitant.

Gardons à l'esprit cependant, qu'il n'existe aucun consensus pour le suivi ophtalmologique des patients d'EHPAD (en dehors des recommandations de bonne pratique qui s'adressent à la population générale et non pas à cette tranche de population spécifique) impliquant au médecin généraliste de toujours garder un sens médical critique et d'apprécier chaque situation différemment.

Au Javrou Bl.

Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL: 81 1 11793 1
N° RPPS : 1010007923#

Toulouse, le 07.06.2018

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine René Weil
Elie SERRANO

7) Références bibliographiques

1. Site de l'INSEE.
2. Collège des ophtalmologistes universitaires de France.
3. Site HAS.
4. Decrion J. Les déficiences visuelles de la personne âgées. Projet des réseaux gérontologiques du Sud Lorraine.
5. Quand la malvoyance s'installe : Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage - [Internet]. [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://www.bibliotheques.cergyponoise.fr/search.php?action=Record&id=cacp_0000765232&num=&total=&searchid=
6. Tielsch JM, Javitt JC, Coleman A, Katz J, Sommer A. The Prevalence of Blindness and Visual Impairment among Nursing Home Residents in Baltimore. *N Engl J Med*. 4 mai 1995;332(18):1205-9.
7. Wang JJ, Mitchell P, Cumming RG, Smith W, Blue Mountains Eye Study. Visual impairment and nursing home placement in older Australians: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmic Epidemiol*. févr 2003;10(1):3-13.
8. Mitchell P, Hayes P, Wang JJ. Visual impairment in nursing home residents: the Blue Mountains Eye Study. *Med J Aust*. 20 janv 1997;166(2):73-6.
9. van der Pols JC, Bates CJ, McGraw PV, Thompson JR, Reacher M, Prentice A, et al. Visual acuity measurements in a national sample of British elderly people. *Br J Ophthalmol*. févr 2000;84(2):165-70.
10. Taiel-Sartral M, Nounou P, Rea C, Alamy A el, Bendeddouche K, Boumezrag M, et al. [Visual acuity and ocular diseases in aged residents of nursing homes: study of 219 persons in Orléans]. *ResearchGate*. 1 mai 1999;22(4):431-7.
11. de Winter LJM, Hoyng CB, Froeling PGAM, Meulendijks CFM, van der Wilt GJ. Prevalence of remediable disability due to low vision among institutionalised elderly people. *Gerontology*. avr 2004;50(2):96-101.
12. Whitmore WG. Eye disease in a geriatric nursing home population. *Ophthalmology*. mars 1989;96(3):393-8.
13. West SK, Munoz B, Rubin GS, Schein OD, Bandeen-Roche K, Zeger S, et al. Function and visual impairment in a population-based study of older adults. The SEE project. Salisbury Eye Evaluation. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. janv 1997;38(1):72-82.
14. West SK, Rubin GS, Broman AT, Muñoz B, Bandeen-Roche K, Turano K. How does visual impairment affect performance on tasks of everyday life? The SEE Project. Salisbury Eye Evaluation. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. juin 2002;120(6):774-80.

15. Evans JR, Smeeth L, Fletcher AE. Risk of admission to a nursing home among older people with visual impairment in Great Britain. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. oct 2008;126(10):1428-33.
16. Bramley T, Peeples P, Walt JG, Juhasz M, Hansen JE. Impact of vision loss on costs and outcomes in medicare beneficiaries with glaucoma. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. juin 2008;126(6):849-56.
17. Owsley C, McGwin G, Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. nov 2007;125(11):1471-7.
18. Horowitz A. Vision impairment and functional disability among nursing home residents. *The Gerontologist*. juin 1994;34(3):316-23.
19. Klein R, Klein BE, Linton KL, De Mets DL. The Beaver Dam Eye Study: visual acuity. *Ophthalmology*. août 1991;98(8):1310-5.
20. Yamada Y, Denkinger MD, Onder G, van der Roest HG, Finne-Soveri H, Bernabei R, et al. Joint Associations of Dual Sensory Impairment and No-Activity Involvement With 1-Year Mortality in Nursing Homes: Results From the SHELTER Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mai 2016;71(5):643-8.
21. Yamada Y, Denkinger MD, Onder G, Henrard J-C, van der Roest HG, Finne-Soveri H, et al. Dual Sensory Impairment and Cognitive Decline: The Results From the Shelter Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. janv 2016;71(1):117-23.
22. Yamada Y, Vlachova M, Richter T, Finne-Soveri H, Gindin J, van der Roest H, et al. Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European nursing homes: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc*. oct 2014;15(10):738-43.
23. Dev MK, Paudel N, Joshi ND, Shah DN, Subba S. Psycho-social impact of visual impairment on health-related quality of life among nursing home residents. *BMC Health Serv Res*. 15 août 2014;14:345.
24. Dev MK, Paudel N, Joshi ND, Shah DN, Subba S. Impact of visual impairment on vision-specific quality of life among older adults living in nursing home. *Curr Eye Res*. mars 2014;39(3):232-8.
25. Dreer LE, McGwin G, Scilley K, Meek GC, Dyer A, Seker D, et al. Development of a nursing home vision-targeted health-related quality of life questionnaire for older adults. *Aging Ment Health*. nov 2007;11(6):722-33.
26. Vu HTV, Keeffe JE, McCarty CA, Taylor HR. Impact of unilateral and bilateral vision loss on quality of life. *Br J Ophthalmol*. mars 2005;89(3):360-3.
27. Elliott AF, McGwin G, Owsley C. Health-related quality of life and visual and cognitive impairment among nursing-home residents. *Br J Ophthalmol*. févr 2009;93(2):240-3.

28. Owsley C. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents.
29. Marx M. The relationship between low vision and performance of activities of daily living in nursing home residents.
30. VanNewkirk MR, Weih L, McCarty CA, Stanislavsky YL, Keeffe JE, Taylor HR. Visual impairment and eye diseases in elderly institutionalized Australians. *Ophthalmology*. déc 2000;107(12):2203-8.
31. Sturges I, Rudd AG, Shilling J. Unrecognized visual problems amongst residents of Part III Homes. *Age Ageing*. janv 1994;23(1):54-6.
32. Waked N, Saad A, Mehanna C, Sleilaty G, Kortbaoui R. [Prevalence, causes, and risk factors for blindness and visual impairment among nursing home residents in Lebanon]. *J Fr Ophtalmol*. mai 2007;30(5):497-502.
33. Swanson MW. Care plan assessment of visual status and evaluated vision among nursing home residents. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*. mars 1995;72(3):151-4.
34. Wingert TA, Tumosa N, McAlister WH. Epidemiological evidence that access to routine optometric care benefits nursing home residents. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*. nov 1992;69(11):886-8.
35. Goetzinger GJ, Wingert TA, McAlister WH. Routine optometric care in nursing homes: a retrospective study. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*. avr 1996;73(4):243-6.
36. Durkin JR, Newcomb RD. Optometry in nursing homes. *J Am Optom Assoc*. févr 1992;63(2):102-5.
37. Rifaat R, Kivelä SL. Occurrence of eye disorders and need for treatment in the elderly in special dwellings and nursing homes [corrected]. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. déc 1989;67(6):657-63.
38. Therehan L. The prevalence of visual Impairment in retirement home residents.
39. Friedman DS, Muñoz B, Roche KB, Massof R, Broman A, West SK. Poor uptake of cataract surgery in nursing home residents: the Salisbury Eye Evaluation in Nursing Home Groups study. *Arch Ophthalmol Chic Ill 1960*. nov 2005;123(11):1581-7.
40. Sturges I, Rudd AG, Shilling J. Unrecognized visual problems amongst residents of Part III Homes. *Age Ageing*. janv 1994;23(1):54-6.
41. Ip SP, Leung YF, Mak WP. Depression in institutionalised older people with impaired vision. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2000;15(12):1120-4.
42. Jensen H, Tubæk G. Elderly people need an eye examination before entering nursing homes. *Dan Med J*. févr 2017;64(2).

43. Adachi et al. Factors associated with the occurrence of a fall in subjects with primary open-angle glaucoma.
44. Palagyi et al. While we waited: Incidence and predictors of but: falls in order adults with cataract.
45. Kasuga et al. Visual impairment as an independant risk factor for falls in hospitalized patients.
46. Crews et al. Falls among persons aged > 65 years with and without severe vision impairment.
47. West SK, Friedman D, Muñoz B, Roche KB, Park W, Deremeik J, et al. A randomized trial of visual impairment interventions for nursing home residents: study design, baseline characteristics and visual loss. *Ophthalmic Epidemiol.* juill 2003;10(3):193-209.
48. Koch JM, Datta G, Makhdoom S, Grossberg GT. Unmet visual needs of Alzheimer's disease patients in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* août 2005;6(4):233-7.
49. Yamada Y, Denkinger MD, Onder G, Finne-Soveri H, van der Roest H, Vlachova M, et al. Impact of dual sensory impairment on onset of behavioral symptoms in European nursing homes: results from the Services and Health for Elderly in Long-Term Care study. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2015;16(4):329-33.
50. Horowitz A. The relationship between vision impairment and the assessment of disruptive behaviors among nursing home residents. *The Gerontologist.* oct 1997;37(5):620-8.
51. Elliott AF, McGwin G, Kline LB, Owsley C. Vision Impairment Among Older Adults Residing in Subsidized Housing Communities. *The Gerontologist.* juin 2015;55 Suppl 1:S108-117.
52. Clair M. Comment prendre en charge le déficit visuel en EHPAD.

8) Annexes

Annexe 1 : Lettre explicative accompagnant le questionnaire + questionnaire de thèse

Bonjour,

Merci infiniment de prendre juste quelques minutes (5, et pas une de plus promis!) pour répondre à ce petit questionnaire anonyme, mais qui me sera d'une grande aide pour la réalisation de ce travail.

Il s'agit de mon projet de thèse de médecine générale qui s'intéresse au suivi ophtalmologique des personnes âgées en institution. Avec cette thèse, j'aimerais réaliser une "photographie" de la réalité de ce suivi ophtalmologique en EHPAD afin de tenter d'en comprendre les freins, ou alors d'en saisir les points fort pour les optimiser sur le terrain.

D'ores et déjà, je vous remercie du temps que vous m'accorderez, soyez assurés que ma reconnaissance sera éternelle.

Camille Fanton (plus interne mais pas encore docteur)
(Voici mon mail: camillefanton@hotmail.fr si vous souhaitez que je vous tienne au courant des résultats ce que je ferai avec plaisir / me poser des questions sur ce travail / que je vous envoie des muffins pour vous remercier...)

*réponse obligatoire



Concernant les médecins libéraux répondant au questionnaire

▪ Votre secteur d'exercice est : *
Une seule réponse possible.

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

▪ Vous êtes : *
Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme

- En quelle année vous êtes-vous installé ? *
- Pouvez-vous estimer le nombre de patients de votre patientèle (soit le nombre de patients de plus de 15 ans vous ayant déclaré comme médecin traitant, selon ROSP) ? *

Concernant l'état ophtalmologique de vos patients institutionnalisés

- Quelle est la fréquence des pathologies ophtalmologiques (toutes pathologies confondues) chez ces patients ?
- Pouvez-vous estimer le pourcentage de votre patientèle qui réside en EHPAD ? (en %) *
- Pouvez-vous estimer le pourcentage de ces patients ayant une ou plusieurs pathologies ophtalmologiques (toutes pathologies confondues HORS troubles de la réfraction) ? (en %) *
- Pouvez-vous estimer le pourcentage de ces patients ayant un traitement ophtalmologique au long cours ? (en %) *
- Qui renouvelle ce traitement ? *

Une seule réponse possible.

- Vous-même
- L'ophtalmologiste

Concernant le suivi ophtalmologique de vos patients institutionnalisés

- Quelle est la fréquence du suivi ophtalmologique chez ces patients ?
- Selon vous, quel pourcentage de vos patients ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique à l'entrée en EHPAD ? (en %) *
- Selon vous, quel pourcentage de vos patients DIABETIQUES ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique au cours de l'année précédente en EHPAD ? (en %) *
- Selon vous, quel pourcentage de vos patients ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique au cours de l'année précédente en EHPAD ? (Hors patients diabétiques) (en %) *
- Selon vous, quel pourcentage de vos patients ont bénéficié d'un bilan ophtalmologique au cours d'un bilan de chute ? (en %) *

Quels sont les freins éventuels à un tel suivi ?

- Selon vous, l'institutionnalisation représente-t-elle un frein au suivi ophtalmologique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Quels pourraient être les freins au suivi ophtalmologique en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

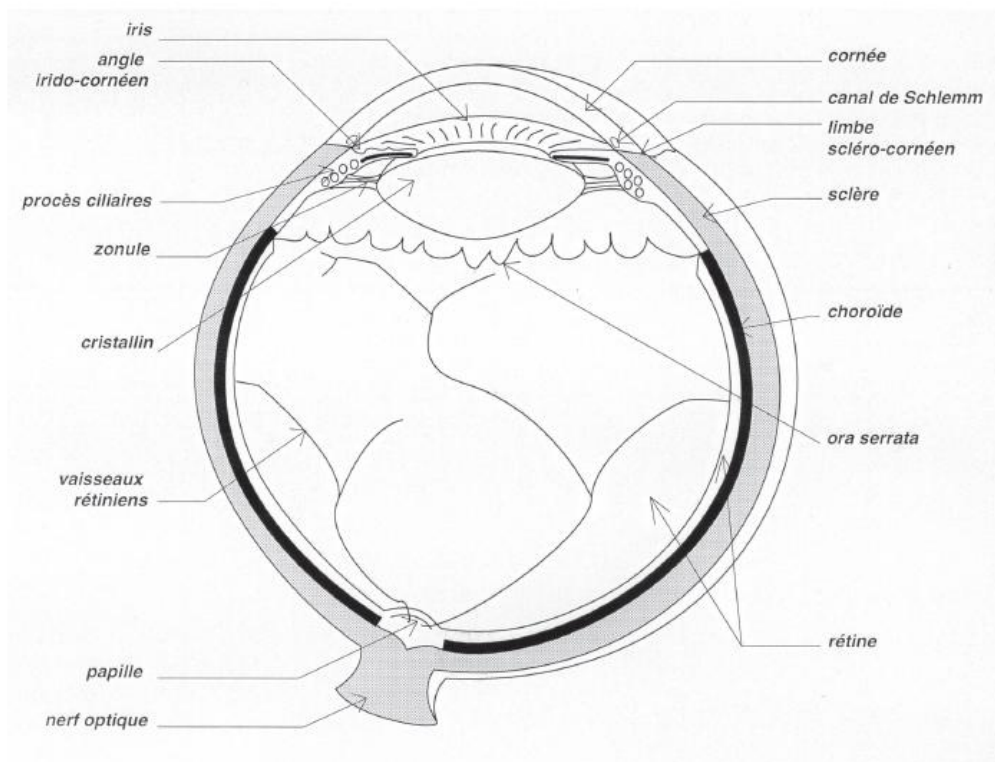
- Délai de prise de rendez-vous trop long chez le spécialiste
 - Patient poly-pathologiques non (ou difficilement) transportable
 - Patient porteur de troubles cognitifs sans plainte ophtalmologique spécifique
 - Négligence / méconnaissance des pathologies ophtalmologiques par les équipes soignantes
 - Transport médicalisé peu ou non pris en charge par la sécurité sociale pour les consultations de suivi
 - Difficultés organisationnelles due à l'institutionnalisation
 - Il n'y a pas de frein à ce suivi
- Quels moyens pourraient être mis en œuvre pour améliorer le suivi ophtalmologique des patients en EHPAD ? (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Consultation ophtalmologique obligatoire à l'entrée en EHPAD
 - Consultation ophtalmologique obligatoire une fois par an (avec transfert au cabinet du spécialiste) même si pas de pathologie ALD incluant une consultation par an (exemple: diabète)
 - Consultation ophtalmologique obligatoire dans le cadre d'un bilan de chute
 - Formation du personnel soignant de l'EHPAD à la reconnaissance de troubles ophtalmologiques
 - Il n'y a aucun moyen qui me paraît pertinent pour améliorer ce suivi
- Autres suggestions concernant les freins potentiels ou les moyens d'améliorer le suivi ophtalmologique en EHPAD :

(Question ouverte)

Annexe 2 : Représentation schématique du globe oculaire (COUF)



Annexe 3 : Echelles de Parinaud et de Monoyer

TEST OPTIOMÉTRIQUE d'après PARINAUD
Distance de lecture : 33 centimètres

14
Mon dessein n'est pas d'enseigner

10
ici la méthode que chacun doit suivre pour bien conduire sa raison, mais

8
seulement de faire savoir en quelle sorte j'ai tâché de conduire la mienne. Ceux qui se mêlent de donner des préceptes se doivent

6
estimer plus habiles que ceux auxquels ils les donnent, et s'ils manquent à la moindre chose, ils en sont blâmables. Mais ne proposant cet écrit que comme une histoire, ou, si vous l'aimez mieux, que comme une

5
fablle en laquelle parmi quelques exemples qu'on peut imiter, on en trouvera peut-être aussi plusieurs autres qu'on aura raison de ne pas suivre, j'espère qu'il sera utile à quelques-uns, sans être nuisible à personne et que tous me sauront gré de ma franchise. J'ai été ouvert aux lettres dès mon enfance, et, pour ce qu'on me persuadait que par leur moyen

TEST OPTIOMÉTRIQUE d'après PARINAUD
Distance de lecture : 33 centimètres

4
on pouvait acquérir une connaissance claire et assurée de tout ce qui est utile à la vie, j'avais un estomac défilé de les apprendre. Mais, étant que j'eus obtenu tout ce cours d'études sans danger, en a costume d'être reçu au rang des doctes, je changeai entièrement d'opinion, car je me trouvais embarrassé de tant de doctes et d'écroux qu'il me semblait n'avoir fait aucun profit, en tâchant de m'instruire, sinon que j'avais

3
diversité de plus en plus mes ignorances. Et néanmoins j'étais en l'un des plus célèbres doctes de l'école, on se permit qu'il devait y avoir de grands hommes, et j'en eus en assez nombre de la sorte. Il y avait aussi tout ce que les autres y apprennent, et même, on m'écrit par occasion des lettres qu'on m'envoyait, j'eus par conséquent les livres traités de celles qu'on estime les plus nécessaires et les plus utiles qui ont été publiés entre nos mains. Avec cela je n'eus les yeux aussi que les autres faisoient de moi, et je ne regardai point que ce n'était seulement

2
à mes connaissances, mais qu'il y en eût aussi une autre qui étoit de remplir les places de ces doctes. Et cette autre étoit que j'étais en l'un des plus célèbres doctes de l'école, on se permit qu'il devait y avoir de grands hommes, et j'en eus en assez nombre de la sorte. Il y avait aussi tout ce que les autres y apprennent, et même, on m'écrit par occasion des lettres qu'on m'envoyait, j'eus par conséquent les livres traités de celles qu'on estime les plus nécessaires et les plus utiles qui ont été publiés entre nos mains. Avec cela je n'eus les yeux aussi que les autres faisoient de moi, et je ne regardai point que ce n'était seulement

1,5
à mes connaissances, mais qu'il y en eût aussi une autre qui étoit de remplir les places de ces doctes. Et cette autre étoit que j'étais en l'un des plus célèbres doctes de l'école, on se permit qu'il devait y avoir de grands hommes, et j'en eus en assez nombre de la sorte. Il y avait aussi tout ce que les autres y apprennent, et même, on m'écrit par occasion des lettres qu'on m'envoyait, j'eus par conséquent les livres traités de celles qu'on estime les plus nécessaires et les plus utiles qui ont été publiés entre nos mains. Avec cela je n'eus les yeux aussi que les autres faisoient de moi, et je ne regardai point que ce n'était seulement

INDICATEUR CHAIX

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 |

0,14

1 MRTVFEUENCXOZD 10

0,11 DLVATBKUEHSN 0,9

0,08 RCYHOFMESPA 0,6

0,07 EXATZHDWN 0,7

0,05 YOELKSFDI 0,6

10 OXPFBZD 0,5

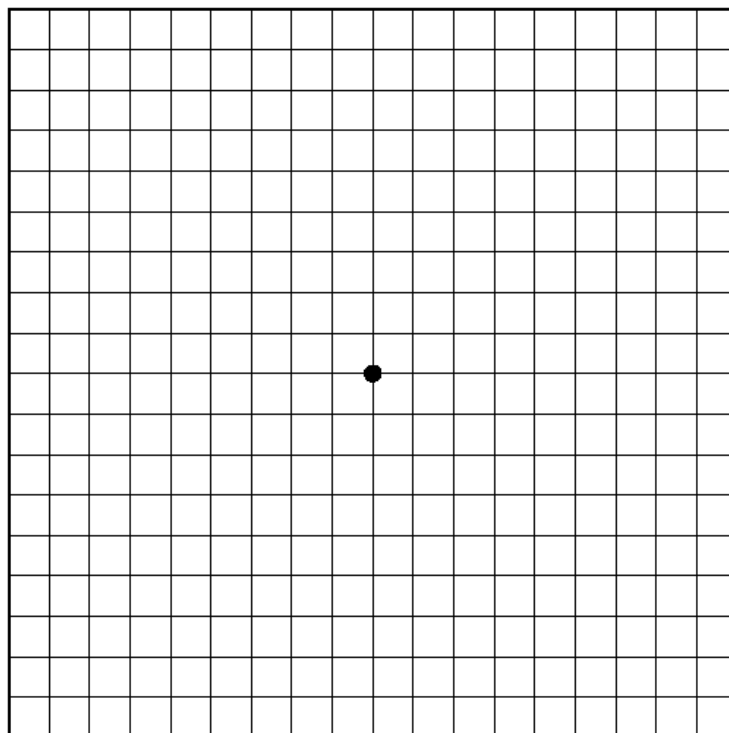
0,04 NLTA VR 0,4

0,04 OHSUE 0,5

25 MCF 0,2

50 ZU 0,1

Annexe 4 : Grille d'Amsler



Annexe 5 : Protocole de coopération IDE : Diagnostic et initiation de la prise en charge de la fragilité du sujet âgé : Evaluation des capacités visuelles

Test d'acuité visuelle – Vision de loin (Echelle Monoyer)
Lecture de la planche à une distance de 5 mètres.

| | Acuité | Oeil droit | Oeil gauche |
|---------------|--------|--------------------------|--------------------------|
| ZU | 1/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MCF | 2/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OHSE | 3/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NLTAVR | 4/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OXPHBZD | 5/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| YOELKSFI | 6/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EXATZHDVN | 7/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RCYHOFMESPA | 8/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DLVATBKUEHSN | 9/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRTVFUENCXOZD | 10/10e | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Test d'acuité visuelle – Vision de près (Echelle de Parinaud)

Score : _____

Grille d'Amsler

Anomalies

₁ oui

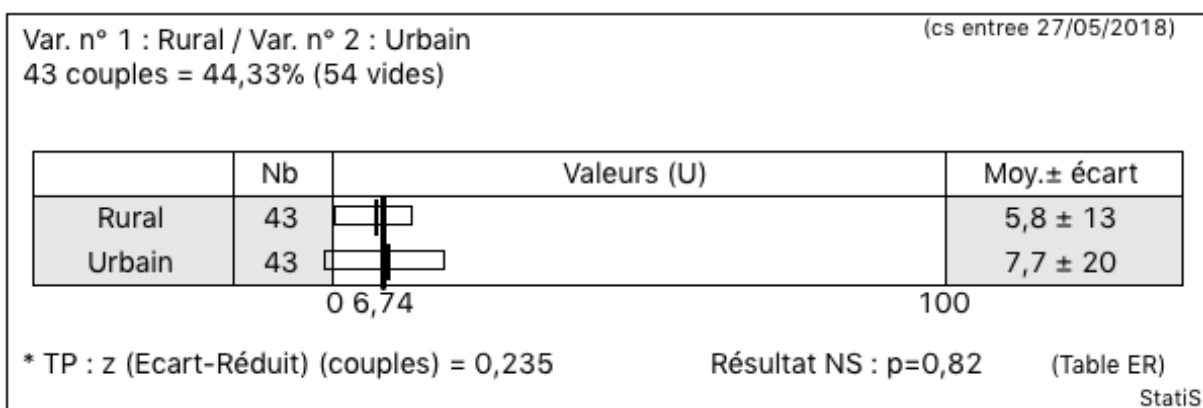
₀ non

Si oui, précisez lesquelles :

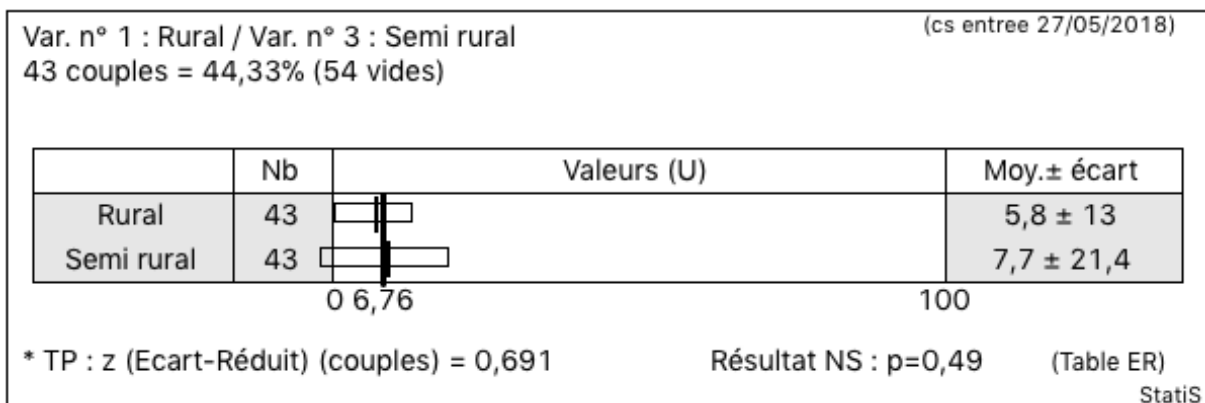
Annexe 6 : Figures « calcul de p » : Comparaison des consultations ophtalmologiques à l'entrée, annuelles et post-chute en EHPAD en fonction du lieu d'activité du médecin généraliste (Student)

- Comparaison de l'orientation en consultation ophtalmologique à l'entrée en EHPAD:

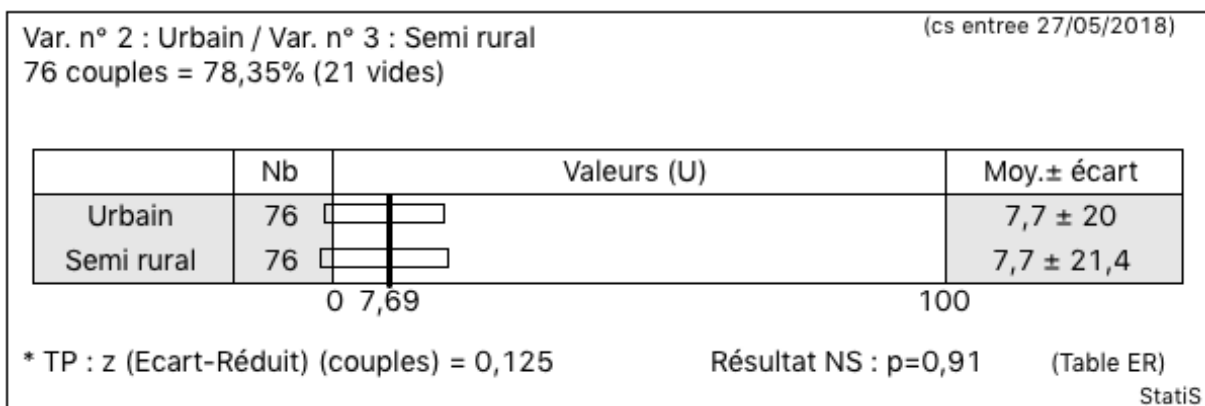
1) Rural vs urbain



2) Rural vs semi-rural

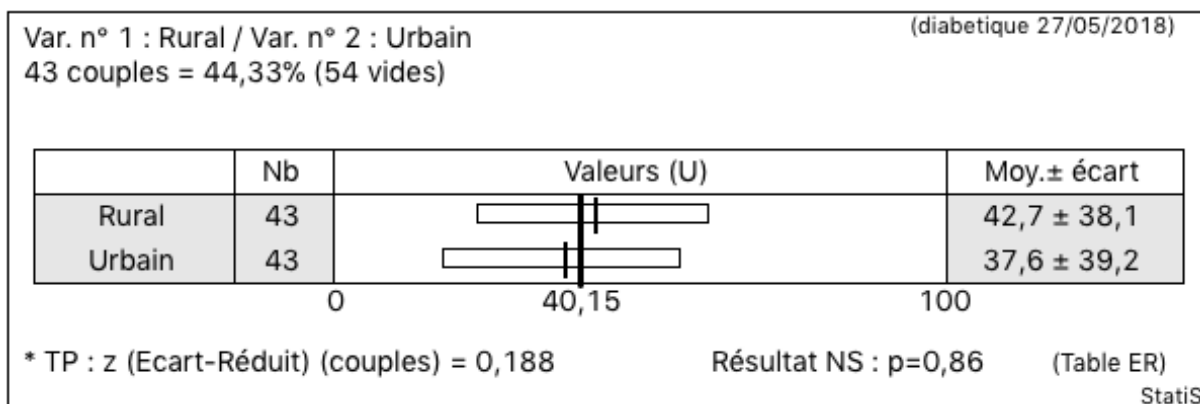


3) Urbain vs semi-rural

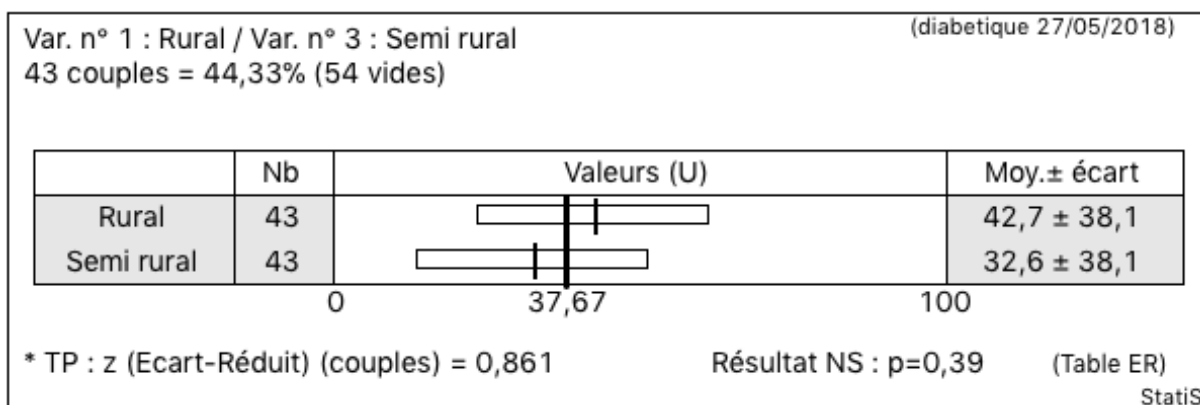


- Comparaison de l'orientation en consultation ophtalmologique annuelle chez le patient diabétique:

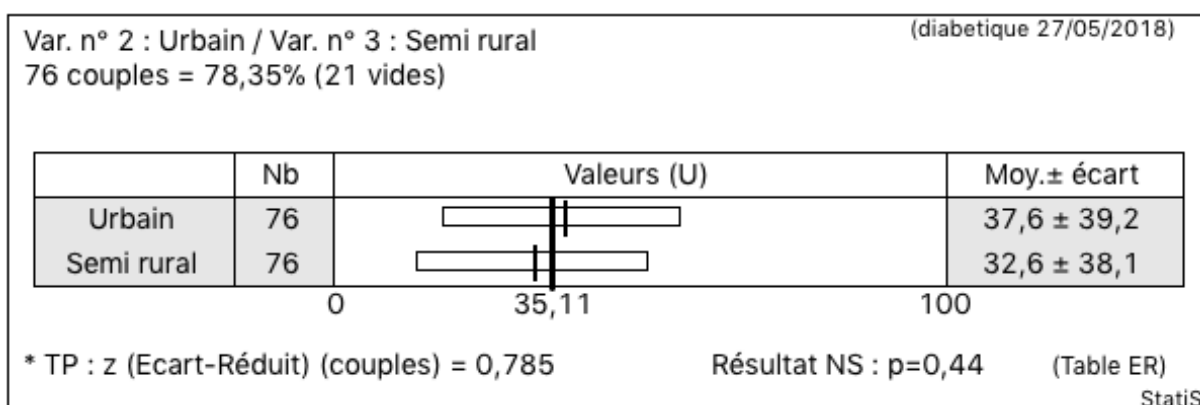
1) Rural vs urbain



2) Rural vs semi-rural

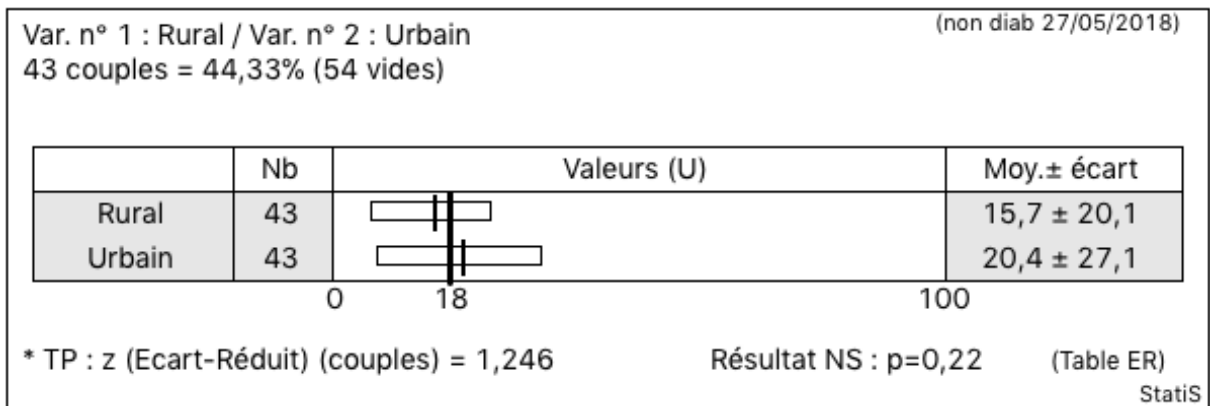


3) Urbain vs semi-rural

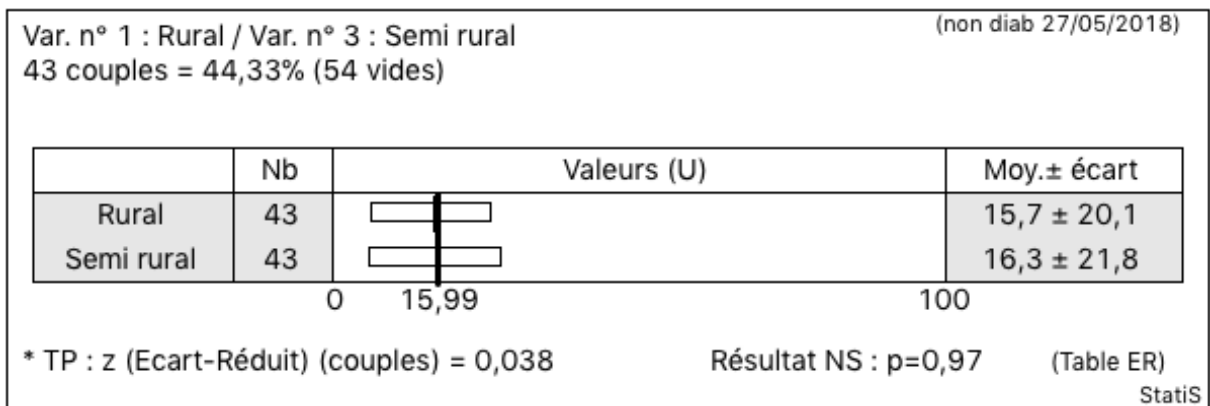


- Comparaison de l'orientation en consultation ophtalmologique annuelle chez le patient non diabétique:

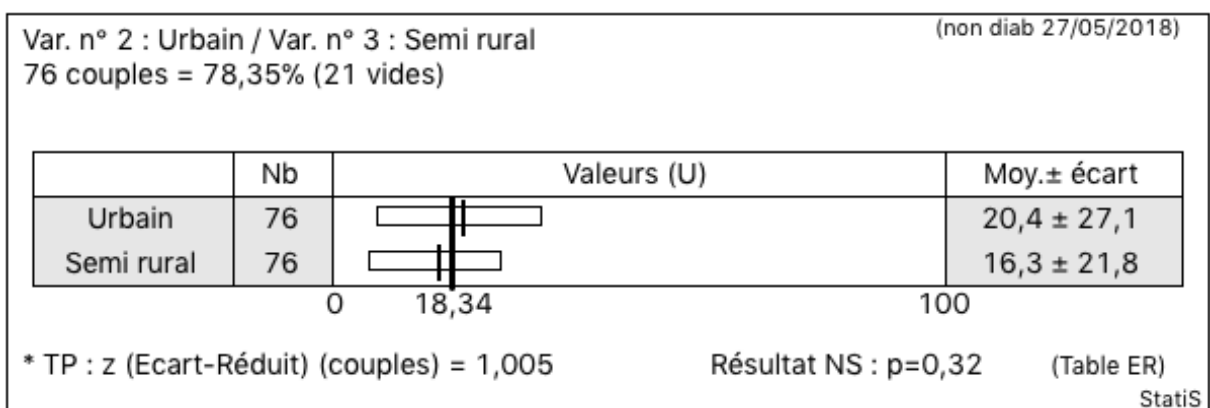
1) Rural vs urbain



2) Rural vs semi-rural

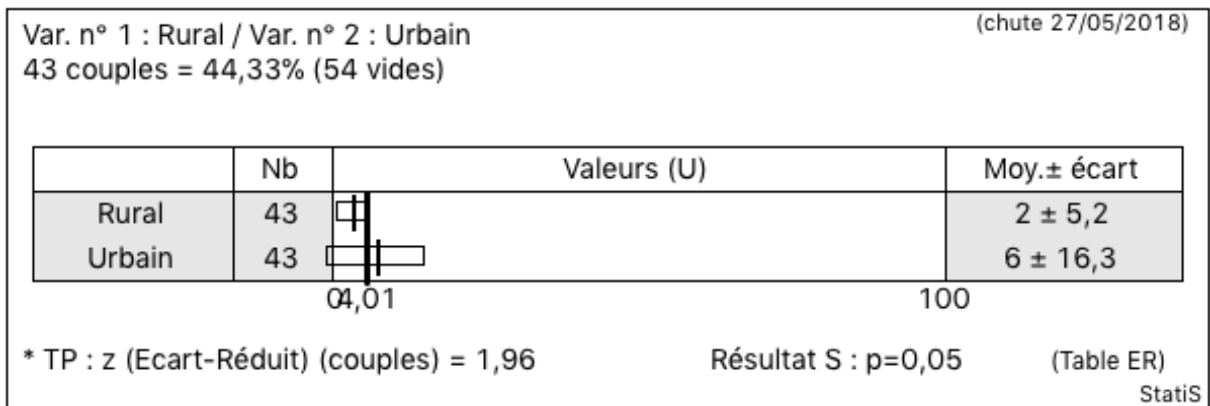


3) Urbain vs semi-rural

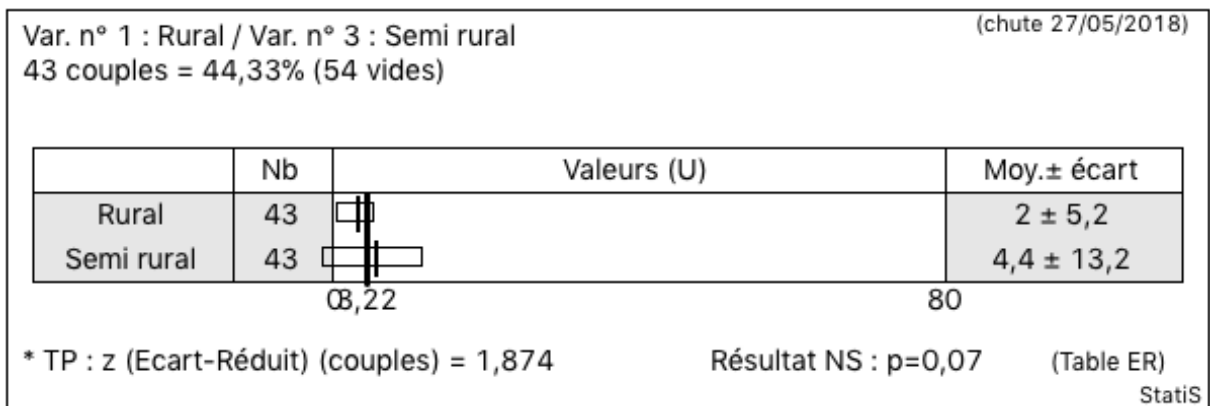


- Comparaison de l'orientation en consultation ophtalmologique au décours d'une chute:

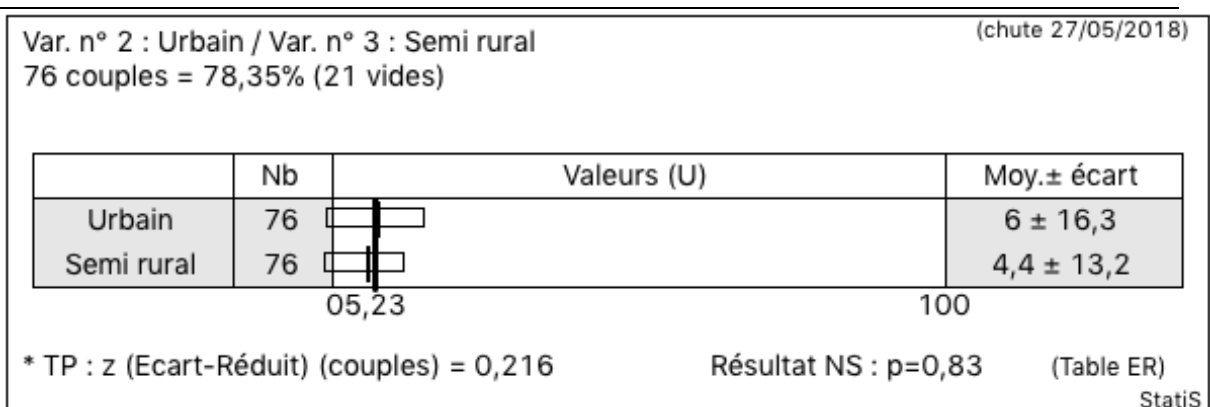
1) Rural vs urbain



2) Rural vs semi-rural



3) Urbain vs semi-rural



Titre: Réalité du suivi ophtalmologique des patients institutionnalisés en EHPAD par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées.

Introduction: Les pathologies oculaires (cataracte, DMLA, glaucome et rétinopathie diabétique) sont les premières causes de diminution de l'acuité visuelle chez la personne âgée en France. Elles sont responsables d'une perte d'autonomie progressive et sont un facteur significatif prédictif de dépendance. Pourtant, ces pathologies oculaires restent sous-estimées en EHPAD par rapport à la population hors institution dans la même tranche d'âge. **Objectifs:** Estimer la fréquence du suivi ophtalmologique des patients en EHPAD par les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées (toutes pathologies confondues) et tenter d'en comprendre les freins et voir quels moyens pourraient être mis en œuvre pour optimiser un tel suivi. **Méthode:** Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive de type transversal à l'aide d'un questionnaire adressé par mail. **Résultats:** Le taux moyen de patients en EHPAD est de 4,5% avec un taux de pathologies ophtalmologiques chez ces patients de 38% au sein d'une patientèle de médecin généralistes d'environ 866 patients. Les patients en EHPAD porteurs d'un diabète étaient dans notre étude, adressés deux fois plus souvent chez l'ophtalmologiste que ceux qui n'ont pas de diabète (36,4% contre 17,6%). Seuls 4,5% des patients en EHPAD sont adressés en consultation au décours d'une chute. Et moins de 10% des patients d'EHPAD bénéficient d'une évaluation à l'entrée en institution. Le principal frein au suivi ophtalmologique des patients d'EHPAD évoqué par les généralistes est la polyopathie (87,5%), juste avant les troubles cognitifs (80,6%), et la difficulté du transport de ces patients (72,2%). Tandis que le moyen d'y remédier le plus souvent proposé est la formation des personnels soignants en EHPAD (40,7%). **Conclusion:** Le suivi ophtalmologique des patients institutionnalisés en EHPAD est insuffisant. Il semble nécessaire de développer des moyens pour optimiser ce suivi pour un meilleur dépistage des pathologies ophtalmologiques des patients d'EHPAD afin d'améliorer la qualité de vie et d'éviter le glissement vers une dépendance de plus en plus profonde.

Mots-clés: pathologies oculaires, personnes âgées, EHPAD, troubles visuels

Title: Reality of the ophthalmological follow-up of the patients institutionalized in nursing homes by the general practitioners in Midi-Pyrénées.

Introduction: The eye diseases (cataract, AMD, glaucoma and diabetic retinopathy) are the first causes of decrease of the visual acuteness at the elderly person in France. They are responsible for a loss of progressive autonomy and are a predictive significant factor of dependence. Nevertheless, these eye pathologies remain underestimated in nursing homes (NH) compared with the population non-institutional in the same age bracket. **Objectives:** Estimate the frequency of the ophthalmological follow-up of the patients in NH by the general practitioners in region Midi-Pyrénées (for all eyes diseases) and try to understand brakes and to see which ways could be implemented to optimize such a follow-up. **Method:** We realized an observation descriptive study of type transverse by means of a questionnaire sent by e-mail. **Results:** Patient's average rate in NH is 4,5 % with a rate of ophthalmological pathologies of 38 % within general practitioner's patients about 866 patients. Patients in NH with diabetes were, in our study, addressed twice as often at the ophthalmologist as those who have no diabetes (36,4 % vs 17,6 %). Only 4,5 % of the patients in NH are addressed in ophthalmic consultation after a fall. And less than 10 % of the patients of NH receive an evaluation at the entrance to institution. The main brake in the ophthalmological follow-up of the patients of NH evoked by the general practitioners is the multiple illnesses (87,5%), just before the cognitive disorders (80,6%), and the difficulty to transport these patients (72,2%). Whereas the way to remedy it most often proposed is the training of the nursing staffs in NH (40,7%). **Conclusion:** The ophthalmological follow-up of the patients institutionalized in EHPAD is insufficient. It seems necessary to develop ways to optimize this follow-up for a better screening of the ophthalmological pathologies of the patients of NH to improve the quality of life and avoid the sliding towards a more deep dependence.

Keywords: Eye diseases, Elderly/aged people, nursing homes, vision disorder

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Dr Pierre Razongles

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France