UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2018 2018 TOU3 1106

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2018

Par
Manon MÉOLA

L'OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À PROPOS D'UN DÉPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE AU SEIN DU RÉSEAU DE SANTÉ GOURDAN-POLIGNAN/MONTRÉJEAU.

Directeur de thèse : Pr Jean Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	**Président**
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	**Assesseur**
Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques

Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

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. MALAVAUD 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)	Hépato-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	Hépato-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	Ophtalmologie
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	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	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)	Hépato-Gastro-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. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED 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

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

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. CAVAIGNAC 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. HAMDI 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	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. 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. DEDOUIT 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	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves	Dr BOYER Pierre
Dr CHICOULAA Bruno	Dr ANE Serge
Dr IRI-DELAHAYE Motoko	Dr BIREBENT Jordan
Dr FREYENS Anne	Dr LATROUS Leila

SEPTEMBRE 2017

Remerciements à mon Jury de Thèse

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Médecin généraliste, Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de siéger à ma thèse, en qualité de président du jury. Je vous en suis très reconnaissante. Merci pour votre bienveillance durant la soutenance de mon mémoire.

Soyez assuré de toute ma gratitude et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Médecin généraliste, Professeur associé de Médecine Générale

Directeur de thèse hors pair, mes remerciements ne suffiront pas pour exprimer toute ma reconnaissance. Merci infiniment pour ton constant soutien, dès mon premier stage ambulatoire jusqu'à ce jour. Merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir soutenu dans mes projets.

À Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS

Médecin généraliste, Professeur associé de Médecine Générale

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse, je vous en suis très reconnaissante. Et je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail dès la soutenance de mon mémoire et de vos encouragements.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et gratitude.

À Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Médecin généraliste, Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Merci d'avoir accepté de siéger au jury de ma thèse.

Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

Remerciements des Professionnels de santé

Je tenais à remercier chaleureusement chaque professionnel de santé ayant participé à ma thèse, sans qui ce travail n'aurait jamais pu aboutir.
Mes sincères remerciements pour tout votre investissement.

CALESTROUPAT MACHADO Claire, Infirmière
DIGNAT Pierre, Kinésithérapeute
DUFOUR Elisabeth, Infirmière
FERNANDEZ Régis, Pharmacien
GARROS Yvan, Médecin généraliste
GRELLIER Ghyslaine, Médecin généraliste
GUMPELSON Françoise, Pharmacienne
LACOSTE Thierry, Infirmier
LECOMPTE Laeticia, Infirmière
MALARD Céline, Infirmière et Coordinatrice du Mont Royal Santé
À qui j'adresse des remerciements personnels pour son aide dans la rédaction de mon mémoire et de ma thèse. Mais également merci de me faire l'honneur de ta présence à la soutenance de ma thèse.
MORENO Laeticia, Infirmière
MOULIS Stéphane, Infirmier
PERREIRA Marie-Christine, Pharmacien
POUTRAIN Jean-Christophe, Médecin généraliste et Professeur associé de médecine générale
PUJOL Jacques, médecin généraliste, ancien maître de stage,
Merci infiniment pour toutes les connaissances que tu m'as permises d'acquérir.
Merci d'illustrer une si belle image de la médecine générale, un exemple d'humilité.
RATOKO Jean-Claude, Médecin généraliste
RENAUDET Anne, Infirmière
RISER Odile, Médecin généraliste
RONDET François, Dentiste
SABADEL Frédérique, Podologue
SORRAING Françoise, Pharmacienne
STEUX Roxanne, Biologiste
TALLON-CHARRIERE Nathalie, Infirmière

Je tenais également, à remercier Caroline CHEYRON, qui est à l'initiative de cette thèse. Grace à elle, ce projet a pu naître. Merci de m'avoir permis de prendre la suite de tes travaux.

Remerciements à mes proches

À Julien, avec qui j'ai la chance de partager ma vie, merci de m'avoir accompagnée et soutenue durant mes longues études, un bel investissement ! Heureuse d'entamer cette nouvelle aventure à 3 au près de toi

À ma petite sœur, Pauline, merci pour ton soutien et toute l'aide que tu m'as apportée durant mes études. Ces récitations ont payé ! Merci d'avoir cru en moi.

À mes parents, sans qui je n'aurais jamais pu arriver jusque là, vous faites partie intégrante de ma réussite. Vous m'avez soutenue tout le long de mon parcours et vous avez toujours cru en moi.

À mes grands-parents, Pajo et Mana, vous m'avez appris la rigueur et l'importance du travail. Vous avez cru en moi, et je vous en remercie.

À mes amis, sans vous, ma vie serait bien fade. Merci pour votre généreuse patience et votre appuis durant ces longues études. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, et hâte de vivre les prochains !

Ma famille Toulousaine, Margot, Anne-Sophie, Victor G, Pauline, Nicolas, Célie, Miléna, Laury, Camille, Lisa, Victor C., Marion, Hugues, Aurélien, Aurélie Clément, Nora, Stéphane, Guillaume E., Florian, et Salim.

Ma jolie famille éparse, Aurélie, Wandrille, Charline, Maxime, Élodie, Antoine, Marie, Thomas, Olivia, Constant, Nicole, Tristan, Capucine, Henry.

Mes familles de toujours, Boulet, Brefel, Augé, Pascaud, Gomez, Dezotti, Aguilar, Chaumier, Brard.

Et une attention particulière, à ces amis qui ont fait partie intégrante de mon parcours en médecine,

Fanny, et nos tableaux blancs, une si belle amitié est née depuis cette fameuse P1

Clémence, et notre niveau d'anglais hors pair, le groupe 6

Gabrielle, et nos séances de révision, merci pour ce binôme de rigueur et de joie

Cannelle, un soutien permanent et même à domicile, vive la collocation et en avant pour notre future association !

Camille, merci pour toutes les relectures de mes travaux, et merci de m'avoir fait découvrir les « en vrai » et le beurre salé !

Laura, merci pour cette belle amitié et vive nos prochaines virées à vélo

Marion, ma pareja en avant pour de nouvelles aventures

Les belles rencontres de l'externat, Elodie, Chine, Charlène, Cécile, Pauline, Nicolas B., Cyrille, Tristan, Nicolas C., Aymeric

L'équipe des urgences, toujours soudée durant ce semestre intense : Virginie, Pauline, Marine, Marina, Céline, Jessie, Jérôme, Claire, Baptiste, Aurélie, Morgane, Clara

L'équipe de Saint-Gaudens, avec qui j'ai fait mes premiers pas en tant qu'interne : Mathieu, Mohcine, Aurélie, Aïda, Maylis, Mickael, Audrey, Pierre.

À tous mes maîtres de stage qui ont su me faire partager leur savoir et progresser dans ma discipline. Une attention particulière pour, Catherine Mecchain, et Bénédicte Gayon, qui m'ont permis d'entamer cet internat avec plus d'assurance.

Table des Matières

TABLE DES MATIERES 1

INTRODUCTION 3

1. L'ARRIVEE DES MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES 3

2. L'APPORT DE LA LOI BACHELOT : « HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES » 3

3. LE DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL DE LA DMLA A GOURDAN-POLIGNAN/MONTREJEAU 4

4. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE 5

4.1. L'HYPOTHESE DE TRAVAIL 5

4.2. LES OBJECTIFS 6

MATERIELS ET METHODE 7

5. TYPE D'ETUDE 7

6. EXTENSION DU DEPISTAGE DE LA DMLA A TOUTE UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 7

6.1. ORIGINE DU DEPISTAGE DE LA DMLA 7

6.2. PROTOCOLE DU DEPISTAGE DE LA DMLA 7

6.3. MISE EN AVANT DU RESEAU MONT ROYAL SANTE 10

7. QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE 11

7.1. DESCRIPTIF DU QUESTIONNAIRE 11

7.2. POPULATION CIBLE 11

7.3. MODES DE RECUEIL DES QUESTIONNAIRES 12

7.4. PERIODE DE RECUEIL 12

RESULTATS 13

8. DESCRIPTION DEMOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE 13

9. L'OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTE 14

9.1. ÉVALUATION DU TEMPS DE REALISATION DU DEPISTAGE 15

9.2. ÉVALUATION DU MATERIEL DE DEPISTAGE 15

9.3. ÉVALUATION DU CIRCUIT D'ADRESSAGE 15

9.4. ÉVALUATION DU VECU DES PROFESSIONNELS DE SANTE 15

9.5. ÉVALUATION DE LA CONTINUITE D'UN DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL 16

10. DEPISTAGE DE LA DMLA : CONNAISSANCE ET RESSENTI DES USAGERS 16

11. ÉVALUATION DE L'IMPACT DU DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL SUR LE RESEAU MONT ROYAL SANTE 17

12. SUGGESTIONS POUR UNE PROGRESSION DU DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL 17

DISCUSSION 20

13. LES FORCES ET LES LIMITES DE CETTE ETUDE 20

13.1. LES FORCES DE L'ETUDE 20

13.2. LES LIMITES DE L'ETUDE 21

14. L'OBJECTIF PRINCIPAL 22

14.1. UNE OPINION GENERALE FAVORABLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE 22

14.2. UNE OPINION FAVORABLE INFLUENCEE PAR UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE 23

15. LES OBJECTIFS SECONDAIRES 26

15.1. LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE 26

15.2. L'IMPACT DU DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL SUR LE RESEAU DE SANTE EN DEVENIR 27

CONCLUSION 30

BIBLIOGRAPHIE 31

ANNEXES 35

16. ANNEXE 1 : QU'EST-CE QUE LE MONT-ROYAL SANTE ? 35

17. ANNEXE 2 : MEMOIRE DU DES DE MEDECINE GENERALE 37

Introduction

1. L'arrivée des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles

La pratique isolée du médecin généraliste s'estompe de plus en plus pour laisser place à une pratique pluri-professionnelle(1) ; l'exercice en Maison de Santé en est une possibilité. Une Maison de Santé, telle qu'elle est définie par le Code de la Santé Publique, est « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. », (2) . Elle est une des réponses à un problème de santé publique, la désertification médicale.(3)(4)(5)

2. L'apport de la loi Bachelot : « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »

Le projet de loi Bachelot "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST)(6) renforce le rôle de tels dispositifs en instituant un schéma régional d'aménagement de l'offre de soins ambulatoire, en partie fondé sur l'implantation de ces structures dans nos territoires.

Dans ce contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels.(1) En outre, elle semble être particulièrement appréciée par les jeunes médecins, demandeurs de partages des contraintes et de travail en collectif. En effet, cela rompt avec la solitude de leur exercice, et de plus, l'accès aux soins est optimisé. (7)

Toujours dans le cadre de la loi HPST, la coopération entre professionnels de santé est encouragée et a pour objectif de renforcer le rôle des professions paramédicales.
En favorisant la collaboration de professionnels médicaux et paramédicaux, ces structures de soins primaires représentent une opportunité pour faciliter et encourager :

- la complémentarité des interventions de premier recours (médecins, infirmiers, …) et la concertation autour des cas complexes ;

- l'adaptation des prises en charge et de l'offre de soins au développement des pathologies chroniques ;
- le développement d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ainsi, la médecine générale tend à devenir une discipline où le travail pluridisciplinaire devient essentiel et valorisé.

C'est dans cette optique, qu'une Maison de Santé se doit de créer des protocoles de soins associant la pratique de plusieurs professionnels de santé.

Par le biais de ces protocoles, les professionnels de santé peuvent, par exemple, optimiser la prévention en soins premiers en développant des dépistages pluri-professionnels.(5) Ainsi, toucher un plus grand nombre de patients, en étendant un dépistage, autrefois réalisé par le médecin généraliste seul à toute une équipe pluri-professionnelle.

À travers ce dépistage pluri-professionnel, chacun va apprendre à travailler ensemble, à communiquer pour assurer une meilleure prise en charge et un suivi plus adapté aux patients.

3. Le dépistage pluri-professionnel de la DMLA à Gourdan-Polignan/Montréjeau

Au sein du réseau pluri-professionnel de Gourdan-Polignan/Montréjeau, nommé Mont-Royal Santé (MRS) (annexe 1 : qu'est-ce que le MRS, interview Dr Grellier médecin généraliste et Me Sorraing pharmacienne sur l'histoire de MRS), s'est déroulé un dépistage en soins premiers de la DMLA.

Le choix s'est porté sur le dépistage de la DMLA, de par son coté innovant en soins premiers(4), et du fait que cette pathologie est la première cause de malvoyance dans les pays développés chez les plus de 55 ans.(8)

Ce dépistage de la DMLA s'inscrit dans le dépistage de la fragilité des personnes âgées, qui est au cœur de nombreux sujets d'actualité.(9)(10)

De plus, l'accessibilité de l'ophtalmologue reste souvent difficile, et plus compliquée que l'accessibilité du médecin généraliste, elle-même plus compliquée que celle de toute une équipe pluri-professionnelle.(5)

C’est pourquoi, un dépistage pluri-professionnel paraît répondre à de nombreuses problématiques en pratique courante.
Ce d’autant, que dans les recommandations, le dépistage de la DMLA doit se faire de manière hebdomadaire.(8) Ainsi, lors de la mise en place de ce dépistage pluri-professionnel, nous permettons aux patients de réaliser ce dépistage simple et rapide par le biais de toute une équipe pluridisciplinaire avec un accès en urgence à un ophtalmologue facilité.

C’est une gymnastique de coordination des soins premiers, indispensable pour le bon fonctionnement d’une Maison de Santé, et dans le parcours de soins des patients.
La participation positive des professionnels de santé dans cette démarche est indispensable afin de pouvoir évoluer dans les meilleures conditions et de ce fait pérenniser ces dépistages pluri-professionnels favorables aux patients.

4. Justification et objectifs de l’étude

4.1. L’hypothèse de travail

La mise en place d’une Maison de Santé repose sur des protocoles pluri-professionnels validés par l’Agence Régional de la Santé. Ces derniers sont donc essentiels à la création d’une Maison de Santé. C’est pourquoi, l’hypothèse de travail de mon étude est que le dépistage pluri-professionnel répond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé en terme de prévention de la DMLA et promeut le réseau de santé.

La validation de cette hypothèse, a un intérêt local : la concrétisation du réseau de soins Gourdan-Polignan/Montréjeau à travers le dépistage de la DMLA en soins premiers. Son invalidation, ferait rechercher d’autres moyens, telle une meilleure communication, pour donner une entité au réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.
Il y a également un intérêt général : l’extension du dépistage de la DMLA sur une plus grande population et avec une réalisation plus fréquente, permettant de répondre à un dépistage hebdomadaire et ainsi contribuer à une action de santé publique.

4.2. Les objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'opinion des professionnels de santé dans un travail de prévention pluri-professionnel, portant sur le dépistage de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

Le critère de jugement principal est l'opinion des différents professionnels de santé, sur le dépistage pluri-professionnel en soins premiers de la DMLA dans le réseau de santé Montréjeau/Gourdan-Polignan.

Les objectifs secondaires sont :

- évaluer la formation préalable au dépistage sur la DMLA
- évaluer l'impact du dépistage pluri-professionnel sur le réseau de santé en devenir

Matériels et méthode

5. Type d'étude

Dans le cadre de ce travail, j'ai mené une étude quantitative descriptive transversale, afin d'étudier l'opinion des professionnels de santé vis à vis du dépistage pluri-professionnel sur la DMLA, au sein du réseau de santé Montréjeau/Gourdan-Polignan.

6. Extension du dépistage de la DMLA à toute une équipe pluridisciplinaire

6.1. Origine du dépistage de la DMLA

J'ai exploité le protocole de dépistage de la DMLA par les médecins généralistes, établi dans la thèse de Caroline CHEYRON(11). Et je l'ai adapté pour toute une équipe pluridisciplinaire au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.
En effet, j'ai repris les outils de dépistage : grille d'AMSLER, validée pour le dépistage de la DMLA(12) , le questionnaire à remplir par le patient et la fiche d'adressage.

6.2. Protocole du dépistage de la DMLA

La présentation du protocole de dépistage de la DMLA

La mise en place du protocole de dépistage de la DMLA fut expliquée aux différents professionnels de santé lors de réunions dans le cadre de la création de la Maison de Santé Mont-Royal Santé.
Chaque professionnel de santé a reçu une formation accélérée sur la DMLA qui avait pour but de leur donner une compétence supplémentaire lors du dépistage de la DMLA, et d'éviter d'être mis en porte à faux par les patients. Lors de cette formation, des notions essentielles ont été présentées, soit que la DMLA était une maladie chronique, touchant 12% des personnes de plus de 80ans. Les facteurs de risques ont été cités : l'âge, le tabac et les antécédents familiaux. Enfin, les deux formes de DMLA exsudative et atrophique ont été différenciées, de par leurs symptômes et de par leur degré d'urgence ophtalmique. Le traitement et la prise en charge des deux formes de DMLA ont été succinctement décrits.

Des ophtalmologues de secteur 1, ont été informés de la réalisation de ce dépistage pluri-professionnel et leur participation a été sollicitée. Certains ophtalmologues contactés n'ont pas souhaité faire partie du projet ; d'autres ont directement accepté et enfin un ophtalmologue a voulu nous rencontrer, moi et mon directeur de thèse. Après présentation du projet, il a accepté de participer.

La mise en place

Chaque participant était équipé d'une grille d'Amsler format A4, et de questionnaires de dépistage sur papier dupliqué destinés aux patients. Ce format en papier dupliqué, permettait au patient de conserver un exemplaire pour poursuivre son parcours si besoin et assurait un maintien du suivi en cas de perte par le patient, avec le second support conservé par le professionnel de santé et remis au médecin référent du protocole.

De plus, pour ceux dont les locaux le permettaient, ils bénéficiaient d'une grille d'Amsler en poster au format A1 (84x60cm) (Annexe 2 : Annexes du Mémoire), sur laquelle étaient ajoutées des indications visant à guider les patients et les rendre autonomes.

En fonction des résultats de ce questionnaire, la conduite à tenir du professionnel de santé changeait. Si ce dernier était négatif, le professionnel de santé devait récupérer le questionnaire et le faire parvenir au médecin référent. Si à l'inverse, le questionnaire s'avérait positif, le professionnel de santé devait contacter le médecin traitant ou à défaut le médecin référent pour convenir d'un rendez-vous. Le délai était fonction du type de DMLA suspectée. Le délai de rendez-vous avec les médecins généralistes était de 3 jours pour la DMLA exsudative et de 15 jours pour la DMLA atrophique.

Ce cheminement était récapitulé dans un organigramme. (Annexe 2 : Annexes du Mémoire).

Enfin, si le dépistage du patient était positif, une feuille d'adressage, détenue par les médecins généralistes, était réalisée permettant le relais avec l'ophtalmologue. Ainsi, tout patient avec un dépistage positif passait d'abord par le médecin traitant (ou référent local) avant de consulter l'ophtalmologue. Pour cette prise en charge, un autre organigramme a été créé. (Annexe 2 : Annexes du Mémoire).

Chaque professionnel de santé était muni d'un support sur la DMLA de type questions/réponses.

Un circuit d'adressage en amont de la consultation de l'ophtalmologue mais également du médecin généraliste, a été mise en place, qui n'existait pas dans la thèse précédente.
Les diagrammes de la démarche de réalisation du dépistage, sont illustrés en annexe (Annexe 2 : Annexes du Mémoire).

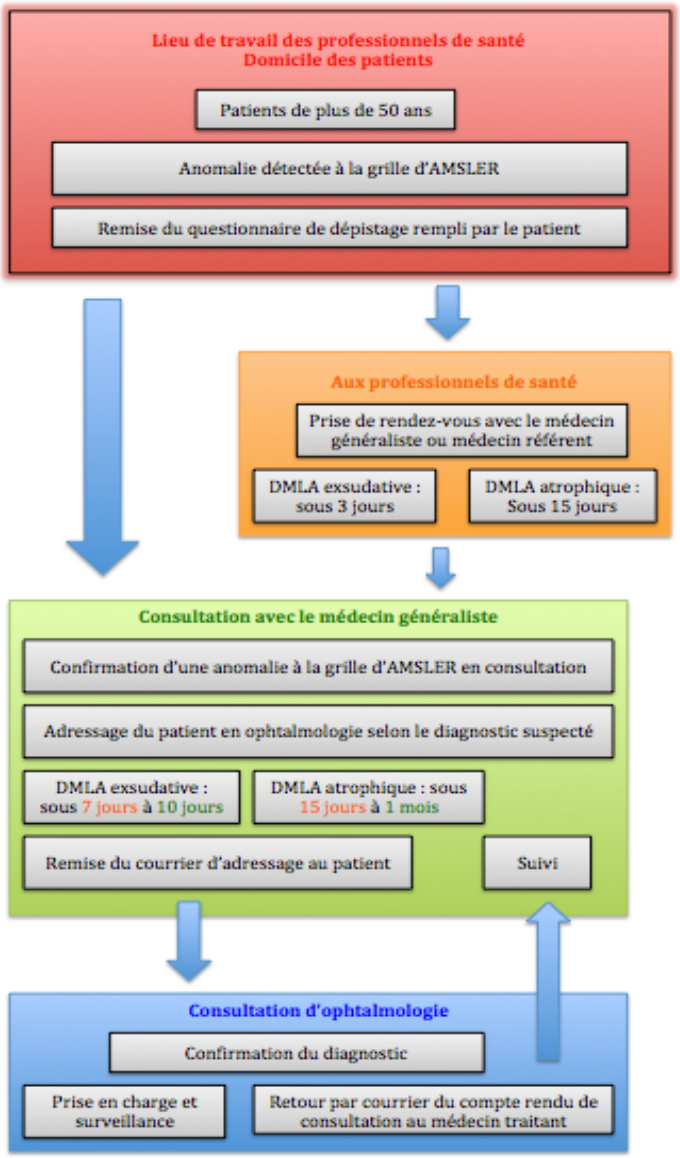
En somme, chaque professionnel de santé était muni d'une grille d'Amsler, de questionnaires destinés aux patients et de feuilles d'adressage au médecin généraliste si le questionnaire du patient était positif. Tous les patients bénéficiant d'une consultation avec l'ophtalmologue étaient vus au préalable par le médecin généraliste. Ce dernier avait en sa possession une feuille d'adressage dédiée à l'ophtalmologue, ainsi qu'un support physiopathologique sur la DMLA.

Résumé du protocole

Comme décrit dans la figure 1, la stratégie consiste à proposer aux patients de plus de 50 ans de tester leur yeux avec la grille d'AMSLER, soit en salle d'attente chez le médecin généraliste, mais également lors de leur passage en pharmacie, les cabinets de kinésithérapeutes, podologues, biologistes, dentistes ou même lors de soins infirmiers à leur domicile. Lors de ce dépistage, les patients doivent remplir un questionnaire de dépistage et le remettre au professionnel de santé en question. Tout professionnel de santé doit vérifier la présence d'une anomalie ou non sur la lecture de la grille d'AMSLER. Si une anomalie est présente, elle devra être confirmée par le médecin généraliste. Chaque professionnel de santé pourra déterminer le type de DMLA suspecté lors de la lecture du questionnaire du patient. Pour une DMLA exsudative découverte par un professionnel de santé, en dehors des médecins généralistes, un rendez-vous avec le médecin généraliste ou à défaut le médecin référent local, doit être prévu sous un délai de 3 jours. Pour la DMLA atrophique, ce sera sous un délai de 15 jours. Lors de la confirmation par le médecin généraliste, le rendez-vous en ophtalmologie devra se faire sous un délai de 7 jours pour une DMLA exsudative, et sous 15 jours pour une DMLA atrophique.
Enfin, si le dépistage se fait directement en salle d'attente du médecin généraliste, les délais de prise de rendez-vous en ophtalmologie pourront être plus longs, du fait de l'absence d'étape intermédiaire. C'est à dire, devant une DMLA exsudative, une consultation en ophtalmologie devra être réalisée sous 10 jours, et sous 1 mois devant une DMLA atrophique.

Lors de la prise de rendez-vous avec l'ophtalmologue, le médecin généraliste remet la fiche d'adressage au patient, qu'il retransmettra à l'ophtalmologue. Ce dernier confirmera le diagnostic, mettra en place la prise en charge thérapeutique adéquate et en informera le médecin traitant par courrier afin qu'il en assure le suivi.

Figure 1 : Résumé du protocole de dépistage



6.3. Mise en avant du réseau Mont Royal Santé

Un logo à l'occasion de ce dépistage réunissant tous les professionnels de santé membres de la maison médicale, en devenir, Mont-Royal Santé, a été crée. Il avait pour but de

donner une unité à ce travail de dépistage et ainsi mettre en avant le réseau de santé de Gourdan-Polignan/ Montréjeau vis à vis des patients.

De plus, des affiches pour promouvoir ce dépistage de la DMLA ont été créées. Un modèle est en annexe. (Annexe 2 : Annexe du Mémoire).

7. Questionnaire destiné aux professionnels de santé

7.1. Descriptif du questionnaire

Le questionnaire dédié aux professionnels de santé, leur a été adressé par mail début février 2018.

Il est composé de 3 parties :

- Une première dite démographique, permettant de caractériser la population étudiée. Ici les professionnels de santé du bassin Gourdan-Polignan/Montréjeau, futurs résidents ou non de la Maison de Santé, Mont-Royal Santé. Elle se compose de 8 questions fermées.
- La seconde partie, intitulée DMLA, a pour but d'évaluer l'impact de la formation sur la DMLA et de son dépistage sur la pratique professionnelle. Elle se compose de 8 questions fermées.
- La dernière partie s'intitule, le réseau de santé. Elle est destinée à évaluer l'impact de ce dépistage sur le réseau de santé Montréjeau/Gourdan-Polignan. Elle se compose de 4 questions, 3 questions fermées et une unique question ouverte.

7.2. Population cible

La population étudiée était l'ensemble des professionnels de santé membres du réseau de Montréjeau/Gourdan-Polignan et ayant été volontaire pour participer au dépistage pluri-professionnel de la DMLA. Qu'ils soient futurs résidents ou non de la Maison de Santé Mont-Royal Santé située dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

7.3. Modes de recueil des questionnaires

Devant un retour peu contributif des questionnaires, un recueil par téléphone a été établi. Ce dernier a permis d'obtenir peu de questionnaires de plus. J'ai rencontré des difficultés pour joindre les professionnels de santé, des messages vocaux ont été laissés, certains d'entre eux n'avaient pas le temps lors de l'appel de répondre au questionnaire.

Ainsi, pour pallier au manque de temps, à la difficulté de joindre les professionnels de santé, j'ai proposé le questionnaire sous forme de lien sur la plate forme Google Form afin de pouvoir y répondre plus rapidement et facilement. Puis, malgré des relances, les retours étant insuffisants, j'ai fait appel au médecin référent du protocole de dépistage, qui n'est autre que mon directeur de thèse. En une semaine, les derniers questionnaires ont été recueillis. Seuls deux questionnaires n'ont pas pu être récupérés.

Figure 2 : Les différents modes de recueil

Mode de recueil	Papier à la faculté	Courrier	Téléphone	Mail	Internet	Médecin Référent

7.4. Période de recueil

Après un dépistage de la DMLA réalisé sur la période du 16 mars 2017 au 10 janvier 2018, le questionnaire dédié aux professionnels de santé a été envoyé une première fois à tous en février 2018.

Lors des premiers temps, les dépistages de la DMLA se faisaient en permanence, puis pour éviter une lassitude, il a été convenu de réaliser la semaine de dépistage de la DMLA à chaque début de mois.

Le recueil des réponses de ce questionnaire s'est étalé durant 6 mois, de février 2018 à juillet 2018. Durant cette période, le questionnaire a été envoyé chaque mois par mail mais également les deux derniers mois sous forme de lien par Google Form. Puis le médecin référent du protocole de dépistage a sollicité directement les professionnels de santé.

Résultats

8. Description démographique des professionnels de santé

Vingt cinq professionnels de santé se sont portés volontaires pour participer au dépistage pluri-professionnel de la DMLA, et de ce fait répondre au questionnaire étudiant leur opinion sur cette démarche de dépistage pluri-professionnel. Il y a eu deux perdus de vues : un infirmier, qui s'est retiré de l'association Mont Royal Santé et un médecin qui était médecin remplaçant, lors de la mise en place du protocole de dépistage.

Les questionnaires étudiant l'opinion des professionnels de santé, ont été recueillis de différentes manières. Le tableau ci-dessous récapitule le nombre de questionnaire en fonction du type de recueil.

Tableau 1 : Mode de recueil des questionnaires dédiés aux professionnels de santé

Mode de recueil	**Papier à la faculté**	**Courrier**	**Téléphone**	**Mail**	**Internet**	**Médecin Référent**
Nombres de questionnaire	2	1	2	2	2	14

Ainsi, j'ai obtenu la réponse de 23 professionnels de santé. Les diverses professions sont indiquées dans le tableau ci-dessous, où est précisé la moyenne d'âge en fonction du genre de chaque profession de santé.

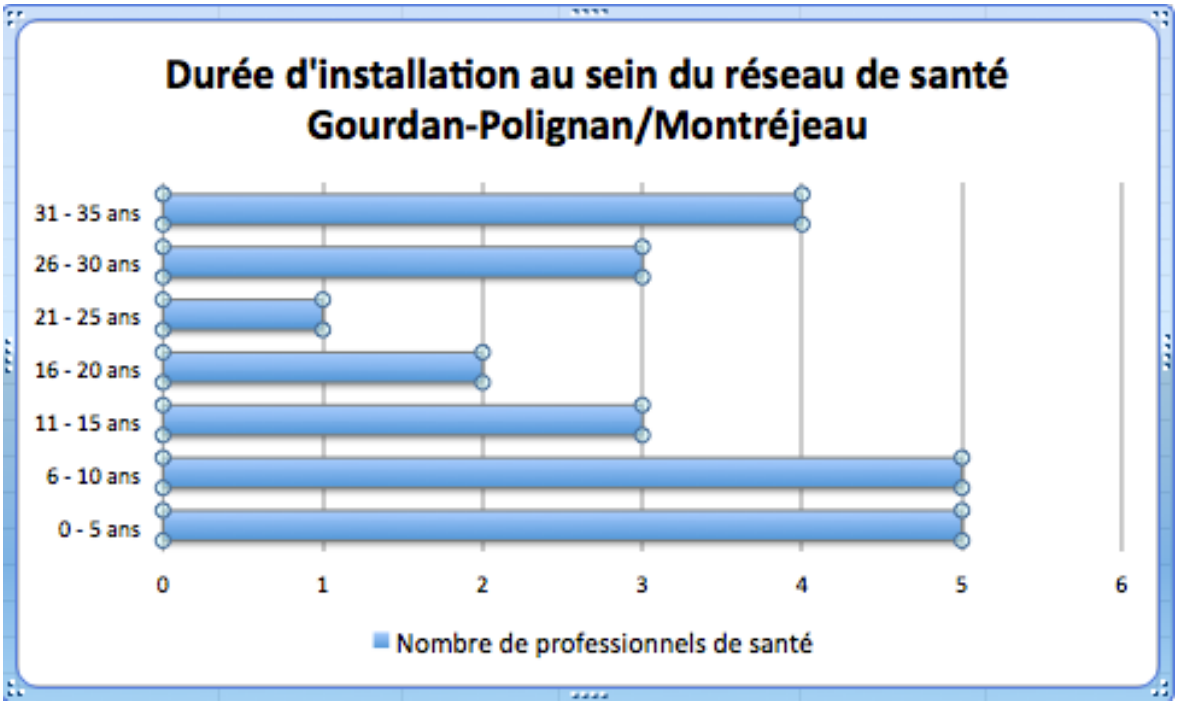
Tableau 2 : Les différentes professions en fonction du genre et de la moyenne d'âge

Moyenne sur l'âge			
	Femme	Homme	Moyenne d'âge
1 Biologiste	38,0	0	38,0
1 Dentiste	0	63,0	63,0
9 IDE	42,6	49,5	44,1
1 Kinésithérapeute	0	54,0	54,0
6 Médecins généralistes	55,5	61,3	59,3
4 Pharmaciens	58,0	54,0	57,0
1 Podologue	45,0	0	45,0
Moyenne d'âge	**47,6**	**57,2**	**51,3**

L'année moyenne de première installation des professionnels de santé était de 1996.

Sur la figure 3 ci-dessous, on peut apprécier la répartition des professionnels de santé en fonction de la durée d'installation au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

Figure 3 : Durée d'installation dans le bassin Gourdan-Polignan/Montréjeau des professionnels de santé



Pour 12 (52%) des professionnels de santé, la date du premier exercice est similaire à l'année d'installation à Gourdan-Polignan/Montréjeau. Également 12 (52%) des professionnels de santé possédaient un secrétariat physique, et 6 (50%) étaient des médecins généralistes.

Sur les 23 professionnels de santé, 12 (52%) étaient des futurs résidents de la maison de santé.

Vingt (87%) professionnels de santé travaillaient en groupe, et les 3 professionnels de santé travaillant seuls étaient de futurs résidents de la maison de santé.

9. L'opinion des professionnels de santé

L'opinion des professionnels de santé a été décortiquée en différentes séquences.

9.1. Évaluation du temps de réalisation du dépistage

Le temps de réalisation du dépistage pluri-professionnel de la DMLA a été évalué en moyenne à 3,7 sur 10, 0 étant non chronophage, et 10 étant très chronophage. Tous les professionnels de santé ont répondu à cette question.

9.2. Évaluation du matériel de dépistage

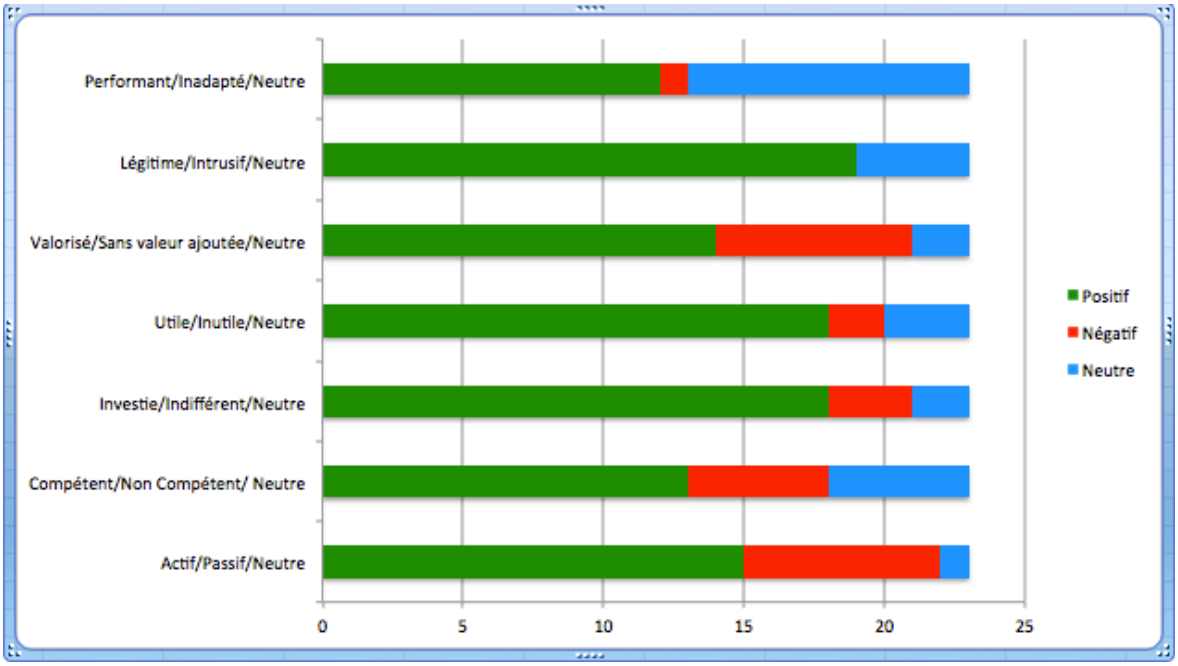
Sur les 23 professionnels de santé, 21 (91%) d'entre eux, ont jugé le matériel de dépistage pluri-professionnel facilement utilisable. Deux (9%) professionnels de santé, un infirmier et un pharmacien, l'ont trouvé difficilement utilisable.

9.3. Évaluation du circuit d'adressage

Le circuit d'adressage a été perçu comme peu efficace par 2 (13%) professionnels de santé. Deux (9%) l'ont jugé très efficace. Et enfin, 18 (78%) professionnels de santé ont trouvé le circuit d'adressage efficace.

9.4. Évaluation du vécu des professionnels de santé

Figure 4 : Vécu moyen des 23 professionnels de santé



Cette figure représente les opinions des 23 professionnels de santé vis à vis de leur vécu sur le dépistage pluri-professionnel de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

Douze (52%) professionnels de santé se sont trouvés performants dans cette démarche de dépistage pluri-professionnel, 1 (4%) s'est trouvé non compétent et 10 (44%) professionnels de santé sont restés neutres. Dix neuf (83%) se sont trouvés légitimes dans la réalisation du dépistage pluri-professionnel, aucun n'a eu le sentiment d'être intrusif et 4 (17%) ne se sont pas prononcés. Quatorze (61%) se sont sentis valorisés par cette démarche de dépistage pluri-professionnelle, 7 (30%) n'ont pas perçu de valeur professionnelle ajoutée, et 2 (9%) sont restés neutres. Dix-huit (78%) ont trouvé ce dépistage pluri-professionnel utile, 2 (9%) l'ont trouvé inutile et 3 (13%) ne se sont pas prononcés. Dix-huit (78%) professionnels de santé se sont considérés comme investis, 3 (13%) indifférents à la réalisation du dépistage pluri-professionnel, et enfin 2 (9%) sont restés neutres. Treize (57%) se sont sentis compétents, 5 (22%) non compétents et 5 (22%) ne se sont pas prononcés. Enfin, 15 (65%) professionnels de santé ont eu le sentiment d'être actifs lors de la réalisation de ce dépistage pluri-professionnel, 7 (30%) passifs et 1 (4%) professionnel de santé ne s'est pas prononcé.

9.5. Évaluation de la continuité d'un dépistage pluri-professionnel

Un dépistage pluri-professionnel était recommandé à des confrères par l'ensemble des 23 (100%) professionnels de santé.

10. Dépistage de la DMLA : connaissance et ressenti des usagers

L'évaluation des connaissances des professionnels de santé vis à vis de la DMLA était déterminée par une question sur les deux types de DMLA. Il leur était demandé de cocher entre, « aucune », « atrophique », « exsudative » ou « les deux » afin de répondre à la question, « Quel type de DMLA est une urgence ophtalmique dans les 10 jours ». Seize (70%) des professionnels de santé ont répondu juste à la question, 6 (26%) se sont trompés dans leur réponse, et 1 (4%) professionnel de santé n'a pas répondu à cette question.

Une autre des questions, portait sur l'avis des patients ressenti par les professionnels de santé sur ce dépistage pluri-professionnel de la DMLA. Sur les 23 participants, 19 (83%)

ont perçu un avis plutôt positif des patients, 1 (4%) a ressenti un avis plutôt négatif, et enfin 3 (13%) ne se sont pas prononcés.
Les professionnels de santé ont également été interrogés sur la mise en difficulté ou non par les patients lors de questions portant sur ce dépistage pluri-professionnel. Vingt (80%) d'entre eux, n'ont pas rencontré de difficulté, et 3 (13%) se sont retrouvés en difficulté face à des questions de patients.

11. Évaluation de l'impact du dépistage pluri-professionnel sur le réseau Mont Royal Santé

Trois questions ont été demandées aux professionnels de santé, afin d'étudier l'impact du dépistage pluri-professionnel sur le réseau Mont Royal Santé, avec les notions de modification du réseau, d'influence vis à vis des relations entre professionnels de santé et enfin de concrétisation ou non de la future MSP Mont Royal Santé.
Treize (57%) des professionnels de santé ont trouvé que le réseau de soins Montréjeau/Gourdan-Polignan a été renforcé par cette démarche commune de dépistage de la DMLA. Et 10 (43%) ont trouvé que le réseau Mont Royal Santé était inchangé.
L'influence du dépistage pluri-professionnel vis à vis des relations entre professionnels de santé a été perçue comme positive pour 16 (70%) d'entre eux, et neutre pour 7 (30%) professionnels de santé.
Ce dépistage pluri-professionnel concrétise le concept de la future MSP Mont Royal Santé pour 12 (92%) des futurs résidents, et pour 10 (100%) des futurs non résidents. Un (8%) professionnel de santé, futur résident du Mont Royal n'a pas perçu de concrétisation du réseau grâce au dépistage pluri-professionnel de la DMLA.

12. Suggestions pour une progression du dépistage pluri-professionnel

Sous forme de nuage de mots, voici les différentes suggestions que certains des professionnels de santé ont souhaité partager. Ces dernières ont été recueillies lors de l'unique question ouverte du questionnaire.

Figure 5 : Suggestions pour améliorer un dépistage pluri-professionnel

Pour une meilleure lisibilité des suggestions des professionnels de santé, voici ci-dessous les citations retranscrites à la question ouverte qui était : « Quelles seraient vos suggestions pour progresser dans une démarche de dépistage pluri-professionnelle ? ».

Un médecin généraliste, âgé de 61 ans :
« Une meilleure information « flashy » des patients entrant dans la Maison de Santé, dès leur arrivée afin qu'ils réalisent le dépistage dans la salle d'attente plus aisément.
Une meilleure promotion du dépistage serait utile »

Une infirmière, âgée de 41 ans :
« Faire participer le patient, paramétrer le logiciel informatique de coordination pour pouvoir réaliser le dépistage directement avec celui-ci
Organiser un ciblage des priorités en termes de dépistage
Mieux utiliser la salle d'attente pour inviter les patients à s'autonomiser
Distribuer le questionnaire à l'accueil
Demander l'avis du groupe d'usagers »

Une biologiste, âgée de 38 ans :
« Le plus important est de trouver un ou 2 sujets par an qui concernent plusieurs professionnels de santé. Exemple : le dépistage du cancer colo-rectal, le dépistage du cancer du col, discuter du traitement et de la prise en charge globale des plaies »

Une infirmière, âgée de 43 ans :
« Plus de communication
Un sujet plus fréquent tel que la vaccination, le diabète
Concept du dépistage pluri-professionnel bien
Être plus relancé »

Un pharmacien, âgé de 54 ans :
« Améliorer le support qui nous a bloqué (problème de la distance à avoir entre le patient et la grille d'Amsler format A1) »

Une infirmière, âgée de 43 ans :
« Difficultés de réponse : formations plus approfondies »

Un infirmier, âgé de 51 ans :
« Néant, que du positif »

Un médecin généraliste, âgé de 62 ans :
« Un thème ou des thèmes pluridisciplinaires, exemple le diabète
À traiter avec plus d'investissement ou manipulation physique (chronophage, concession) »

Un infirmier, âgé de 48 ans :
« Faire plus de réunions sur le sujet,
Suivi plus physique »

Un kinésithérapeute, âgé de 54 ans :
« À reconduire plus rigoureusement »

Une pharmacienne, âgée de 58 ans :
« D'autres dépistages »

Discussion

Cette étude est en continuité avec mon travail de mémoire portant sur l'étude des résultats du dépistage pluri-professionnel de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau. (Annexe 2 : Mémoire)

13. Les Forces et les limites de cette étude

13.1. Les forces de l'étude

Les forces de ce travail sont :

- Le dépistage en soins premiers de la DMLA ;

La DMLA reste la première cause de malvoyance dans les pays industrialisés chez les personnes âgées de plus de 55 ans, néanmoins son dépistage est souvent réalisé par un spécialiste, l'ophtalmologue. C'est pourquoi, ce dépistage en soins premiers est innovant.

- Un dépistage pluri-professionnel peu coûteux et efficace.

Il a montré son efficacité, lors de mon mémoire (13), mais également dès ses prémices lors de sa mise en application dans la thèse de Caroline CHEYRON (11). En effet, le dépistage de la DMLA étant en majorité réalisé par l'ophtalmologue, un grand nombre de personnes n'a jamais bénéficié de ce dépistage. Les consultations avec l'ophtalmologue sont peu accessibles et favorisent la surveillance d'une pathologie chronique ou le traitement d'une pathologie aigue. La prévention y a malheureusement peu de place. Ainsi, ce sont souvent des diagnostics tardifs.

- L'originalité du dépistage pluri-professionnel ;

En effet, l'union de toute une équipe pluri-professionnelle sur un travail de prévention est peu commune. On retrouve dans la littérature souvent l'association de médecins généralistes avec infirmiers, mais peu avec des membres résidents et non résidents d'une future maison de santé. L'implication des pharmaciens, du podologue, kinésithérapeute en passant par le biologiste, fait la force de ce dépistage, en facilitant l'accès à la grille d'Amsler, et ainsi le dépistage de la DMLA. En effet, la diversité des professions participants au dépistage permet aussi une diversité des lieux de dépistage et ainsi d'accessibilité à la grille d'Amsler.

- L'instauration de ce dépistage pluri-professionnel en amont de la création de la Maison de Santé, Mont Royal Santé ;

La présentation du projet avec la formation des professionnels de santé fut indispensable devant l'absence d'un lieu commun, la Maison de Santé, le Mont Royal. En effet, à travers cette étude, nous remarquons que l'implication des professionnels de santé était déjà grande malgré l'absence de lieu unique de travail. La motivation de l'équipe pluri-professionnelle d'appartenir au futur Mont Royal Santé a permis leur implication, en tant que futur résident ou non.

- Le réseau Mont Royal Santé renforcé

Comme nous l'avons observé, à travers le dépistage pluri-professionnel de la DMLA, les professionnels de santé ont eu le sentiment que cette démarche avait renforcé le réseau de soin, le Mont Royal Santé. La création d'un logo à l'effigie du Mont Royal Santé, a permis de tisser un lien entre chaque lieu de dépistage mais également entre chaque professionnel. Pour les patients, ce logo est devenu un symbole du dépistage pluri-professionnel de la DMLA, et de l'union des professionnels de santé en vue de la future MSP.

- L'enthousiasme de l'équipe pluri-professionnelle pour travailler ensemble.

Le dépistage pluri-professionnel a eu une influence positive vis à vis des relations des professionnels de santé. De plus, malgré l'absence de MSP concrète, les professionnels de santé se sont impliqués dans cette démarche de dépistage pluri-professionnel, un des futurs protocoles de la MSP en devenir. Ils ont consacré de leur temps pour les diverses réunions présentant le projet et pour la formation initiale sur la DMLA, lors d'interview pour présenter l'histoire du Mont Royal Santé, mais également pour réaliser le dépistage lors de leurs activités professionnelles.

13.2. Les limites de l'étude

Les limites de ce travail sont :

- Un biais de sélection de par l'étude des professionnels de santé limités au réseau de santé de Gourdan-Polignan/Montréjeau ;

En effet, la population de l'étude n'est pas représentative de tous les professionnels de santé. Ici, ce sont des professionnels de santé exerçant dans une zone semi-rurale et membres du réseau de soins le Mont Royal Santé.

- Un biais de classement avec 2 perdus de vue ;

Un kinésithérapeute a quitté le Mont-Royal Santé lors de l'étude. Et un médecin généraliste remplaçant lors de la réalisation de l'étude, n'a pas répondu au questionnaire étudiant son opinion sur ce dépistage pluri-professionnel de la DMLA.

- Différents modes de recueil

Il n'y a pas de continuité ni de comparaison possible dans les divers modes de recueil proposés, papiers, mails, site internet, et appels.

- Un biais d'interprétation

En effet, à défaut d'obtenir assez rapidement les réponses des professionnels de santé, le médecin référent du protocole de dépistage de la DMLA, mon directeur de thèse, a recueilli lui même les réponses au questionnaire auprès des professionnels de santé.

J'ai également recueilli des réponses aux questionnaires des professionnels de santé en les appelant directement.

Ainsi, ces modes de recueil, ont pu influencer le type de réponses des professionnels de santé.

- Faible effectif

Le nombre de volontaires dans la réalisation du dépistage pluri-professionnel n'était que de 25, et 23 professionnels de santé ont rempli les questionnaires étudiant leur opinion sur les 56 membres du Mont Royal.

- Le choix d'une étude quantitative et non qualitative

Il est vrai, une étude qualitative aurait certainement pu étudier de manière plus exhaustive l'opinion des professionnels de santé. Néanmoins, mon choix s'est porté sur une étude quantitative pour conserver mon Directeur de thèse et réaliser ma thèse seule, sans la nécessité de trouver un co-thésard.

14. L'objectif principal

14.1. Une opinion générale favorable des professionnels de santé

L'objectif principal d'évaluer l'opinion des professionnels de santé dans un travail de prévention pluri-professionnel, portant sur le dépistage de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau est atteint lors de cette étude. En effet, à travers ce travail, l'opinion des professionnels de santé est perçue comme favorable à ce dépistage pluri-professionnel. L'avis général des professionnels de santé a trouvé que le dépistage

pluri-professionnel était peu chronophage, que le matériel était facilement utilisable, et le circuit d'adressage, pour 20 (87%) des professionnels de santé a été jugé efficace, voire très efficace.

La majorité des professionnels de santé se trouvent actifs, compétents, investis, utiles valorisés par ce dépistage pluri-professionnel, légitimes et dans l'ensemble ils l'ont trouvé performant.

Tous les professionnels de santé ont recommandé pour leurs confrères, cette démarche de dépistage pluri-professionnel. Ceci prouve qu'à l'unanimité, ils ont adhéré à la pluri-professionnalité dans une démarche de prévention. C'est une approbation du dépistage pluri-professionnel qui peut en être tirée.

On retrouve cette idée d'avis favorable des professionnels de santé dans la littérature, par exemple dans une thèse étudiant le vécu des professionnels libéraux après un an d'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (14), l'avis favorable d'une infirmière libérale dont l'exercice est adossé à une maison de santé, (15) mais également lors d'un entretien avec Roselyne Bachelot.

14.2. Une opinion favorable influencée par une démarche de santé publique

Le dépistage pluri-professionnel de la DMLA, entre dans la prévention d'une partie de la fragilité des personnes âgées au niveau sensoriel, dans le plan national « Bien Vieillir »(16), et dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.(17)

Dans le plan national « Bien vieillir », une de ses missions, est la recherche de stratégies de prévention dont la prévention des troubles sensoriels, comme la DMLA.(18) Cette mission entre dans le cadre de la lutte contre les facteurs de risque et les pathologies altérant la qualité de vie. En effet, la DMLA a un impact important sur la morbi-mortalité et la qualité de vie des patients(19) (20). Devant des données démographiques mettant en évidence un accroissement de la population vieillissante, le plan de prévention en gérontologie, « Bien Vieillir » a pour objectif de préserver la qualité de vie de cette population et de lutter contre la dépendance. Le réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau, n'en est pas exempté, bien au contraire, les professionnels de santé observent le vieillissement de leur patientèle. La moyenne d'âge de la population à Gourdan-Polignan/Montréjeau est de 48 ans, comparée à une moyenne d'âge de 36 ans à Toulouse.(21) C'est pourquoi, le réseau de

soins Gourdan-Polignan/Montréjeau s'investit dans ces démarches de prévention et de lutte contre la dépendance, afin d'améliorer la qualité de vie des séniors en devenir.

Tableau 3 : Population par grandes tranches d'âges à Montréjeau 2015 vs 2010

	2015	%	2010	%
Ensemble	**2 863**	**100,0**	**2 781**	**100,0**
0 à 14 ans	432	15,1	422	15,2
15 à 29 ans	448	15,6	423	15,2
30 à 44 ans	440	15,4	445	16,0
45 à 59 ans	560	19,6	558	20,1
60 à 74 ans	525	18,3	481	17,3
75 ans ou plus	459	16,0	452	16,2

Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations principales.

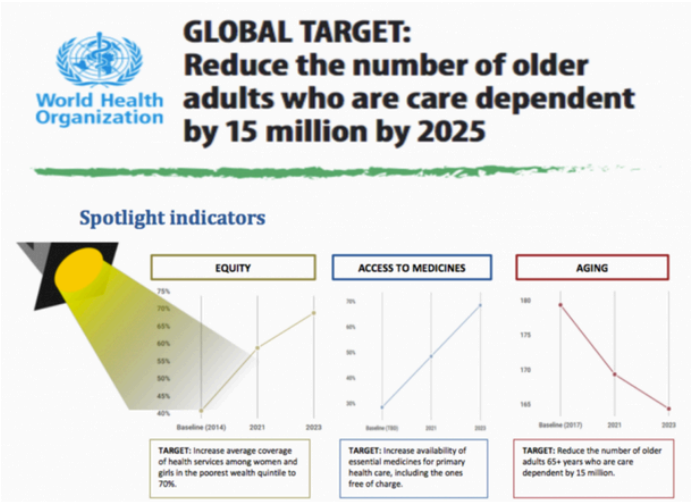
Enfin, ce plan national « Bien Vieillir » a été complété par le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Ce dernier introduit la notion de prévention de l'état de fragilité, « prévenir les pertes d'autonomie évitables au cours de l'avancée en âge : repérer les facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, à domicile ou en établissement »(17) Et incite à « former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie ». Ainsi, ce dépistage pluri-professionnel de la DMLA est au cœur de cette action de prévention et de la pluri-professionnalité

Les professionnels de santé, entrent dans un cadre de santé publique, en permettant la lutte contre la fragilité, sujet d'actualité (9) (10) (22) et assurent la prévention de la DMLA, affection entrainant un handicap visuel. Elle majore entre autres le risque de chute (19) (23) (24) et favorise la dépendance (19). C'est pourquoi, elle fait partie intégrante de la lutte contre la fragilité.

Cette dernière est définie par la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) comme « un syndrome clinique traduisant une réduction multi-systémique des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress ».(22) Elle est donc, en sa définition, pluri-professionnelle voire même pluridisciplinaire ; ainsi elle s'accorde bien dans un projet de Maison de Santé. D'ailleurs, la France est le premier pays à mettre en place ce programme de dépistage de la fragilité. Ce programme nous est présenté lors d'une interview du Professeur Bruno VELLAS, coordinateur du Gérontopôle à Toulouse, retranscrite sur le site de la Société Française de gériatrie et gérontologie. Depuis septembre 2011, une

hospitalisation de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance a vu le jour au Gérontopôle du CHU de Toulouse.(25) Cette démarche de prévention met en avant l'impact positif de la pluri-professionnalité en terme de travail de prévention.

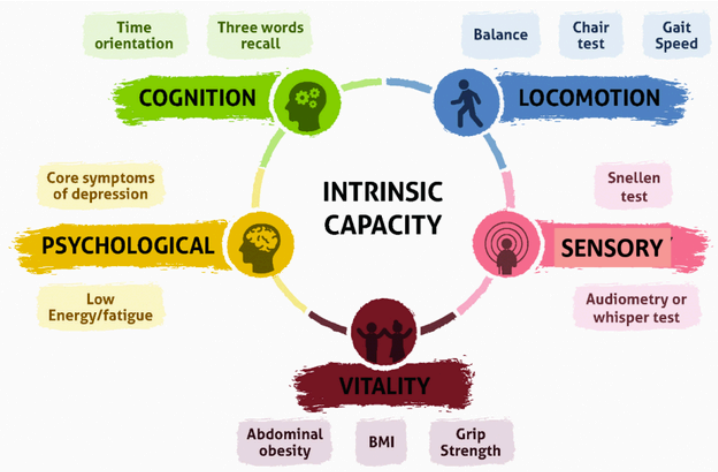
Figure 6 : Programme de l'OMS : Prévention de la dépendance



In Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde par la SFGG- Interview du Pr Bruno VELLAS vendredi 13 avril 2018

Celui-ci consiste à dépister un état de fragilité chez tout individu, dès l'âge de 55-60 ans. « Pour cela, (…) un outil très simple pouvant être réalisé par tout professionnel de santé consiste à mesurer les 5 capacités intrinsèques déterminantes : la mobilité, la vitalité, la capacité neurosensorielle (la vue et l'ouïe), le bien-être psycho-social, la cognition (orientation temporelle et mémoire) et la locomotion (vitesse de marche). »(26) Ainsi, ce programme met à contribution « tout le monde, médecins, gériatres, infirmiers et tous les professionnels de santé en contact avec les personnes âgées ».(26)

Figure 7 : Évaluation des capacités intrinsèques



In Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde par la SFGG- Interview du Pr Bruno VELLAS vendredi 13 avril 2018

Ces éléments ont permis d'apporter une plus-value à la démarche des professionnels de santé, qui se sont sentis, investis et utiles pour 18 (78%) d'entre eux, et légitimes pour 19 (83%) dans cette démarche de prévention. Quatorze (61%) des professionnels de santé ont trouvé que ce dépistage pluri-professionnel valorisait leur activité. En effet, cela les implique dans une dimension élargie de leur profession.

15. Les objectifs secondaires

15.1. La formation initiale des professionnels de santé

Néanmoins, afin de promouvoir ce dépistage et obtenir une motivation du réseau, professionnels de santé et ophtalmologues, il faut prendre le temps de présenter le dépistage lors de réunion, d'en expliquer le protocole et de permettre aux acteurs du dépistage de se l'approprier. Cette phase initiale est nécessaire et fondamentale(5) afin d'assurer le bon déroulement du dépistage pluri-professionnel. Cette notion est présente dans la littérature, où nous retrouvons les termes d'« espaces de discussions »(4) d'«espaces pluridisciplinaires de travail »(27). Il est vrai, dans cette étude, 15 (65%) des professionnels de santé, ont considéré être actifs, et 18 (78%) se sont sentis utiles lors de ce dépistage pluri-professionnel.

Pendant ces rassemblements, il est important d'apporter les clés à tous les professionnels de santé, afin qu'ils ne sentent pas incompétents dans cette démarche de prévention pluri-

professionnel. Cela passe par une formation initiale et continue. Ce que nous retrouvons dans la littérature, afin que « la coordination reste « en mouvement » (…), il faut éviter que les professionnels de santé, en particulier, soient dans une forme de reproduction (…). Cela passe par une réflexion sur la formation des soignants qui devrait aller vers plus de transversalité »(4) Ici, 13 (56%) des professionnels de santé se sont sentis compétents lors de ce dépistage pluri-professionnel. Néanmoins, 5 (22%) des professionnels de santé se sont trouvés non compétents, et 5 (22%) n'ont pas répondu à cette question. D'ailleurs, cette notion, s'est retrouvée lors des suggestions des professionnels de santé, avec une demande de formation plus approfondie et continue, pour assurer un suivi, autant au niveau d'un rappel sur les connaissances, que pour l'incitation à la réalisation du dépistage. En effet, il est important que cette démarche de prévention pluri-professionnelle tienne dans le temps et qu'elle ne se perde pas par lassitude. D'où, l'importance du suivi, avec des rappels des objectifs, mais également des présentations des résultats de leur travail.

Dans notre étude, malgré une formation succincte initiale, 16 (70%) des professionnels de santé ont répondu juste à la question théorique sur la DMLA, seuls 6 (26%) se sont trompés. Ainsi, la majorité avait acquis cette connaissance lors de la formation initiale. D'ailleurs, 20 (87%) des professionnels de santé n'ont pas rencontré de difficulté lors des questionnements par les patients ; seuls 3 (13%) se sont sentis en difficulté, d'où l'utilité probable d'une formation continue avec un suivi plus soutenu.

15.2. L'impact du dépistage pluri-professionnel sur le réseau de santé en devenir

À travers, le dépistage pluri-professionnel, le réseau Mont Royal Santé s'est concrétisé d'après 22 (96%) professionnels de santé, futurs résidents et non futurs résidents confondus. De plus, le dépistage pluri-professionnel a permis d'après 13 (57%) professionnels de santé de renforcer le réseau de soins Gourdan-Polignan/Montréjeau. Et 16 (70%) professionnels de santé ont jugé que ce dépistage pluri-professionnel avait eu une influence positive vis à vis de leurs relations entre professionnels de santé. Cette notion d'amélioration des rapports entre professionnels de santé se retrouve dans la littérature sous les termes de « respect mutuel de chacun», «la co-construction, la coopération».(28)

Enfin, on peut observer que la majorité des professionnels de santé travaille en groupe, 20 (87%) et les 3 (13%) professionnels de santé exerçant de manière isolée, vont être des futurs résidents de la MSP. Ainsi, on observe une véritable volonté de quitter une pratique isolée pour une pratique pluri-professionnelle, et pour beaucoup c'est dans une démarche de lutte contre la désertification médicale. Et ainsi maintenir une qualité de vie agréable pour les professionnels de santé et une qualité de soins pour les patients.(1) Cette volonté d'appartenance à une Maison de Santé, ici Mont Royal Santé, se perçoit également dans la moyenne d'âge des professionnels de santé, qui est de 51,3 ans. Malgré une longue expérience professionnelle personnelle, c'est à leur initiative que les professionnels de santé s'engagent dans une nouvelle pratique de groupe.(29) L'union en un seul même lieu de diverses professions est en vogue dans un but de lutte contre la désertification médicale.(30)(31) D'ailleurs, à Toulouse, une convention a été signée le 24 octobre 2017, pour lutter contre cette désertification médicale, en présence de Jean-Luc MOUDENC, Maire de Toulouse et Président de Toulouse Métropole, Monique CAVALIER, Directrice de l'Agence Régionale de Santé Occitanie (ARS), Docteur Jean THÉVENOT, Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne, Docteur Maurice BENSOUSSAN, Union Régionale des Professionnels de santé Médecins libéraux Occitanie, Professeur Stéphane OUSTRIC de l'Unité de formation et de recherche de Médecine de Toulouse, Michel DAVILA, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), et Franck BIASOTTO, Président de Toulouse Métropole Habitat. L'ARS y précise sa volonté de soutenir « le développement de l'exercice coordonné et pluri-professionnel, plus attractif pour les professionnels de santé et atout pour la qualité et la permanence de soins ». Le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne, soutient le fait de « pérenniser l'exercice des médecins en se regroupant entre eux et avec d'autres professionnels de santé ». Et enfin, la CPAM souhaite « encourager et accompagner la création de maisons de santé pluri-professionnelles, mode d'exercice aujourd'hui plébiscité par les médecins et garant d'une continuité de service ».(32)

À l'instant où je mets sous presse, vient d'être dévoilé par le Premier ministre Édouard Philippe, le nouveau plan « transformation du système de santé » décliné en cinq chantiers :

- qualité et pertinence des soins ;
- financement ;

- numérique ;
- formations et ressources humaines ;
- organisation territoriale

Ce nouveau plan santé tend à supprimer l'exercice isolé de la médecine de ville pour une pratique regroupée.(33)

D'après 19 (83%) professionnels de santé, l'avis des patients était plutôt positif vis à vis de ce dépistage pluri-professionnel sur la DMLA. Ce dernier point serait intéressant à développer afin de répondre de manière plus adaptée aux besoins des patients, et ainsi améliorer la qualité de soins des patients. L'avis des usagers permettrait de pérenniser cette démarche pluri-professionnelle, socle des Maisons de santé.

Conclusion

Une opinion favorable des professionnels de santé dans un travail de prévention pluri-professionnel, portant sur le dépistage de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau est retrouvée lors de l'étude.

Il est vrai, l'avis général des professionnels de santé a trouvé que le dépistage pluri-professionnel était adapté à leur pratique et efficace. Dans l'ensemble, il ressort une connotation positive du vécu des professionnels de santé sur la réalisation de ce dépistage pluri-professionnel.

La formation initiale et continue sur le dépistage de la DMLA avec une présentation du projet, est indispensable pour obtenir l'adhérence de toute une équipe pluri-professionnelle et d'en motiver tous les acteurs du réseau.

Une plus-value est apportée et ressentie par les professionnels de santé du fait que le dépistage de la DMLA entre dans une démarche de santé publique en termes de lutte contre la fragilité au niveau sensoriel.

Enfin, le réseau, Mont-Royal Santé s'est concrétisé à travers ce travail pluri-professionnel de prévention d'après l'avis des professionnels de santé. Et pour certains, le dépistage pluri-professionnel a renforcé le Mont Royal Santé et a eu une influence positive sur les relations entre professionnels de santé.

Ce dépistage pluri-professionnel a donc permis une réelle adhésion au réseau le Mont Royal Santé en devenir, et permet de faire face à la désertification médicale.

Vu
Toulouse le 18/09/2018

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 18.09.2018

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

Bibliographie

1. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet]. Paris 11; 2015 [cité 5 août 2018]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2015PA11T011
2. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
3. Drees Déserts médicaux comment les définir comment les mesurer mai 2017 n°17 [Internet]. [cité 28 mai 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf
4. Beaucourt C, Kustosz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, Coordination in Health Homes: From a search for consistency to an animation of interactions. Gest Manag Public. 20 oct 2014;me 2/n°4(2):61-79.
5. L'exercice coordonné pluri-professionnel comme outil de lutte contre la désertification médicale dans le département des Hautes-Alpes. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=%28mcl%3D%5Bdemographie%20medicale%5D%20OR%20mcl%3D%5Bdensite%20medicale%5D%20OR%20mcl%3D%5Bsousmedicalisation%5D%20OR%20mcl%3D%5Bsurmedicalisation%5D%20OR%20mcl%3D%5Bgeographie%20sante%5D%29%20AND%20mcl%3D%5Bacces%20soins%5D&_title=D%E9mographie%20m%E9dicale%2C%20g%E9ographie%20de%20sant%E9%20et%20acc%E8s%20aux%20soins&_start=4
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
7. Leblanc A. Le concept de maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural et semi-rural compte tenu de l'évolution de la démographie médicale et des pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins: exemple de la maison de santé « Champagne-Picardie » à Guise [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2008.
8. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique juin 2012 HAS [Internet]. [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/09r09_argu_dmla.pdf

9. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Plateforme É de la. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Cah Année Gérontologique. 1 sept 2012;4(3):269-78.

10. Reperage et maintien de l'autonomie des personnes agées fragiles 2754 Livre Blanc Serdi-BAT 2.indd - WHITEBOOKONFRAILTY-frenchversion_001.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: http://garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILTY-frenchversion_001.pdf#page=53

11. Caroline CHEYRON Comment améliorer le dépistage de la DMLA en medecine générale mai 2016 Université TOULOUSE III Paul Sabatier Faculte de Medecine de Rangueil [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1281/1/2016TOU31042.pdf

12. Faes L, Bodmer NS, Bachmann LM, Thiel MA, Schmid MK. Diagnostic accuracy of the Amsler grid and the preferential hyperacuity perimetry in the screening of patients with age-related macular degeneration: systematic review and meta-analysis. Eye Lond Engl. juill 2014;28(7):788-96.

13. MEOLA Manon. Mémoire de DES médecine générale, Dépistage pluri-professionnel de la DMLA au sein du bassin Gourdan-Polignan/Montréjeau [Mémoire]. Toulouse Rangueil; 2018.

14. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

15. Warnet S. Rencontre avec Marie-France Métais, infirmière libérale - « Tous ensemble, nous prenons mieux soin des patients ». Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues12938505005701444 [Internet]. 14 oct 2008 [cité 3 sept 2017]; Disponible sur: https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/185502/resultatrecherche/3

16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan national « Bien vieillir » 2007 - 2009 . 2006 . 35 p. [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

17. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/le-plan-national-daction-de-prevention-de-la-perte-dautonomie

18. Aquino J-P. Le plan national « bien vieillir », THE "AGING WELL" NATIONAL

PROJECT. Gérontologie Société. 1 déc 2008;31 / n° 125(2):39-52.
19. Velez-Montoya R, Oliver SCN, Olson JL, Fine SL, Quiroz-Mercado H, Naresh Mandava. CURRENT KNOWLEDGE AND TRENDS IN AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION: Genetics, Epidemiology, and Prevention. RETINA. mars 2014;34(3):423.
20. Christoforidis JB, Tecce N, Dell'Omo R, Mastropasqua R, Verolino M, Costagliola C. Age related macular degeneration and visual disability. Curr Drug Targets. févr 2011;12(2):221-33.
21. Dossier complet − Commune de Montréjeau (31390) | Insee [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-31390
22. Tabue-Teguo M, Simo N, Harmand MG-C, Cesari M, Avila-Funes J-A, Féart C, et al. Frailty in elderly: a brief review. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. juin 2017;(2):127–137.
23. Loriaut P, Loriaut P, Boyer P, Massin P, Cochereau I. Visual impairment and hip fractures: a case-control study in elderly patients. Ophthalmic Res. 2014;52(4):212-6.
24. Ivers RQ, Norton R, Cumming RG, Butler M, Campbell AJ. Visual impairment and risk of hip fracture. Am J Epidemiol. 1 oct 2000;152(7):633-9.
25. L'action publique face à la fragilisation des personnes agées en France et dans l'UE Réseau National Ressources en Sciences Médico-sociales 2014 [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/fiche_3_-_seniors.pdf
26. Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2018 [cité 19 août 2018]. Disponible sur: https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/
27. Laneyrie E, Landry A. Prise en charge pluridisciplinaire des risques psychosociaux : un premier état des lieux auprès des médecins du travail, des inspecteurs du travail et des psychologues du travail. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]. 4 avr 2016 [cité 2 sept 2017];(18-1). Disponible sur: http://pistes.revues.org/4686
28. Chevrier M, Berthet B, Antoine C. Co-construction d'une approche de prévention en équipe pluridisciplinaire dans un service de santé au travail du BTP. Arch Mal Prof Environ. 1 juin 2016;77(3):466-7.
29. Objectif n°1 : Lutter contre la désertification médicale - ICARS [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: http://www.icarsante-

paca.fr/arkotheque/client/icars/fiches/detail.php?ref=12069&titre=objectif-n-lutter-contre-la-desertification-medicale-

30. La lutte contre les déserts médicaux [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux

31. Services | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/services/label-e-sante-logiciel-maisons-et-centres-de-sante

32. ARS Occitanie. Signature d'une convention à Toulouse pour lutter contre la désertification médicale [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: http://www.occitanie.ars.sante.fr/signature-dune-convention-toulouse-pour-lutter-contre-la-desertification-medicale

33. « Le temps des rafistolages est révolu », lance Édouard Philippe qui ouvre cinq chantiers sur la santé [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/13/le-temps-des-rafistolages-est-revolu-lance-edouard-philippe-qui-ouvre-cinq-chantiers-sur-la-sante_855113

Annexes

16. Annexe 1 : Qu'est-ce que le Mont-Royal Santé ?

Le Mont-Royal Santé a vu le jour dès octobre 2015 et c'est avec le Dr GRELLIER, médecin généraliste, ainsi que Me SORRAING Françoise, pharmacienne que nous avons retracé l'histoire de cette maison de santé.

1er réunion : association des Professionnels de santé

Pour palier au manque de médecin, un petit groupe de médecin s'étaient réunis pour trouver des solutions afin d'attirer de nouveaux confrères. C'est alors, que l'idée de la création d'une maison de santé s'est installée.

2ième réunion : la première officielle avec la création de l'association

Dès octobre 2015, un premier rassemblement à l'initiative du maire de Montréjeau ainsi que du sénateur de Boulogne, a été réalisé afin d'expliquer la procédure de la création d'une maison de santé.

En effet, la création de cette dernière semblait être un pilier dans cette démarche de lutte contre la désertification des médecins.

À la suite de cette réunion, tous les professionnels de santé présents étaient partants pour se lancer dans ce projet. C'est ainsi, qu'a été créée l'association des professionnels de santé, intitulée Le Mont-Royal Santé. Ce nom était symbolique pour tous. Tout d'abord, sa signification en Occitan est Montréjeau, nom de la ville où siègerait la maison de santé, mais également le nom d'une ancienne maison de retraite. Ainsi, le terme Mont-Royal Santé signifie autant pour les professionnels de santé que pour les patients.

Le président de cette association est un kinésithérapeute, suivi de 4 vice-présidents : un médecin généraliste, une IDE, une pharmacienne et un dentiste. De plus, la secrétaire est une pharmacienne, aidée par une co-secrétaire qui est un médecin généraliste. Et enfin, il y a également un trésorier, qui est un pharmacien, et un médecin généraliste en tant que trésorier adjoint. Ainsi, tous les postes sont pourvus par différents professionnels de santé.

Au décours de la création de cette association Mont-Royal Santé, des groupes de travail ont été mis en place. Ces derniers sont au nombre de 4, et avaient pour mission :

- Le premier groupe de travail : la création de statut, réalisée par la secrétaire

- Le second groupe de travail : projet professionnel de soins : établissement de protocoles
- Le troisième groupe de travail : projet d'informatique
- Le quatrième groupe de travail : projet architectural

3ième réunion tous les Professionnels de santé

La troisième réunion fut avec l'ensemble des professionnels de santé. Chaque groupe de travail précédemment nommé au dessus, a présenté leurs travaux.

Ces groupes de travail ont été guidés par un médecin généraliste, référent à l'ARS. Ce dernier a recadré la réunion au niveau territorial. Les groupes sont donc reparti avec des nouveaux objectifs.

Début janvier, réunion avec la mairie

Début janvier 2016, une réunion avec la mairie s'est faite. Le maire a présenté Grégoire, le chargé de mission administrative, du recrutement des architectes et de la réalisation des appels d'offre. Par la suite, Grégoire fut convié aux réunions de l'association de tous les groupes de travaux.

Durant cette réunion, comme un accord entre tous les professionnels de santé, il a été décidé de ne pas inclure le maire dans l'association.

Mai 2016 : 45 personnes + maire

En mai 2016, la maison de santé s'est concrétisée avec la rencontre avec les architectes. De plus, ce fut un temps pour étudier et rassembler les différents comptes rendus, afin d'envoyer une ébauche de la maison de santé à l'ARS.

Décembre 2016 : assemblée générale

Pour finir, en décembre 2016, une assemblée générale fut réalisée afin d'annoncer la validation du projet de santé par l'ARS.

Par la suite, Céline Malard, IDE fut déclarée coordinatrice suite à un appel d'offre remporté.

À ce jour, ce projet de santé a rassemblé en 1 an et 3 mois, 56 adhérents répartis en 29 personnes non résidentes et 27 personnes résidentes.

Ses portes s'ouvreront courant avril 2018.

Ce projet de santé a crée un vrai plaisir à travailler ensemble.

17. Annexe 2 : Mémoire du DES de médecine générale

MÉMOIRE POUR LA SOUTENANCE DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

TITRE DU MÉMOIRE :

DÉPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL DE LA DMLA AU SEIN DU BASSIN GOURDAN-POLIGNAN/MONTRÉJEAU

Présenté et Soutenu par Manon MÉOLA

Date de soutenance : Mardi 11 septembre 2018

Membres du jury :

Pr Pierre MESTHÉ	Président
Pr André STILLMUNKÉS	Assesseur
Dr Jordan BIREBENT	Assesseur

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

1 TYPE D'ETUDE
2 DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL DE LA DMLA
2.1 ORIGINE DU DEPISTAGE DE LA DMLA
2.2 PROTOCOLE DE DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL DE LA DMLA
3 POPULATION CIBLE
4 PERIODE DE RECUEIL
5 MISE EN AVANT DU RESEAU MONT ROYAL SANTE

RESULTATS

6 LES PARTICIPANTS AUX DEPISTAGES
7 PATIENTS PARTICIPANTS POUR LA PREMIERE FOIS AU DEPISTAGE DE LA DMLA
8 REPARTITION PAR PROFESSIONNEL DE SANTE DES DEPISTAGES DE LA DMLA
9 DEVENIR DES PATIENTS DEPISTES POSITIFS
10 SYNTHESE DES RESULTATS DU DEPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL DE LA DMLA

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

11 ANNEXE 1 : OUTILS DE DEPISTAGE
11.1 GRILLE D'AMSLER FORMAT A1
11.2 FICHE RECAPITULATIVE SUR LA DMLA
11.3 QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE LA DMLA SUR PAPIER DUPLIQUE
11.4 FICHE D'ADRESSAGE DU PATIENT A L'OPHTALMOLOGUE
12 ANNEXE 2 : CHEMIN DU QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE LA DMLA
13 ANNEXE 3 : SUIVI DE LA FICHE D'ADRESSAGE
14 ANNEXE 4 : AFFICHE DU DEPISTAGE DE LA DMLA DANS LE CADRE DE MRS

RESUME

Introduction

La pratique isolée du médecin généraliste s'estompe de plus en plus pour laisser place à une pratique pluri-professionnelle ; l'exercice en Maison de Santé en est une possibilité. Elle est une des réponses à un problème de santé publique, la désertification médicale.
Dans le cadre de la loi Bachelot "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) (1), la coopération entre professionnels de santé est encouragée et a pour objectif de renforcer le rôle des professions paramédicales.
En favorisant la collaboration de professionnels médicaux et paramédicaux, ces structures de soins primaires représentent une opportunité pour faciliter et encourager :

- la complémentarité des interventions de premier recours (médecins, infirmiers, …) et la concertation autour des cas complexes ;
- l'adaptation des prises en charge et de l'offre de soins au développement des pathologies chroniques ;
- le développement d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Au sein du réseau pluri-professionnel de Gourdan-Polignan/Montréjeau, nommé Mont-Royal Santé (MRS), s'est déroulé un dépistage en soins premiers de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Le choix s'est porté sur le dépistage de la DMLA, de par son coté innovant en soins premiers, et du fait que cette pathologie est la première cause de malvoyance et de cécité légale dans les pays développés chez les plus de 55 ans, et ainsi, constitue un enjeu de santé publique(2).
En effet, un test de dépistage s'adresse à une population présumée en bonne santé. Il vise à identifier les maladies passées inaperçues (3). Le dépistage de la DMLA répond aux critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour légitimer le dépistage d'une maladie. (4)
La DMLA engendre un handicap visuel impactant sur la morbi-mortalité et la qualité de vie des patients (5) (6). Le risque de chute est majoré (5) (7) (8) ainsi que la dépendance (5). Ce dépistage de la DMLA s'inscrit, en partie, dans le dépistage de la fragilité des personnes âgées, qui est au cœur de nombreux sujets d'actualité.(9) (10)

De plus, l'accessibilité de l'ophtalmologue reste souvent difficile, et plus compliquée que l'accessibilité du médecin généraliste, elle-même plus compliquée que celle de toute une équipe pluri-professionnelle.

C'est pourquoi, un dépistage pluri-professionnel paraît répondre à de nombreuses problématiques en pratique courante.

Ce d'autant, que dans les recommandations, le dépistage de la DMLA doit se faire de manière hebdomadaire. (11) Ainsi, lors de la mise en place de ce dépistage pluri-professionnel, nous permettons aux patients de réaliser ce dépistage simple et rapide par le biais de toute une équipe pluridisciplinaire avec un accès en urgence à un ophtalmologue facilité.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'un dépistage pluri-professionnel dans le cadre du dépistage de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

Le critère principal d'évaluation est le pourcentage de patients participant au dépistage de la DMLA pour la première fois à l'occasion de l'étude.

L'objectif secondaire est de mesurer la participation des différentes catégories de professionnels de santé ayant réalisé le dépistage.

Matériels et Méthodes

1 Type d'étude

Dans le cadre de ce travail, j'ai mené une étude quantitative descriptive, afin d'étudier le pourcentage de patients participant au dépistage de la DMLA pour la première fois à l'occasion de l'étude, réalisé par tout une équipe pluri-professionnel, au sein du réseau de santé Montréjeau/Gourdan-Polignan.

2 Dépistage pluri-professionnel de la DMLA

2.1 Origine du dépistage de la DMLA

J'ai exploité le protocole de dépistage de la DMLA par les médecins généralistes, établi dans la thèse de Caroline CHEYRON.(12) Et je l'ai adapté pour toute une équipe pluridisciplinaire au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

En effet, j'ai repris les outils de dépistage : grille d'AMSLER, validée pour le dépistage de la DMLA, le questionnaire à remplir par le patient et la fiche d'adressage.

2.2 Protocole de dépistage pluri-professionnel de la DMLA

La présentation du protocole de dépistage de la DMLA

La mise en place du protocole de dépistage de la DMLA fut expliquée aux différents professionnels de santé lors de réunions dans le cadre de la création de la Maison de Santé Mont-Royal Santé.

Chaque professionnel de santé a reçu une formation accélérée sur la DMLA qui avait pour but de leur donner une compétence supplémentaire lors du dépistage de la DMLA, et d'éviter d'être mis en porte à faux par les patients. Lors de cette formation, des notions essentielles ont été présentées, soit que la DMLA était une maladie chronique, touchant 12% des personnes de plus de 80ans. Les facteurs de risques ont été cités : l'âge, le tabac et les antécédents familiaux. Enfin, les deux formes de DMLA exsudative et atrophique ont été différenciées, de par leurs symptômes et de par leur degré d'urgence ophtalmique. Le traitement et la prise en charge des deux formes de DMLA ont été succinctement décrits.

Des ophtalmologues de secteur 1, ont été informés de la réalisation de ce dépistage pluri-professionnel et leur participation a été sollicitée. Certains ophtalmologues contactés n'ont pas souhaité faire partie du projet ; d'autres ont directement accepté et enfin un ophtalmologue a voulu nous rencontrer, moi et mon directeur de thèse. Après présentation du projet, il a accepté de participer.

La mise en place

Chaque participant était équipé d'une grille d'Amsler format A4, et de questionnaires de dépistage sur papier dupliqué destinés aux patients. Ce format en papier dupliqué, permettait au patient de conserver un exemplaire pour poursuivre son parcours si besoin et assurait un maintien du suivi en cas de perte par le patient, avec le second support conservé par le professionnel de santé et remis au médecin référent du protocole.

De plus, pour ceux dont les locaux le permettaient, ils bénéficiaient d'une grille d'Amsler en poster au format A1 (84x60cm) (annexe 1 : Outils de dépistage), sur laquelle étaient ajoutées des indications visant à guider les patients et les rendre autonomes.

En fonction des résultats de ce questionnaire, la conduite à tenir du professionnel de santé changeait. Si ce dernier était négatif, le professionnel de santé devait récupérer le questionnaire et le faire parvenir au médecin référent. Si à l'inverse, le questionnaire s'avérait positif, le professionnel de santé devait contacter le médecin traitant ou à défaut le médecin référent pour convenir d'un rendez-vous. Le délai était fonction du type de DMLA suspectée. Le délai de rendez-vous avec les médecins généralistes était de 3 jours pour la DMLA exsudative et de 15 jours pour la DMLA atrophique.

Ce cheminement était récapitulé dans un organigramme. (Annexe 2 : Chemin du questionnaire de la DMLA).

Enfin, si le dépistage du patient était positif, une feuille d'adressage, détenue par les médecins généralistes, était réalisée permettant le relais avec l'ophtalmologue. Ainsi, tout patient avec un dépistage positif passait d'abord par le médecin traitant (ou référent local) avant de consulter l'ophtalmologue. Pour cette prise en charge, un autre organigramme a été créé. (Annexe 3 : Suivi de la fiche d'adressage).

Chaque professionnel de santé était muni d'un support sur la DMLA de type questions/réponses.

Un circuit d'adressage en amont de la consultation de l'ophtalmologue mais également du médecin généraliste, a été mise en place, qui n'existait pas dans la thèse précédente.

Les diagrammes de la démarche de réalisation du dépistage, sont illustrés en annexe.

En somme, chaque professionnel de santé était muni d'une grille d'Amsler, de questionnaires destinés aux patients et de feuilles d'adressage au médecin généraliste si le questionnaire du patient était positif. Tous les patients bénéficiant d'une consultation avec l'ophtalmologue étaient vus au préalable par le médecin généraliste. Ce dernier avait en sa

possession une feuille d'adressage dédiée à l'ophtalmologue, ainsi qu'un support physiopathologique sur la DMLA.

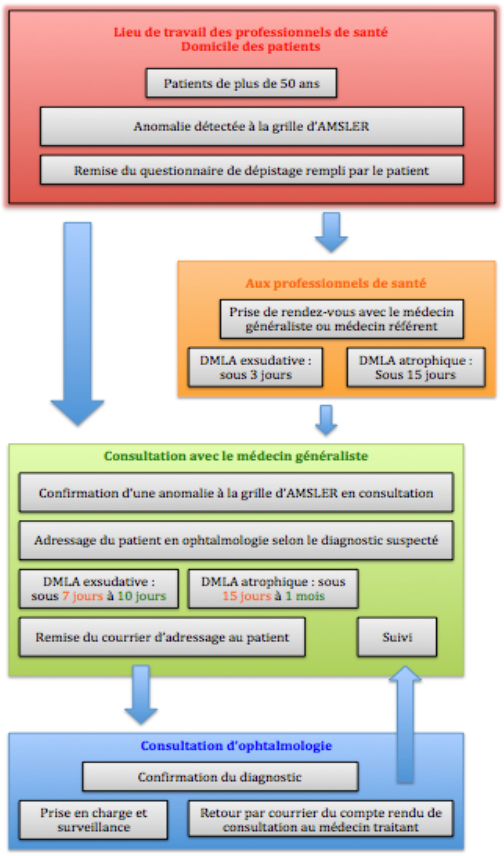
Résumé du protocole

Comme décrit dans la figure 1, la stratégie consiste à proposer aux patients de plus de 50 ans de tester leur yeux avec la grille d'AMSLER, soit en salle d'attente chez le médecin généraliste, mais également lors de leur passage en pharmacie, les cabinets de kinésithérapeutes, podologues, biologistes, dentistes ou même lors de soins infirmiers à leur domicile. Lors de ce dépistage, les patients doivent remplir un questionnaire de dépistage et le remettre au professionnel de santé en question. Tout professionnel de santé doit vérifier la présence d'une anomalie ou non sur la lecture de la grille d'AMSLER. Si une anomalie est présente, elle devra être confirmée par le médecin généraliste. Chaque professionnel de santé pourra déterminer le type de DMLA suspecté lors de la lecture du questionnaire du patient. Pour une DMLA exsudative découverte par un professionnel de santé, en dehors des médecins généralistes, un rendez-vous avec le médecin généraliste ou à défaut le médecin référent local, doit être prévu sous un délai de 3 jours. Pour la DMLA atrophique, ce sera sous un délai de 15 jours. Lors de la confirmation par le médecin généraliste, le rendez-vous en ophtalmologie devra se faire sous un délai de 7 jours pour une DMLA exsudative, et sous 15 jours pour une DMLA atrophique.

Enfin, si le dépistage se fait directement en salle d'attente du médecin généraliste, les délais de prise de rendez-vous en ophtalmologie pourront être plus longs, du fait de l'absence d'étape intermédiaire. C'est à dire, devant une DMLA exsudative, une consultation en ophtalmologie devra être réalisée sous 10 jours, et sous 1 mois devant une DMLA atrophique.

Lors de la prise de rendez-vous avec l'ophtalmologue, le médecin généraliste remet la fiche d'adressage au patient, qu'il retransmettra à l'ophtalmologue. Ce dernier confirmera le diagnostic, mettra en place la prise en charge thérapeutique adéquate et en informera le médecin traitant par courrier afin qu'il en assure le suivi.

Figure 1 : Résumé du protocole de dépistage



3 Population cible

La population cible fut tous les patients pris en charge par les professionnels de santé du réseau Mont Royal santé, âgé de plus de 50 ans.

4 Période de recueil

Le dépistage pluri-professionnel de la DMLA a débuté le 16 mars 2017 et s'est achevé le 10 janvier 2018. Soit durant une période de 10 mois, une sollicitation des professionnels de santé a été demandé. À savoir, les premiers mois, le dépistage devait se faire de manière quotidienne. Néanmoins, pour ne pas perdre la motivation des professionnels de santé volontaires pour réaliser ce dépistage en soins premiers, il a été proposé de faire une semaine de dépistage par mois. Ceci a été mis en place à partir du mois de juillet 2017, à 3 mois du lancement. Ainsi, à partir du mois de juillets 2017, chaque professionnel de santé

recevaient un mail de rappel de la semaine de dépistage de la DMLA pour chaque début de mois, et cela durant 7 mois.

5 Mise en avant du réseau Mont Royal Santé

Un logo à l'occasion de ce dépistage réunissant tous les professionnels de santé membres de la maison médicale, en devenir, Mont-Royal Santé, a été crée. Il avait pour but de donner une unité à ce travail de dépistage et ainsi mettre en avant le réseau de santé de Gourdan-Polignan/ Montréjeau vis à vis des patients.

De plus, des affiches pour promouvoir ce dépistage de la DMLA ont été créées. Un modèle est en annexe. (Annexe 4 : Affiche dépistage de la DMLA).

Figure 2 : Logo du dépistage de la DMLA au sein de Mont Royal Santé

Résultats

6 Les participants aux dépistages

Les professionnels de santé, tous confondus, ont recueilli 105 questionnaires de dépistage. Ainsi 105 patients ont été inclus dans le dépistage pluri-professionnel portant sur la DMLA.

Vis à vis des professionnels de santé, le taux de participation de chaque profession est exposé dans le tableau 1 ci dessous.

Tableau 1 : Participation selon le type de profession

	Professionnels de santé volontaires	Participants effectifs
Médecins généralistes	7	4
Infirmières	10	3
Pharmaciens	4	3
Kinésithérapeutes	1	0
Dentistes	1	0
Podologues	1	1
Biologistes	1	1
Total	25	12

7 Patients participants pour la première fois au dépistage de la DMLA

Parmi les 105 patients inclus dans le protocole de dépistage pluri-professionnel, 95 (90,5%) patients étaient dépistés pour la première fois pour la DMLA.

Sur les 105 patients, 10 (9,5%) ont déclaré avoir déjà participé à un dépistage de la DMLA, et 1 (0,5%) à l'avoir réalisé depuis moins de 3 mois.

Sur les 10 patients ayant déjà réalisé le dépistage de la DMLA :

- 9 (90%) ont été dépistés au moins une fois par l'ophtalmologue
- 3 (30%) ont été motivés par les spots télévisés,
- 2 (20%) avaient déjà réalisé un auto dépistage.

Enfin, pour les 10 patients qui avaient déjà réalisés le dépistage de la DMLA, 1 seul patient a eu un test positif. Ce dernier était suivi pour un glaucome et une DMLA, et son dernier dépistage par la grille d'Amsler datait de plus de 3 mois.

8 Répartition par professionnel de santé des dépistages de la DMLA

Au sein du réseau Mont Royal Santé, 25 professionnels de santé se sont portés volontaires pour participer au dépistage pluri-professionnel de la DMLA.

Tableau 2 : Représentation de la participation de chaque profession au dépistage de la DMLA

Professions	Membres volontaires du Mont Royal Santé	Participants effectifs	Nombre de patients dépistés
Médecins généralistes	7	4	37
Infirmiers	10	3	29
Pharmaciens	4	3	16
Podologue	1	1	18
Biologiste	1	1	5
Kinésithérapeutes	1	0	0
Dentiste	1	0	0

Ainsi, sur les 25 professionnels de santé, 12 professionnels de santé m'ont fait parvenir les résultats des questionnaires de dépistage pluri-professionnel. Quatre médecins généralistes ont recueillis 37 dépistages, pour les 3 infirmiers j'ai récupéré 29 dépistages, pour les 4 pharmaciens dans les 2 officines, 16 dépistages ont été recueillis et enfin pour le podologue et le biologiste, respectivement, j'ai récupéré 18 dépistages et 5 dépistages.

Tableau 3 : Nombre de dépistage de la DMLA réalisé par les Infirmiers

Infirmiers (I)	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	Total
Nombres de dépistage	0	12	9	0	0	8	0	0	0	0	29

Tableau 4 : Nombre de dépistage de la DMLA réalisé par les Médecins généralistes

Médecins généralistes (MG)	MG1	MG2	MG3	MG4	MG5	MG6	MG7	Total
Nombres de dépistage	5	0	0	5	15	0	12	37

Tableau 5 : Nombre de dépistage de la DMLA réalisé par les Pharmaciens

Pharmaciens (Ph)	Ph1	Ph2	Ph3	Ph4	Total
Nombres de dépistage	7	6	3	0	16

Tableau 6 : Nombre de dépistage de la DMLA réalisé par le Podologue

Podologue (P)	P1	Total
Nombre de dépistage	18	18

Tableau 7 : Nombre de dépistage de la DMLA réalisé par le Biologiste

Biologiste (B)	B1	Total
Nombre de dépistage	5	5

À savoir, dans les professionnels de santé ayant participés au dépistage pluri-professionnel de la DMLA, il y a également les 4 ophtalmologues de secteur 1qui ont accepté de se joindre à cette étude et ainsi recevoir les éventuels patients ayant un dépistage positif.

9 Devenir des patients dépistés positifs

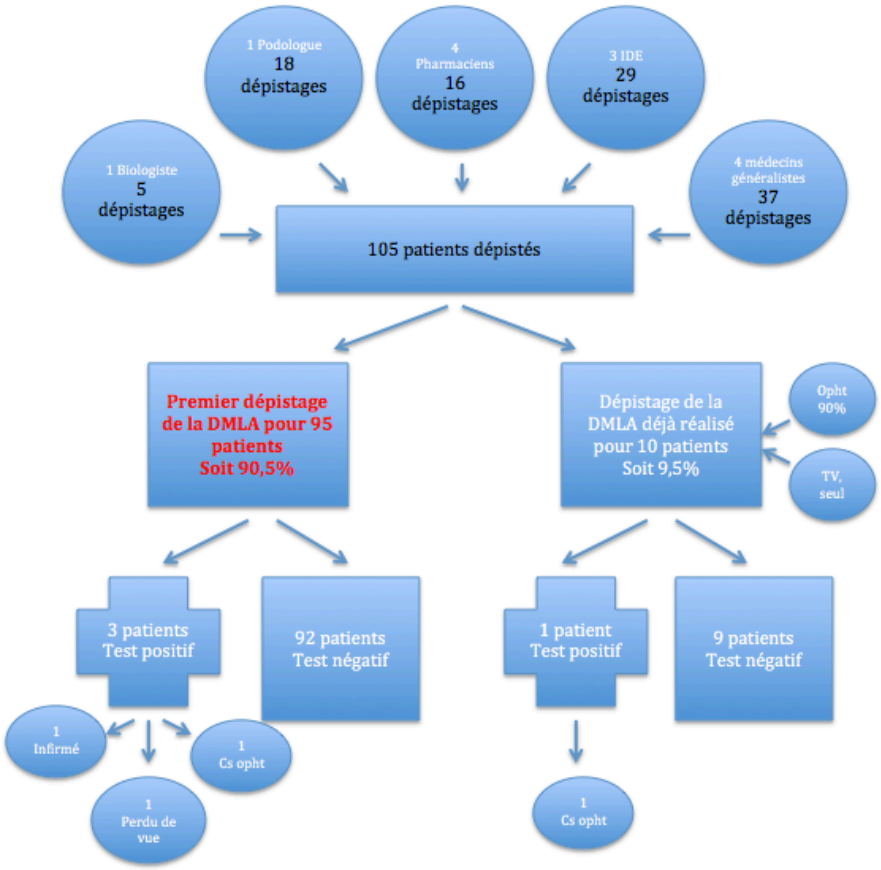
Les 4 patients ayant eu des dépistages positifs, avaient réalisé les dépistages en salle d'attente d'un médecin généraliste pour 3 d'entre eux, et le quatrième patient, à son domicile par l'infirmier.

Ainsi, pour ceux dépistés au sein du cabinet du médecin généraliste, lors de la consultation avec celui-ci, le dépistage a été vérifié de suite, et infirmé pour un des patients, un autre a été perdue de vue et enfin le dernier patient ayant un dépistage positif, a été confirmé par le médecin traitant. Devant une suspicion de DMLA exsudative, un rendez-vous avec l'ophtalmologue a été pris dans un délai de 2 jours. Cette consultation avec l'ophtalmologue a permis d'écarter une DMLA exsudative. Néanmoins, je n'ai pu récupérer de compte rendu de la consultation.

Pour le patient dépisté à son domicile par l'infirmier, il a été confirmé par le médecin généraliste et a eu un rendez-vous avec l'ophtalmologue 3 jours après. Ce patient était connu pour avoir une DMLA, ainsi qu'un glaucome. Son dernier dépistage par la grille d'Amsler datait de plus de 3 mois.

10 Synthèse des résultats du dépistage pluri-professionnel de la DMLA

Figure 4 : Synthèse du dépistage pluri-professionnel de la DMLA



Légendes du diagramme ci dessus.
IDE : Infirmiers diplômés d'État
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
Opht : Ophtalmologue
TV : téléviseur
Cs Opht : consultation avec l'ophtalmologue

Discussion

Cette étude est un préalable à mon travail de thèse, portant sur l'opinion des professionnels de santé à propos du dépistage pluri-professionnel de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau.

Les forces de ce travail sont :

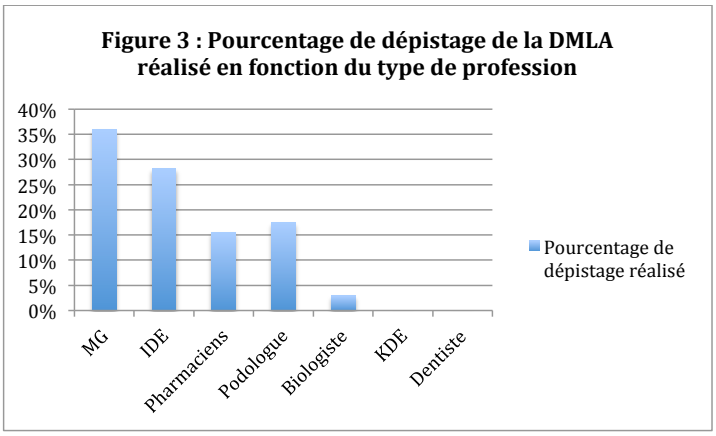
- L'originalité du dépistage pluri-professionnel portant sur la DMLA ;
- L'instauration de ce dépistage pluri-professionnel en amont de la création de la Maison de Santé, Mont Royal Santé ;
- Un dépistage pluri-professionnel peu coûteux et efficace.

Les limites de ce travail sont :

- Un biais de sélection de par l'étude de patients limitée au réseau de santé de Gourdan-Polignan/Montréjeau, zone semi-rurale ;
- Un biais de classement avec une perte de vue.

L'objectif d'évaluer l'efficacité d'un dépistage pluri-professionnel dans le cadre de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau est atteint lors de cette étude. En effet, notre critère principal mesurant le pourcentage de patient dépisté pour la première fois est de 90,5%. Ainsi, cette action préventive basée sur ce dépistage pluri-professionnel prouve son efficacité. Ce protocole a démontré son efficacité auparavant lors de l'étude réalisée par Caroline CHEYRON(12). De plus, malgré un taux de participation variable de chaque profession, les professionnels de santé ont permis un plus grand nombre de dépistage que les médecins généralistes regroupés, 68 dépistages contre 37 par les médecins généralistes.

Grâce à la figure 3, ci-dessous, on observe que la participation des professionnels de santé, en dehors des médecins généralistes, dépasse celle des médecins généralistes seule, malgré leur majorité en terme de participation.



Ce dépistage pluri-professionnel incite les patients à réaliser une auto-surveillance hebdomadaire de leur vision, par un accès facilité à la grille d'Amsler et par une sollicitation des professionnels de santé. Ainsi, le dépistage pluri-professionnel est en accord avec les recommandations de l'HAS.(11) Les professionnels de santé non-médecins sont, donc une ressource pour améliorer la performance d'un dépistage en soins premiers.

La pluri-professionnalité a également démontré sa pertinence lors de ce dépistage pluri-professionnel. Cette notion était déjà suggérée par Roselyne Bachelot lors d'un entretien.(13) En effet, elle indique qu'« il y a un intérêt pour notre système de santé à s'appuyer d'avantage sur des paramédicaux très qualifiés. » «La maison de santé pluridisciplinaire facilitera aussi, (…) le développement des nouvelles activités grâce aux coopérations qui s'y développeront, de la prévention à l'éducation thérapeutique. »
Néanmoins, afin de promouvoir ce dépistage et obtenir une motivation du réseau, professionnels de santé et ophtalmologues, il faut prendre le temps de présenter le dépistage lors de réunion, d'en expliquer le protocole et de permettre aux acteurs du dépistage de se l'approprier. Cette phase initiale est nécessaire et fondamentale afin d'assurer le bon déroulement du dépistage pluri-professionnel. Cette notion est présente dans la littérature, où nous retrouvons les termes d'« espaces de discussions »(14), d'«espaces pluridisciplinaires de travail »(15).
L'apport des professionnels de santé a permis la potentialisation de l'action préventive et a amené une complémentarité à la pratique des médecins généralistes.

Ce dépistage pluri-professionnel optimise le parcours de soins du patient de son domicile à l'ophtalmologue. Il permet également un désencombrement de salles d'attente des ophtalmologues mais également des médecins généralistes. Sur les 105 dépistages réalisés, seulement 3 patients nécessitaient une consultation avec l'ophtalmologue. Ainsi, ces patients, ont pu bénéficier d'un accès plus rapide à l'ophtalmologue. L'adressage sélectif à l'ophtalmologue permet un gain de temps en évitant des consultations non adaptées, mais également un gain économique devant l'absence d'examen complémentaire coûteux réalisés, touchant un autre champ en termes de santé publique. De plus, ces gains (de temps et économique) se voient aussi au niveau du médecin généraliste. En effet, sur les 68 patients dépistés par les professionnels de santé, seulement 1 patient a nécessité une consultation avec le médecin généraliste. Au final, sur les 105 patients, les professionnels de santé ont permis d'éviter 64% de consultations en médecine générale. Leur apport est considérable.

On observe une pertinence notable à l'union en un seul même lieu de diverses professions, entrainant une véritable synergie entres les professionnels de santé, et un apport considérable en terme de parcours de soins et santé publique. Lors de ce dépistage pluri-professionnel, les professionnels de santé ont contribué à prévenir une partie de la fragilité au niveau sensoriel . On retrouve cette notion dans la littérature où la coopération entre professionnel de santé est reconnue, et exploitée dans la création de nouveaux protocoles, et dans la prévention de la fragilité (16) (17) (18).

Ce regroupement de professionnel de santé est aussi une des solutions à la désertification médicale. L'analyse de la littérature retrouve cette notion, mais également le maintien d'une qualité de soin vis à vis des patients.(19)

Conclusion

Le dépistage pluri-professionnel au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau, a montré son efficacité en permettant un premier dépistage de la DMLA pour 90,5% des patients inclus dans l'étude.

En terme de prévention, les professionnels de santé ont prouvé la pertinence d'un travail de dépistage pluri-professionnel. En effet, les professionnels de santé non-médecins ont potentialisé l'action des médecins généralistes permettant une augmentation de la performance du dépistage de la DMLA.

De plus, le dépistage pluri-professionnel s'inscrit dans une démarche de santé publique en termes de prévention de la DMLA qui reste la principale cause de déficience visuelle chez les personnes de plus de 50 ans dans les pays industrialisés ; ce dépistage lutte contre la fragilité au niveau sensoriel. Sur le plan économique, car le dépistage pluri-professionnel optimise le parcours de soins du patient de son domicile à l'ophtalmologue.

Et enfin, le dépistage pluri-professionnel de la DMLA, promeut les Maisons de Santé, ici, Mont Royal Santé, et ainsi participe à la lutte contre la désertification médicale.

L'avis des usagers mais également des professionnels de santé, serait intéressant à étudier afin d'être plus performant en terme de prévention et ainsi pérenniser ces dépistages pluri-professionnels, partie intégrante des Maisons de Santé.

Bibliographie

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
2. Ministère de la santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes agées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan national bien vieillir 2007-2009 page 17 [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
3. Vers la prévention de la dégénérescence maculaire liée à l'âge - EM|consulte [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/113455
4. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies. 1970 [cité 3 août 2018]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/41503
5. Velez-Montoya R, Oliver SCN, Olson JL, Fine SL, Quiroz-Mercado H, Naresh Mandava. CURRENT KNOWLEDGE AND TRENDS IN AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION: Genetics, Epidemiology, and Prevention. RETINA. mars 2014;34(3):423.
6. Christoforidis JB, Tecce N, Dell'Omo R, Mastropasqua R, Verolino M, Costagliola C. Age related macular degeneration and visual disability. Curr Drug Targets. févr 2011;12(2):221–33.
7. Loriaut P, Loriaut P, Boyer P, Massin P, Cochereau I. Visual impairment and hip fractures: a case-control study in elderly patients. Ophthalmic Res. 2014;52(4):212–6.
8. Ivers RQ, Norton R, Cumming RG, Butler M, Campbell AJ. Visual impairment and risk of hip fracture. Am J Epidemiol. 1 oct 2000;152(7):633–9.
9. Agir sur tous les déterminants de la fragilité des personnes agées Entretien avec le professeur Bruno Vellas La santé en action N°44O juin 2017 [Internet]. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/440/personnes-agees-fragilite-agir-determinants.pdf
10. Carcaillon-Bentata L, Beltzer N. Vieillissement et fragilité : approches de santé publique / Aging and frailty: Public health approaches. :53.
11. Haute Autorité de Santé - Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique [Internet]. [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1508020/fr/degenerescence-maculaire-liee-a-lage-prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique
12. Caroline CHEYRON Comment améliorer le dépistage de la DMLA en medecine générale mai 2016 Université TOULOUSE III Paul Sabatier Faculte de Medecine de Rangueil [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1281/1/2016TOU31042.pdf
13. Ouharzoune Y. Entretien avec Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports - « Il y a un intérêt pour notre système de santé à s'appuyer davantage sur des paramédicaux très qualifiés ». Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues12938505005901654 [Internet]. 25 oct 2010 [cité 3 sept 2017]; Disponible sur: https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/269714/resultatrecherche/5
14. Beaucourt C, Kustosz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, Coordination

in Health Homes: From a search for consistency to an animation of interactions. Gest Manag Public. 20 oct 2014;me 2/n°4(2):61–79.
15. Laneyrie E, Landry A. Prise en charge pluridisciplinaire des risques psychosociaux : un premier état des lieux auprès des médecins du travail, des inspecteurs du travail et des psychologues du travail. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]. 4 avr 2016 [cité 2 sept 2017];(18–1). Disponible sur: http://pistes.revues.org/4686
16. Baudier F. organisation - Le rôle des maisons de santé. Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues003808140056075220 [Internet]. 17 févr 2011 [cité 3 sept 2017]; Disponible sur: https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/281406/resultatrecherche/2
17. Reperage et maintien de l'autonomie des personnes agées fragiles 2754 Livre Blanc Serdi-BAT 2.indd - WHITEBOOKONFRAILTY-frenchversion_001.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: http://garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILTY-frenchversion_001.pdf#page=53
18. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Plateforme É de la. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Cah Année Gérontologique. 1 sept 2012;4(3):269–78.
19. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Internet]. Paris 11; 2015 [cité 5 août 2018]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2015PA11T011

Annexes

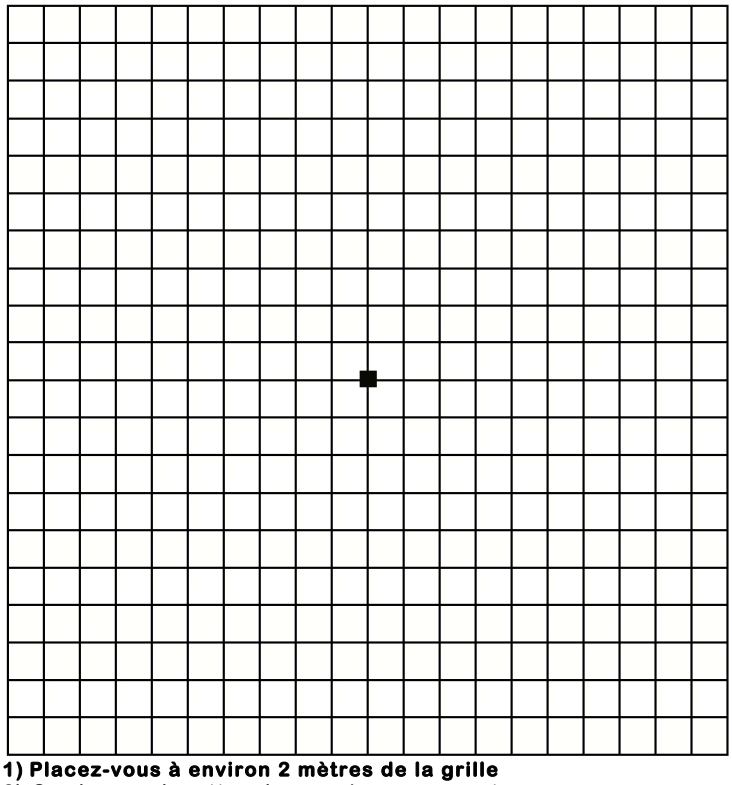
11 Annexe 1 : Outils de dépistage

11.1 Grille d'Amsler format A1

Dépistage de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

La DMLA est une maladie des yeux qui apparait après 50 ans.
Un dépistage est actuellement réalisé par votre Réseau de Santé.

Si vous avez plus de 50 ans, suivez les consignes ci-dessous.



1) Placez-vous à environ 2 mètres de la grille
2) Gardez vos lunettes de vue si vous en portez
3) Cachez un œil avec votre main
4) Fixez avec l'autre œil le point au centre de la grille
5) <u>Répondez au QUESTIONNAIRE ci-joint</u>
<u>même si vous ne voyez rien d'anormal</u> (entourez les réponses)

11.2 Fiche récapitulative sur la DMLA

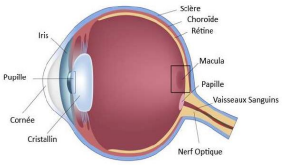
La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

Généralités

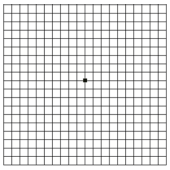
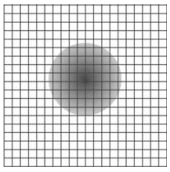
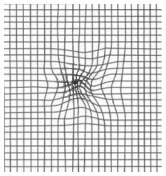
Maladie chronique qui touche la macula,
au niveau de l'aire centrale de la rétine.

Symptomatique chez 800 000 personnes en France
1% des 50-70ans
3% des70-80ans
12% des plus de 80ans

Facteurs de risque : Age, Tabac, Antécédents familiaux



Les stades de la DMLA et leur manifestation à la Grille d'Amsler

Maculopathie Liée à l'Age Pas de symptome	**DMLA Atrophique** Scotome +- central	**DMLA Exsudative** Métamorphospies +- centrales
		
Dépôt lipoprotéique sous l'épithélium pigmentaire	Disparition progressive des photorécepteurs	Apparition de néovaisseaux fenestrés

Une installation rapide et identifiable des symptômes par le patient oriente sur une DMLA Exsudative (même s'il n'y a qu'un scotome et pas de métamorphopsie)

Diagnostic : Fond d'œil +- OCT ou Angiographie à la fluorescéine

Principaux diagnostics différentiels: maculopathie diabétique / myopie forte

Traitement : *mis en place par l'ophtalmologiste*

-DMLA exsudative: → Urgent, sous 10 jours après le diagnostic
Injection intravitréenne d'anti VEGF : arrête la progression des néovaisseaux

-DMLA atrophique: → Intervention immédiate si évolution en forme exsudative
Sevrage tabagique
Auto surveillance à la grille d'Amsler
+- Vitaminothérapie
Rééducation basse vision (orthoptiste) si stade avancé (utilisation du champ visuel périphérique)

Notes : Si un œil est atteint, il y a un risque d'atteinte du deuxième œil. Un suivi régulier est donc indispensable, y compris dans la forme atrophique car elle peut évoluer en forme exsudative. Par ailleurs, il n'y a pas de cécité totale dans la DMLA, la vision périphérique est conservée, seule la vision centrale est atteinte (ex : lecture et reconnaissance des visages impossible lors d'une DMLA évoluée).

11.3 Questionnaire de dépistage de la DMLA sur papier dupliqué

QUESTIONNAIRE DMLA

Nom + Prénom patient : _ _ _ _ _ _ _ _ **Date de naissance : _ _ _ _ _ _**

Nom du Professionnel de Santé dépisteur : _ _ _ _ _ _

Date du jour : _ _ _ _ _ _ _ _ _

Entourez les réponses avec lesquelles vous êtes d'accord. *Données conservées dans le cadre d'un travail de recherche*

1 Les lignes de la grille sont ondulées ou ne sont pas droites	**oui**
2 Il y a une tache sombre ou des zones floues dans la grille	**oui**
3 Votre vue s'est modifiée brutalement depuis <u>moins de 15 jours</u>	**oui**
4 Les anomalies sont apparues progressivement sur plusieurs mois	**oui**

5 Vous aviez déjà fait ce test visuel (ou un dépistage de la DMLA)**: oui** non

Il y a moins de 3 mois	**oui**	non
Seul	**oui**	non
Grâce au spot télévisé concernant la DMLA	**oui**	non
Grâce à la campagne menée dans la presse	**oui**	non
Chez un médecin généraliste	**oui**	non
Chez un ophtalmologiste	**oui**	non
Dans le cadre du dépistage Mont-Royal santé	**oui**	non

Autre *(précisez) :*

6 Vous êtes actuellement suivi pour DMLA : **oui** non

Remettez ce questionnaire au professionnel de santé

□ Autre anomalie dépistée :

MONT-ROYAL SANTÉ

11.4 Fiche d'adressage du patient à l'ophtalmologue

Dépistage de la DMLA

Nom : Prénom : Date de naissance :
Date : **Numéro de téléphone :**

	Œil D	Œil G	Suspicion diagnostique	Rdv spé sous
1 Lignes déformées = métamorphopsies			DMLA exsudative	7 jours
2 Les carrés ont des tailles différentes			DMLA exsudative	7 jours
3 Tache sombre (+- en vision centrale)= scotome			Adresser selon le délai d'apparition	Cf. item 5 ou 6
4 Zones floues ou vides / coins de la grille non visibles				
5 Le patient a remarqué une modification (item 3 ou 4) ou une baisse de sa vue depuis moins de 15 jours, de survenue brutale en quelques heures ou quelques jours	oui	non	DMLA exsudative	7 jours
6 Les items 3 ou 4 sont survenus de façon progressive depuis plusieurs mois, ou le patient n'avait rien remarqué	oui	non	DMLA atrophique	1 mois

7 Patient fumeur non oui année de l'arrêt du tabac :
8 ATCD de DMLA chez les parents non oui ne sais pas
9 Patient diabétique connu non oui
10 DMLA connue non oui → *adresser si modification de la vision par rapport au dernier contrôle*
11 Port de lunettes non oui
12 Commentaire éventuel :

Dernier RDV d'ophtalmologie le:
Rendez-vous diagnostic le :
Dr :

Cachet Médecin Traitant

Cher confrère,

Merci de recevoir ce patient dans le cadre du dépistage de la DMLA organisé chez les Professionnel de Santé du Bassin de Montréjeau/Gourdan-Polignan.

Le diagnostic suspecté est : ***DMLA exsudative*** ***DMLA atrophique***

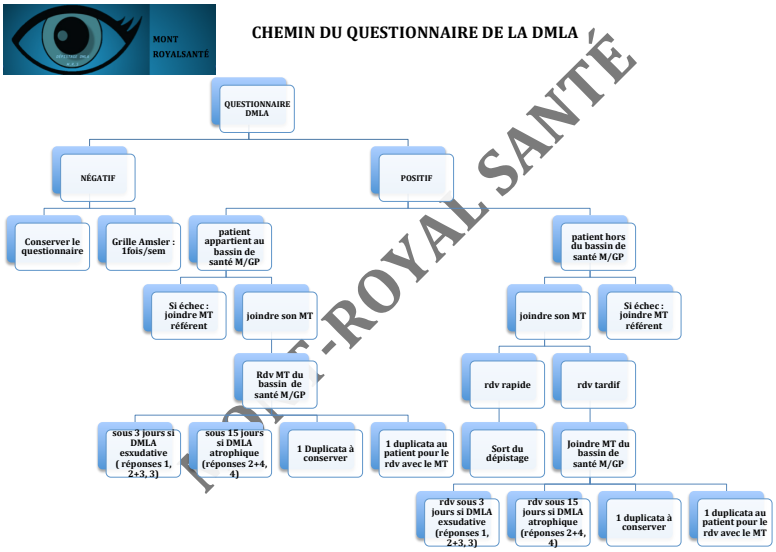
Pouvez-vous remplir le document ci-dessous et le retourner au médecin traitant par courrier. *(Entourez les réponses)*

Date :
Maculopathie au fond d'œil : oui non
S'il y a lieu, patient adressé à : CH St Gaudens CH Lannemezan Autre :
Examens complémentaires réalisés : OCT Angiographie Autre :
Diagnostic : MLA DMLA atrophique DMLA exsudative Autre :
Prise en charge prévue :
Anti-VEGF Auto surveillance Rééducation basse vision
Sevrage tabagique Vitaminothérapie Autre :

Commentaire éventuel :

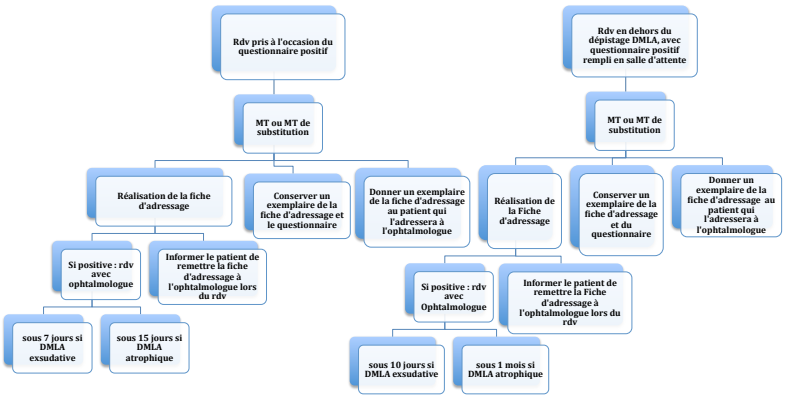
Cachet Ophtalmologiste

12 Annexe 2 : Chemin du questionnaire de dépistage de la DMLA



13 Annexe 3 : Suivi de la fiche d'adressage

DIAGRAMME DU SUIVI DE LA FICHE D'ADRESSAGE



14 Annexe 4 : Affiche du dépistage de la DMLA dans le cadre de MRS

Résumé

Contexte et objectif : La pratique isolée du médecin généraliste s'estompe de plus en plus pour laisser place à une pratique pluri-professionnelle; l'exercice en Maison de Santé en est une possibilité. Au sein du réseau pluri-professionnel de Gourdan-Polignan/Montréjeau, nommé Mont Royal Santé, s'est déroulé un dépistage en soins premiers de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Un dépistage pluri-professionnel innovant, participant à la prévention de la fragilité, avec un impact en terme de santé publique. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité du dépistage pluri-professionnel de la DMLA au sein du réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau. **Méthode :** Tous les professionnels de santé du réseau Mont Royal Santé, au domicile, en passant par les officines jusqu'aux salles d'attentes, proposaient un dépistage de la DMLA par une grille d'Amsler et un questionnaire à remplir par le patient. En fonction du dépistage, si celui-ci était positif, le patient consultait son médecin généraliste, puis si le dépistage était confirmé positif, une consultation avec l'ophtalmologue était prévue dans des délais établis en fonction du type de DMLA suspecté. **Résultats :** L'étude a permis à 95 personnes, soit 90,5% des patients inclus, de participer pour la première fois au dépistage de la DMLA. Sur les 12 professionnels de santé, participants effectifs, les médecins généralistes ont recueilli 37 dépistages, soit 35% et l'équipe pluridisciplinaire, en dehors des médecins généralistes, 68 dépistages soit 65%. **Conclusion :** Le dépistage pluri-professionnel au sein du réseau Gourdan-Polignan/Montréjeau, a montré son efficacité et une performance augmentée grâce à l'apport de toute une équipe pluri-professionnelle. Ce dépistage pluri-professionnel de la DMLA répond aux attentes de la Haute Autorité de Santé en terme de prévention de la DMLA, mais aussi en terme de santé publique avec un gain de temps et de coût, et entre dans une démarche de lutte contre la fragilité sur le plan sensoriel.

MÉOLA Manon 2018 TOU3 1106

TITRE : L'OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À PROPOS D'UN DÉPISTAGE PLURI-PROFESSIONNEL SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE AU SEIN DU RÉSEAU DE SANTÉ GOURDAN-POLIGNAN/MONTRÉJEAU.

RÉSUMÉ :
Contexte : La pratique isolée du médecin généraliste s'estompe de plus en plus pour laisser place à une pratique pluri-professionnelle. Un projet de Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) est né au sein de Gourdan-Polignan/Montréjeau pour pallier à la désertification médicale. Un des ses protocoles est le dépistage pluri-professionnel de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en soins premiers. **Objectif :** Évaluer l'opinion des professionnels de santé sur ce travail de prévention pluri-professionnel portant sur le dépistage de la DMLA à Gourdan-Polignan/Montréjeau. **Méthode :** Étude quantitative basée sur un questionnaire adressé aux professionnels de santé ayant été volontaires pour participer au dépistage pluri-professionnel de la DMLA, futurs résidents ou non de la MSP, Mont Royal Santé. Trois parties le compose, une démographique, une intitulée DMLA évaluant l'impact de la formation sur la DMLA et de son dépistage sur la pratique pluri-professionnelle. Et une sur le réseau de soins évaluant l'impact de ce dépistage sur le réseau de santé Gourdan-Polignan/Montréjeau. **Résultats :** 23 questionnaires ont été recueillis sur les 25 professionnels de santé volontaires. L'opinion des professionnels de santé a été séquencée : 21 (91%) professionnels de santé ont trouvé le dépistage pluri-professionnel facilement utilisable, 19 (83%) se sont trouvés légitimes et 14 (61%) se sont sentis valorisés dans cette démarche de prévention pluri-professionnelle, 13 (57%) se sont sentis compétents. Un dépistage pluri-professionnel était recommandé à un confrère par les 23 (100%) professionnels de santé. **Conclusion :** Une opinion favorable des professionnels de santé est retrouvée dans ce travail de prévention pluri-professionnel sur la DMLA à Gourdan-Polignan/Montréjeau. Une formation initiale et continue sur le dépistage de la DMLA est indispensable. Une plus-value est apportée aux professionnels de santé à travers ce dépistage en adhérant à une démarche de santé publique : lutte contre la fragilité et la désertification médicale.

Mots clés : Dépistage pluri-professionnel – Opinion professionnels de santé - Réseau de soins – Maisons de Santé – Prévention – Désertification médicale – Fragilité – DMLA, dégénérescence maculaire liée à l'âge

TITTLE : THE OPINION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT MULTI-PROFESSIONAL SCREENING FOR AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION IN THE GOURDAN-POLIGNAN/MONTRÉJEAU HEALTH NETWORK.

ABSTRACT :
Context : The general practitioner's isolated practice is increasingly fading into a multi-professional practice. A project for a Plural-professional Health Centre (PPH) was born in Gourdan-Polignan/Montréjeau to alleviate medical desertification. One of its protocols is multi-professional screening for age-related macular degeneration (AMD) in primary care. **Objective :** To evaluate the opinion of health professionals on this multi-professional prevention work on AMD screening in Gourdan-Polignan/Montréjeau. **Method :** Quantitative study based on a questionnaire sent to health professionals who have volunteered to participate in multi-professional screening for AMD, future residents or not of PPH, Mount Royal Health. It is composed of three parts, a demographic part, and a part entitled AMD, which evaluates the impact of training on AMD and its screening on multi-professional practice. And one on the care network evaluating the impact of this screening on the Gourdan-Polignan/Montréjeau health network. **Results :** 23 questionnaires were collected from the 25 volunteer health professionals. The opinion of health professionals was sequenced: 21 (91%) health professionals found multi-professional screening easily usable, 19 (83%) found themselves legitimate and 14 (61%) felt valued in this multi-professional prevention approach, 13 (57%) felt competent. Multi-professional screening was recommended to a colleague by the 23 (100%) health professionals. **Conclusion :** A favourable opinion of health professionals is found in this multi-professional prevention work on AMD in Gourdan-Polignan/Montréjeau. Initial and ongoing training on AMD screening is essential. An added value is provided to health professionals through this screening by adhering to a public health approach : combating fragility and medical desertification.

KEY-WORDS : Multi-professional screening - Opinion of health professionals - Health care network - Health houses - Prevention - Medical desertification - Frailty - AMD, age-related macular degeneration

Discipline administrative : Médecine Générale

Directeur de thèse : Professeur Jean-Christophe POUTRAIN