

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1026

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE **03 JUIN 2014**

PAR **Sarah SPINA**

**Quels sont les freins à la prise en charge de la dégénérescence
maculaire liée à l'âge par les médecins généralistes installés
en Midi-Pyrénées ?**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins
généralistes de Midi-Pyrénées

« avec document audiovisuel ».

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Julie SUBRA

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Madame le Professeur Fati NOURHASHÉMI

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur : Monsieur le Docteur Vincent SOLER

Membre invité : Madame le Docteur Julie SUBRA

Membre invité : Monsieur le Docteur Raymond THOMAS

UNIVERSITÉ TOULOUSE III-Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1026

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE **03 JUIN 2014**

PAR **Sarah SPINA**

**Quels sont les freins à la prise en charge de la dégénérescence
maculaire liée à l'âge par les médecins généralistes installés
en Midi-Pyrénées ?**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins
généralistes de Midi-Pyrénées

« avec document audiovisuel ».

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Julie SUBRA

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Madame le Professeur Fati NOURHASHÉMI

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur : Monsieur le Docteur Vincent SOLER

Membre invité : Madame le Docteur Julie SUBRA

Membre invité : Monsieur le Docteur Raymond THOMAS

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT J	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSÉ JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTROYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

LES DÉDICACES AUX MEMBRES DU JURY

À notre président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Professeur des universités,

Médecin généraliste,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre thèse.

Merci pour vos encouragements quand vous nous croisiez au département universitaire de médecine générale lors de la mise en commun des relevés de thèmes.

Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale toulousains.

À notre jury,

Madame le Professeur Fati NOURHASHÉMI,

Professeur des universités,

Praticien hospitalier,

Gériatre,

Merci d'avoir accepté de siéger au jury de notre thèse.

J'ai eu l'occasion de vous rencontrer il y a déjà quelques années, lors du stage d'initiation aux soins, à l'entrée en deuxième année de médecine et me souviens du moment où vous nous avez gentiment accueillies. Je vous remercie pour ce premier stage qui m'a permis de conforter mon attirance pour la gériatrie.

À notre jury,

Monsieur le Professeur Marc VIDAL,
Professeur associé de médecine générale,
Médecin généraliste,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

Je n'ai pas eu la chance d'être en stage à vos côtés mais j'ai cependant eu le privilège d'assister à la 3ème journée tarnaise de médecine générale. Merci pour votre dévouement auprès des étudiants en médecine générale notamment dans le Tarn, mon département d'origine et, je l'espère, d'exercice.

À notre jury,

Monsieur le Docteur Vincent SOLER,

Maître de conférences des universités,

Praticien hospitalier,

Ophthalmologue,

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury et de l'intérêt porté à notre sujet de thèse.

Mais aussi merci de m'avoir accueillie en consultations ophtalmologiques et d'avoir répondu à mes multiples courriels pour m'éclairer sur la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Bonne continuation pour la suite de votre prometteuse carrière.

À ma directrice de thèse et membre du jury,

Madame le Docteur Julie SUBRA,

Médecin généraliste,

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci d'avoir su reformuler ma question de recherche, de t'être lancée avec moi dans la recherche qualitative, du temps que tu m'as accordé, de m'avoir rassurée à toutes les étapes d'élaboration de cette thèse et de m'avoir fait confiance.

À notre jury,

Monsieur le Docteur Raymond THOMAS,
Médecin généraliste,

Merci pour votre présence lors de cette soutenance.

Merci de m'avoir suggéré l'idée de travailler sur la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

J'ai beaucoup appris lors de mon stage chez le praticien niveau 1 à vos côtés, autant dans les connaissances que dans le relationnel médecin-patient. Votre pratique quotidienne est exemplaire à beaucoup d'égards. Merci de me l'avoir faite partager.

LES DÉDICACES PERSONNELLES

Merci à tous les médecins, praticiens hospitaliers ou libéraux et aux paramédicaux que j'ai pu croiser au cours de mes études de médecine.

Merci à toute l'équipe du centre de la rétine toulousain pour m'avoir accueillie en consultation et avoir répondu à mes questions par courriels notamment le Dr SOLER, susmentionné, le Dr QUINTYN pour son aide tout au long du travail, ses encouragements et réponses rapides à mes questions, le Dr PAGOT-MATHIS et le Dr DASSIE-AJDID.

Merci aux médecins, aux paramédicaux et secrétaires du service de médecine de l'hôpital de Saint-Affrique pour m'avoir accueillie dans le service et m'avoir accompagnée en douceur dans mes premiers pas d'interne.

Merci aux médecins et paramédicaux du service des urgences de Rodez pour m'avoir fait partager vos connaissances, et en particulier au Dr HAZIMEH pour votre confiance et votre aide lors de gardes chargées.

Merci encore une fois au Dr THOMAS, mentionné plus haut et au Dr MARTY pour votre accueil lors de mon stage chez le praticien niveau 1, pour le partage de vos connaissances et votre disponibilité pour répondre à mes questions... Et merci à vos dames pour leur cuisine succulente !

Merci au Dr VALETTE pour m'avoir fait découvrir l'exercice de la médecine générale en milieu rural. Merci à l'équipe de Protection Maternelle et Infantile du Tarn et en particulier au Dr PUJOS pour son accueil et nos discussions lors de nos covoiturages entre Albi et Lacaune ! Merci au Dr MARTY, gynéco-obstétricien de renom et au Dr MARTINEZ, pédiatre, de m'avoir acceptée en consultations et appris tant de choses. Merci à Madame JONKERS de m'avoir fait partager sa passion et ses connaissances du métier de sage-femme.

Merci au Professeur POUTRAIN pour m'avoir aidée à constituer mes dossiers de dérogation afin de pouvoir réaliser mes deux derniers stages libres en ambulatoire.

Merci au Dr ALQUIER de m'avoir permis de monter ce premier Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée en m'accueillant sur Arthès et de m'avoir fait confiance. Merci à votre dame pour sa cuisine et nos discussions durant le repas et à Nadine pour son aide.

Et enfin, merci à mes futurs collaborateurs, les Drs CATOIR, PUECH et JOLLET pour votre confiance, le partage de vos connaissances et votre disponibilité.

Un grand merci à mes parents sans qui ces études de médecine n'auraient pu être réalisables et notamment merci à toi maman pour ton dévouement et tes encouragements !

Merci à toi Nicolas, pour ton soutien inébranlable malgré la distance, pour ta patience et ton amour. J'espère pouvoir prochainement assister à la soutenance de ta thèse en droit.

Merci à mon oncle Jean pour son aide durant ces longues années d'études. Je n'aurais pas réussi sans ton aide. Merci à Alexandre, mon oncle ruthénois pour son aide et notamment d'être venu à mon secours à plusieurs reprises pour des problèmes informatiques ! Merci à sa compagne Marie de m'avoir fait découvrir l'Aveyron à ses côtés et pour sa relecture de la thèse. Merci à mon parrain et infirmier Georges et toute sa famille de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi ; j'espère Emma que nous aurons l'occasion de refaire de la randonnée équestre ensemble. Merci à toute ma famille, mes grands-parents, oncles, tantes et cousins dont Christophe pour nos séjours mémorables dans les parcs d'attractions français et espagnols !

Merci Chloé pour ton soutien, ton amitié et tes conseils. Plein de bonheur à vous trois dans votre nouvelle demeure.

Merci Déborah pour nos échanges professionnels notamment en stage d'externe mais aussi pour les visites à Albi qui m'ont fait très plaisir.

Merci Caroline pour nos discussions en stage d'externe et ton soutien notamment lors de mon passage au centre de la rétine !

Merci Arnaud et Claire pour votre investissement dans la vie associative des externes puis des internes et de m'avoir permis d'assister notamment à votre somptueux mariage.

Merci Lucie pour tes bons conseils, pour m'avoir écoutée et rassurée quand je doutais de moi.

Merci Marie-Hélène pour nos discussions notamment sur le fameux contrat d'engagement du service public mais pas seulement !

Merci Nouritza pour nos partages durant ces longues études et ravie d'avoir pu converser par téléphone récemment avec toi !

Merci Marion pour nos soirées préparation à l'examen classant national, ta motivation, et cet inoubliable séjour à l'île Maurice avec Elsa et Chloé...

Merci Marie et Mani Shyam pour m'avoir permis d'assister à votre mariage mauricien et un grand merci à ta famille Mani Shyam pour leur accueil. Sans toi, ce séjour n'aurait pas été possible.

Merci Annabelle pour ces soirées ruthénoises et impatiente de te revoir notamment pour ta soutenance de thèse.

Merci à Élodie pour nos après-midi roller le long du Gave et à ses parents pour leur accueil palois.

Merci à mes anciens co-externes et co-internes : Abel, Adeline, Anaëlle, Anne-Sophie, Cécile, Célia, Clélie, Ève, Frédéric, Grégory, Hélène, Jennifer, Joséphine, Lise, Nathalie, Nawel, Nicolas, Pauline, Valérie, Vanessa, Yooye et à tous ceux que j'oublie...

Merci à tous mes amis d'enfance ou amis plus récents avec qui j'ai pu garder le contact malgré la distance : Fanny, Clara, Alex, Jade, Sophie, Julie, Christel, Dorothee, Caroline, Aurore, Blandine...

Merci aux amis de Nicolas de m'avoir accueillie dans leur groupe : Quentin, Alexandre, Grégory...

Merci à vous tous. J'espère que nous nous reverrons malgré la distance et le travail !

À tous les êtres que j'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
I. INTRODUCTION.....	5
A. La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge.....	5
1- Définition et physiopathologie	
2- Épidémiologie et facteurs de risque	
3- Diagnostic et examens complémentaires	
4- Traitements médicaux	
5- La rééducation de la basse vision	
B. Le rôle du médecin généraliste.....	13
1- Prévention primaire	
2- Prévention secondaire	
3- Prévention tertiaire	
C. Justification de l'étude.....	14
D. Objectif principal et objectifs secondaires.....	15
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	16
A. Méthode en recherche qualitative.....	16
1- Choix de la méthode qualitative	
2- Constitution du guide d'entretien	
3- Échantillonnage	
4- Réalisation des entretiens semi-dirigés et recueil des données	
5- Retranscription et analyse des données	
B. Stratégie de la recherche bibliographique.....	18
III. RÉSULTATS.....	19
A. Description de la population étudiée.....	19
B. Freins à la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste.....	20
1- Arbre thématique	
2- Freins liés au médecin généraliste	
3- Freins liés à l'ophtalmologue	
4- Freins liés au patient	
5- Freins liés à l'organisation du système de santé	

C.	Représentations et pratiques dans la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste.....	28
1-	Arbre thématique	
2-	Représentations de la DMLA par le médecin généraliste	
3-	Représentations du rôle de chaque intervenant par le médecin généraliste	
4-	La DMLA en pratique de médecine générale	
D.	Besoins et perspectives d'amélioration dans la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste.....	37
1-	Arbre thématique	
2-	Les besoins perçus	
3-	Les perspectives d'amélioration de prise en charge proposées	
IV.	DISCUSSION.....	43
A.	Les principaux résultats de l'étude.....	43
B.	Le médecin généraliste et la prévention.....	44
1-	La prévention de la DMLA	
2-	La délégation de tâches	
3-	L'exemple de la rétinopathie diabétique	
C.	La coopération entre professionnels de santé.....	49
1-	La communication interprofessionnelle	
2-	La coordination des soins	
D.	La perte d'autonomie et le maintien à domicile.....	50
1-	Le dépistage des troubles sensoriels et la prévention de la dépendance	
2-	Gérontotechnologies et coût de la dépendance	
E.	La formation et la sensibilisation du médecin généraliste mais aussi du patient.....	53
1-	La formation et la sensibilisation du médecin généraliste	
2-	La formation et la sensibilisation du patient et du public	
F.	Les points forts et les limites de l'étude.....	55
G.	Perspectives.....	57
V.	CONCLUSION.....	58

RÉFÉRENCES.....59

ANNEXES.....65

ANNEXE N°1 : Grille d'Amsler remise aux médecins généralistes interrogés avec les consignes patients puis les consignes médecins

ANNEXE N°2 : Schéma des signes fonctionnels permettant d'établir le diagnostic de DMLA par la HAS

ANNEXE N°3 : Premier guide d'entretien qualitatif

ANNEXE N°4 : Guide d'entretien qualitatif corrigé

ANNEXE N°5 : Discours d'annonce de recrutement téléphonique des médecins généralistes sélectionnés

ANNEXE N°6 : Questionnaire quantitatif

ANNEXE N°7 : Retranscription Entretien N°11

ANNEXE N°8 : Sommaire du DVD annexé en troisième page de couverture

ANNEXE N°9 : Extrait de la matrice d'analyse thématique

ANNEXE N°10 : Courrier type d'orientation du patient diabétique à l'ophtalmologue

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AREDS	<i>Age-Related Eye Disease Study</i>
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'âge
ETDRS	<i>Early Treatment Diabetic Retinopathy Study</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MLA	Maculopathie Liée à l'Âge
OCT	<i>Optical Coherence Tomography</i> . Tomographie par Cohérence Optique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	<i>Odd Ratio</i>
VEGF	<i>Vascular Endothelial Growth Factor</i> . Facteur de Croissance Vasculaire Endothélial

I. INTRODUCTION

A. La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

1- Définition et Physiopathologie

La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) est une maladie dégénérative de la macula, zone centrale de la rétine, survenant chez les sujets de plus de 50 ans, favorisée par des facteurs de susceptibilité génétiques et environnementaux. Pour rappel, la macula est constituée d'un épithélium pigmentaire, couche unicellulaire sous-jacente à la couche des photorécepteurs, et surmontant la choriocapillaire. Une membrane basale (ou membrane de Bruch) sépare l'épithélium pigmentaire de la choriocapillaire. Les photorécepteurs que constituent les cônes et les bâtonnets sont essentiellement des cônes au niveau maculaire permettant la vision du détail et de la couleur. On distingue deux formes principales à cette pathologie (1) :

- La Maculopathie Liée à l'Âge (MLA), forme précoce de la maladie, correspondant à l'apparition de drusen (accumulation de dépôts lipidiques sous l'épithélium pigmentaire et dans la membrane de Bruch) et/ou d'altérations de l'épithélium pigmentaire.

- La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge, forme tardive dont on distingue deux formes cliniques :

- La DMLA atrophique (ou sèche) : avec atrophie de l'épithélium pigmentaire et/ou de la membrane de Bruch. Elle peut se compliquer d'une néovascularisation,
- La DMLA exsudative (ou humide) : avec prolifération de néovaisseaux choroïdiens qui se développent sous la membrane de Bruch et l'épithélium pigmentaire, mais aussi qui les traversent.

La physiopathologie de cette maladie résulte de l'association de multiples facteurs à la fois liés à l'âge, génétiques et liés à l'environnement dont les principaux seraient :

- Une accumulation de lipofuscine au niveau de l'épithélium pigmentaire,
- Un épaissement de la membrane de Bruch par accumulation de lipides et modification de sa composition protéique, pouvant modifier sa perméabilité,
- Une diminution de l'épaisseur de la choroïde entraînant une diminution du flux sanguin choroïdien,

- L'existence d'une inflammation chronique favorisant la mort cellulaire de l'épithélium pigmentaire et le développement de vaisseaux anormaux,
- Le stress oxydatif avec notamment réduction des antioxydants par le tabagisme (2).

2- Épidémiologie et facteurs de risque

La DMLA voit sa prévalence croître avec l'âge, passant ainsi de moins de 0,5 % pour les personnes âgées de moins de 60 ans à près de 15 % après l'âge de 80 ans (3). La forme exsudative serait deux fois plus fréquente que la forme atrophique et représenterait entre 35 et 65 % des stades tardifs (1,4). Les sujets de plus de 75 ans ont une incidence à 5 ans de 5,4 % de survenue de forme tardive (2,5). Le risque de bilatéralisation, c'est-à-dire d'atteinte du second œil est important dans cette pathologie (environ 10 % par an) (1).

Les facteurs de risque de cette pathologie peuvent être classés en facteurs non modifiables et facteurs modifiables. Les facteurs non modifiables constituent l'âge et la génétique. Plusieurs facteurs de susceptibilité génétique ont été identifiés ces dernières années (6). Nous mentionnerons essentiellement le gène du facteur H du complément qui joue un rôle dans le contrôle du processus inflammatoire. Les sujets porteurs d'un allèle de ce gène modifié auraient environ 2 fois plus de risque de développer une DMLA et 4 fois plus de risque s'ils ont les deux allèles modifiés (7). Les études sont contradictoires mais le sexe ne semble pas être un facteur de risque même si certaines études retrouvent une incidence chez la femme de plus de 75 ans plus importante que chez l'homme dans la même tranche d'âge (5). Enfin, les sujets blancs seraient plus à risque de développer une DMLA que les sujets noirs (8). Les facteurs de risque modifiables identifiés sont :

- Le tabagisme essentiellement (9). Les fumeurs ont un *Odds Ratio* (OR) de développer une DMLA exsudative de 2,6 et de 4,8 pour la DMLA atrophique (10). Dans l'étude de Thornton, les anciens fumeurs conservent un risque augmenté de DMLA, mais nettement moindre que chez les fumeurs actuels, se rapprochant ainsi du risque des non-fumeurs (11).
- Les facteurs de risque nutritionnels : une faible consommation d'oméga 3, de luthéine et zéaxanthine ainsi que d'antioxydants. En effet, dans une récente étude française, dans le groupe supplémenté en acide docosahexaénoïque et eicosapentaénoïque, les patients qui atteignaient les niveaux les plus élevés en oméga-3 avaient un risque significativement plus faible de développer une DMLA exsudative sur 3 ans (12). La supplémentation en antioxydants a été étudiée essentiellement dans l'étude *Age-Related Eye Disease Study*

(AREDS) rapport N° 8. L'étude a démontré que la supplémentation en hautes doses de Vitamine C, Vitamine E, bêta-carotène et zinc permet une diminution de la progression de la DMLA comparé au placebo (OR 0,72; IC 99 % 0,52-0,98, p=0,007) avec un effet protecteur chez les patients ayant déjà perdu la vision centrale d'un œil (13). Concernant les pigments maculaires que constituent la lutéine et la zéaxanthine, dans le rapport N° 22 AREDS, un régime riche en lutéine et zéaxanthine diminue le risque de développer une DMLA exsudative (OR 0,65; IC 95 % 0,45-0,93) et de DMLA atrophique (OR 0,45; IC 95 % 0,24-0,86) (14). Un article récent de l'AREDS 2 ne montre pas d'impact de l'élimination du bêta-carotène ou de la diminution des doses de zinc sur la progression de la DMLA (15). Il montre aussi que l'addition de lutéine et de zéaxanthine, d'acide docosahexaénoïde et d'acide eicosapentaénoïque, ou les deux ne réduit pas plus le risque de progression de la DMLA, pouvant constituer une substitution à la « formule AREDS » avec du bêta-carotène (augmentant le risque de cancer pulmonaire chez le fumeur) (15). Enfin, le rapport AREDS N° 35 confirme que 5 ans après la fin de l'essai clinique, il persiste un bénéfice de la supplémentation vitaminique mentionnée dans le rapport N°8 pour diminuer le risque de développer une DMLA exsudative chez les patients atteints d'une DMLA tardive sur un œil (16).

- Les facteurs vasculaires autres que le tabagisme : l'obésité. Dans l'étude « POLA » par exemple, les individus avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30 ont un risque 2 fois plus élevé de développer une DMLA par rapport aux individus avec un IMC inférieur à 25 (17). L'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et les antécédents cardiovasculaires représentent des facteurs de risque modérés plus controversés (17,18). Ainsi l'utilisation des statines pourrait être utile en prévention de la DMLA chez les sujets de 68 ans et plus (19). La prise d'aspirine pourrait constituer un facteur de risque de DMLA précoce mais les études sont contradictoires (20).

- La chirurgie de la cataracte. Ce dernier élément est débattu. D'après la Cochrane Library, dans certaines études, cette intervention semble accroître le risque d'aggravation d'une DMLA sous-jacente et donc avoir des effets délétères sur la vision, essentiellement le développement d'une DMLA néovasculaire dans un œil peu de temps après une opération de la cataracte (21). D'autres études « laissent penser que la chirurgie de la cataracte chez les personnes atteintes de DMLA peut améliorer la vision sans aggraver la DMLA » (21). La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise donc d'évaluer la part de la baisse d'acuité visuelle liée à chacune des deux pathologies pour évaluer le bénéfice d'une chirurgie de la

cataracte tout en différant la chirurgie de la cataracte si une lésion néovasculaire est toujours exsudative (1).

3- Diagnostic et examens complémentaires

La MLA est le plus souvent asymptomatique. Le retentissement fonctionnel de la DMLA atrophique est variable en fonction de l'implication ou non de la fovéola. Dans la DMLA exsudative, la baisse d'acuité visuelle est rapide avec un syndrome maculaire fonctionnel évocateur (1).

La DMLA doit être évoquée chez les sujets de plus de 50 ans devant les signes cliniques suivants :

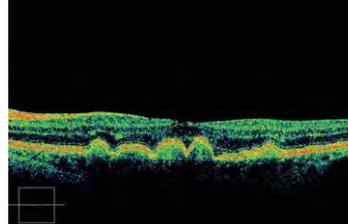
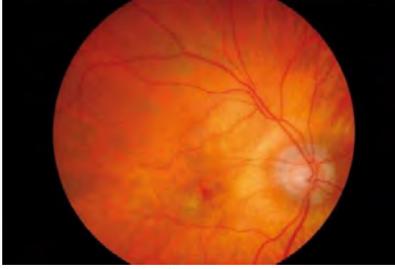
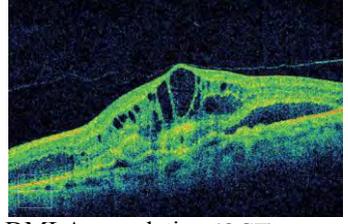
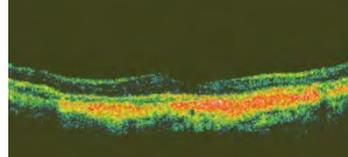
- Des métamorphopsies (perception de lignes déformées lorsque le patient regarde des lignes droites) associées ou non à une baisse d'acuité visuelle. Elles peuvent être évaluées avec la grille d'Amsler (**ANNEXE N°1**),
- Une baisse d'acuité visuelle centrale (La mesure de l'acuité visuelle de loin peut être réalisée avec une échelle de Monoyer ou Snellen. L'échelle *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study* (ETDRS) est plus précise pour les basses acuités visuelles et donc utilisée pour le suivi des patients atteints de DMLA. Pour l'acuité visuelle de près, l'échelle de Parinaud est recommandée),
- L'apparition de scotomes (tâches sombres perçues par le patient),
- Une diminution de la perception des contrastes,
- Une gêne en vision nocturne,
- Des difficultés à la lecture,
- Une sensation d'éblouissement,
- Des modifications de la vision des couleurs.

Devant l'existence de ces symptômes illustrés en **ANNEXE N°2**, le médecin généraliste doit adresser rapidement son patient à un ophtalmologue qui fera sous une semaine un examen ophtalmologique complet pour établir un diagnostic, et un traitement approprié (1,22). Les examens les plus utilisés sont illustrés dans le **tableau N°1** :

- L'examen biomicroscopique du segment antérieur et du fond d'œil, avec photographies couleurs : il est réalisé après dilatation pupillaire, en vision binoculaire. Il oriente le diagnostic vers une MLA ou une DMLA atrophique ou exsudative.

- L'angiographie à la fluorescéine : c'est l'examen de référence, indispensable pour confirmer une DMLA exsudative. Après injection intraveineuse de fluorescéine, elle permet de visualiser plus précisément l'existence de néovaisseaux et de lésions exsudatives. L'angiographie au vert d'indocyanine est essentiellement utilisée en cas d'allergie à la fluorescéine.
- La tomographie en cohérence optique ou *Optical Coherence Tomography* (OCT) : cet examen non invasif permet une visualisation fine de la morphologie rétinienne en étudiant la réflectivité des différentes structures histologiques rétiniennes. Ainsi, une atrophie rétinienne, des phénomènes exsudatifs ou un décollement de l'épithélium pigmentaire seront visualisés. Elle est indispensable avant d'envisager tout traitement (2,23,24).

Tableau N°1 : Illustration des principaux examens ophtalmologiques réalisés dans cette pathologie (2,23,24)

 <p>MLA (fond d'œil) : drusen séreux (dépôts blancs jaunâtres) et migration pigmentaire.</p>	 <p>MLA (angiographie à la fluorescéine temps intermédiaire) : drusen.</p>	 <p>MLA (OCT) : aspect bosselé zone des drusen sous rétiniens.</p>
 <p>DMLA exsudative (fond d'œil) : néovaisseaux maculaires (en gris-vert).</p>	 <p>DMLA exsudative (angiographie à la fluorescéine temps précoce) : hyperfluorescence des néovaisseaux choroïdiens.</p>	 <p>DMLA exsudative (OCT) : épaissement rétinien, œdème intrarétinien, décollement rétinien localisé.</p>
 <p>DMLA atrophique (fond d'œil) : zones plus pâles d'atrophie de l'épithélium pigmentaire et visibilité des gros vaisseaux choroïdiens.</p>	 <p>DMLA atrophique (angiographie à la fluorescéine temps tardif) : forme typique d'atrophie.</p>	 <p>DMLA atrophique (OCT) : hyperréflexivité de la ligne de l'épithélium pigmentaire.</p>

4- Traitements médicaux

La DMLA exsudative a d'abord été traitée par photocoagulation au laser des néovaisseaux extrafovéolaires et visibles, puis par photothérapie dynamique utilisant la vertéporphine (VISUDYNE) comme agent photosensibilisant. Cette dernière reste indiquée dans le traitement des « patients atteints de DMLA exsudative avec une néovascularisation choroïdienne rétrofovéolaire à prédominance visible », mais ce n'est plus le traitement de première intention (1). En effet, le traitement par injections intravitréennes d'anti-*Vascular Endothelial Growth Factor* (VEGF) a une place prépondérante actuellement pour lutter contre tous les types de néovaisseaux choroïdiens rétrofovéolaires. La principale molécule utilisée actuellement en France est le ranibizumab (LUCENTIS) qui a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 2007 (25). Cette molécule est un fragment d'anticorps monoclonal recombinant humain inhibant la croissance et la perméabilité des néovaisseaux sanguins maculaires (2,25). Il permet de limiter la baisse d'acuité visuelle voire de l'améliorer chez certains patients. En effet, dans l'étude « MARINA », le ranibizumab est efficace *versus* des injections simulées dans le traitement des néovaisseaux de la DMLA exsudative sur la stabilisation de l'acuité visuelle (perte de moins de 15 lettres ETDRS à 12 mois de 94,6 % à la dose de 0,5 mg, pour seulement 62,2 % chez les patients recevant l'injection simulée ($p < 0,001$)), et une amélioration d'acuité visuelle (gain de 15 lettres ou plus ETDRS de 33,8 % du groupe à 0,5 mg pour 5,0 % du groupe avec injection simulée ($p < 0,001$)) (26). Plus récemment (novembre 2013), l'aflibercept (EYLEA) a obtenu l'AMM et aurait une efficacité similaire au LUCENTIS (25). Le bévacizumab (AVASTIN) n'a actuellement pas l'AMM en France dans cette indication mais un récent projet de décret pourrait autoriser son utilisation dans le cadre de recommandations temporaires d'utilisation pour motif économique. Il aurait d'après l'étude « CATT » de 2011, une non-infériorité en termes de variation moyenne de l'acuité visuelle, à un an, par rapport au ranibizumab, administrés au même rythme (27). Une étude de 2013 conclue à une non-infériorité du bévacizumab par rapport au ranibizumab dans la variation d'acuité visuelle à un an (28). L'étude intermédiaire « IVAN » à un an ne le permet pas (29). Les injections intravitréennes de LUCENTIS se font en consultation externe selon un protocole classique d'induction de 3 séances à 1 mois d'intervalle (25). Puis, les patients sont suivis mensuellement (mesure de l'acuité visuelle par échelle ETDRS, fond d'œil et/ou rétinographie et OCT). Dans le cas où ils

présenteraient une récurrence exsudative, une nouvelle injection sera généralement proposée. Les effets secondaires fréquents sont notamment un inconfort oculaire dans les heures suivant le geste, des corps flottants dans le vitré, une hémorragie rétinienne, conjonctivale ou vitréenne, et plus rarement entre autres une endophtalmie.

La DMLA atrophique peut se compliquer et se transformer en forme humide. Une surveillance ophtalmologique régulière est donc nécessaire mais aussi une autosurveillance par la grille d'Amsler. La supplémentation vitaminique a une place essentielle comme décrit plus haut dans la partie facteurs de risque, permettant ainsi de limiter le risque de bilatéralisation de la maladie (diminution de 25 % de la progression de la DMLA). Il est d'autant plus important de rappeler aux patients les règles hygiéno-diététiques avec la consommation de 5 fruits et légumes variés par jour pour un apport en antioxydants, dont des légumes verts (brocolis, épinards, choux vert frisé...) et oranges/jaunes (courge, orange, pêches, poivrons...) riches en lutéine et zéaxanthine (2). Pour l'apport en oméga-3, les poissons gras, huiles de colza, noix, etc. sont conseillés. De nombreuses études sont en cours dans le traitement de cette pathologie. L'arrêt du tabac est bien sûr conseillé (1).

5- La rééducation de la basse vision

Dans les DMLA avancées atrophiques pures ou exsudatives non évolutives, la rééducation de la basse vision a une place essentielle (1). En effet, la DMLA tardive est une des principales causes de malvoyance et de cécité dans les pays industrialisés après 50 ans (1). Il est important chez un patient atteint de déficience visuelle (classée dans le **tableau N°2**) d'évaluer le retentissement fonctionnel de cette déficience, c'est-à-dire l'incapacité consécutive, par exemple des difficultés à la lecture ou à reconnaître des visages (30). Le handicap visuel se définit comme le préjudice résultant de la déficience visuelle et de l'incapacité, limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte-tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. Dans cette maladie, un handicap social peut exister avec un repli sur soi, un isolement social mais aussi un handicap psychologique (un syndrome dépressif doit être dépisté) ou encore technique (1,30). La rééducation de la basse vision aura donc pour but d'essayer de limiter les déficiences et les incapacités par des aides techniques optiques et non optiques ainsi qu'une adaptation de l'environnement (30). La réadaptation essaie d'agir sur le handicap

visuel du patient. Cette prise en charge repose sur une équipe pluridisciplinaire faisant intervenir : ophtalmologue, opticien, orthoptiste, médecin traitant, ergothérapeute, assistante sociale, psychiatre, psychologue, psychomotricien, association de malades (1). Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la rééducation basse-vision pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cette pathologie invalidante. Elle leur permet d'apprendre à exploiter au mieux leur vision périphérique et réduire le plus possible leur perte d'autonomie.

Tableau N°2 : Classification des atteintes de la vision suivant leur gravité (30)

Catégorie Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Conditions sur l'acuité visuelle	Type d'atteinte visuelle selon la classification internationale des maladies (CIM-10)	Type de déficience visuelle dans la classification internationale des handicaps (CIH)
Catégorie I	Acuité visuelle binoculaire corrigée < 3/10 et \geq 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20°	Basse vision ou malvoyance	Déficience moyenne
Catégorie II	Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/10 et \geq 1/20 En pratique, les sujets comptent les doigts de la main à trois mètres	Basse vision ou malvoyance	Déficience sévère
Catégorie III	Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/20 et \geq 1/50 ou champ visuel < 10° mais > 5° En pratique, le sujet compte les doigts à un mètre mais ne peut le faire à trois mètres	Cécité	Déficience profonde
Catégorie IV	Acuité visuelle binoculaire corrigée < 1/50 mais perception lumineuse préservée ou champ visuel < 5° En pratique, le sujet ne compte pas les doigts à un mètre	Cécité	Déficience presque totale
Catégorie V	Cécité absolue Pas de perception lumineuse	Cécité	Déficience totale

B. Le rôle du médecin généraliste

1- Prévention primaire

La prévention primaire selon l’OMS se définit comme l’ensemble des actes visant à diminuer l’incidence d’une maladie dans une population et donc à réduire le risque d’apparition de nouveaux cas. Les facteurs de risque modifiables de la DMLA sont de mieux en mieux connus, comme évoqué plus haut. Ainsi l’éducation et l’information des patients sont primordiales. Le médecin généraliste peut cibler les patients susceptibles de développer cette pathologie et les inciter ainsi au sevrage tabagique, à adopter une alimentation riche en vitamines anti-oxydantes, caroténoïdes et oméga 3, et donc notamment riche en fruits, légumes et poissons (1,22,31).

2- Prévention secondaire

La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d’une maladie dans une population donc à réduire sa durée d’évolution. Cette prévention inclut le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d’éviter la progression de la maladie.

Concernant le dépistage, une détection précoce des signes de DMLA exsudative par le médecin de premier recours est déjà évoquée dans un article de 2002, rappelée dans un article de 2004 et dans la recommandation HAS de 2012 (1,31,32). Le médecin généraliste peut ainsi éduquer les patients et doit les orienter vers une consultation ophtalmologique rapide en cas de signes cliniques évoquant une DMLA tardive (1,33,34). Il peut faire réaliser une grille d’Amsler, d’autant plus chez les patients à risque et/ou présentant des signes de MLA au fond d’œil, en autosurveillance (35). Il doit aussi inciter ses patients à une surveillance ophtalmologique régulière par fond d’œil après 50 ans, d’autant plus chez les patients à risque (35).

La supplémentation vitaminique tient sa place en prévention secondaire comme mentionné en amont pour limiter le risque de bilatéralisation (1,35).

Enfin le médecin généraliste, après avoir été informé du traitement reçu par son patient, sera plus vigilant sur les possibles effets secondaires post-injections intravitréennes

notamment ceux susmentionnés, mais aussi sur les possibles effets systémiques cardiovasculaires du LUCENTIS bien que non totalement démontrés.

3- Prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Le médecin généraliste doit informer le patient atteint de DMLA et/ou ayant reçu des injections intravitréennes, de la nécessité d'une autosurveillance régulière par grille d'Amsler pour détecter une bilatéralisation ou une récurrence exsudative de la maladie, permettant ainsi une prise en charge rapide (35,36).

Les retentissements physiques et psychosociaux de la DMLA sont importants comme en attestent de nombreuses études avec un risque de syndrome dépressif, d'isolement social, de chutes, de difficultés à effectuer des tâches mentales et ergonomiques (1,37,38,39). Ils induisent ainsi un coût pour la société, à la fois de par les traitements anti-VEGF, mais aussi de par le coût de la dépendance (40). Le médecin a donc une place importante dans la recherche et la prise en charge multidisciplinaire du handicap visuel.

C. Justification de l'étude

La DMLA constitue donc un problème majeur de santé publique. Cette pathologie dégénérative maculaire constitue une cause importante de malvoyance et de cécité chez les sujets âgés dans les pays industrialisés, bien que l'incidence de cécité liée à cette pathologie tend à diminuer depuis l'arrivée des injections intravitréennes d'anti-VEGF (41,42). La prévalence de cette pathologie chronique augmente avec l'âge pour atteindre environ 15 % de formes graves après 80 ans (1). Compte-tenu des données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) de 2005, en France, environ 608 413 cas de DMLA ont été estimés sur une population de 21 015 386 personnes âgées d'au moins 50 ans (1,43). Ce nombre pourrait s'élever à plus d'un million de cas, en raison de l'allongement de l'espérance de vie et compte-tenu de l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans (44).

Le médecin généraliste tient une place centrale dans la prise en charge des maladies chroniques de ses patients. Ainsi, il pourrait avoir un rôle important dans la prise en charge globale médicale, psychologique et sociale des patients atteints de DMLA, aussi bien en prévention primaire en incitant les patients à risque de DMLA à modifier leurs habitudes de vie, que par un dépistage précoce des formes exsudatives de la maladie pour limiter les conséquences visuelles de cette dernière. De plus, il semble exister sur une population âgée fragile ambulatoire un sous-diagnostic des troubles visuels, comme en témoigne l'étude de la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérontopôle toulousain, avec 76,4 % de troubles visuels sur la vision de loin et 10,4 % de grilles d'Amsler perturbées (45). Or le plan national « Bien vieillir 2007-2009 » propose dans l'un de ses neuf axes le dépistage des déficits visuels : « améliorer la précocité du dépistage des déficits visuels en créant des outils adaptés capables d'évaluer les répercussions au niveau fonctionnel et adaptés à la pratique de ville ». Lorsque l'handicap visuel est constitué, son retentissement sur la qualité de vie des patients doit être recherché avec notamment une possible dépression ou un isolement social.

Nous nous sommes rendu compte que le médecin généraliste occupait en pratique une faible place dans la prise en charge de cette pathologie chronique et invalidante. Pour essayer de comprendre les raisons de ce constat, nous avons souhaité interroger les médecins généralistes de Midi-Pyrénées sur leur prise en charge dans la pratique quotidienne de cette maladie afin d'en percevoir les principaux freins. Dans un second temps, ces constatations peuvent permettre d'appréhender des pistes d'amélioration de cette prise en charge.

D. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal de notre étude est d'identifier les freins du médecin généraliste concernant la prise en charge globale d'un patient atteint de DMLA ou à risque de l'être.

Les objectifs secondaires sont :

- D'étudier les représentations et les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la DMLA,
- De relever les besoins et les perspectives d'amélioration de prise en charge de cette pathologie, cités par les médecins généralistes.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Méthode en recherche qualitative

1- Choix de la méthode qualitative

Nous avons choisi une méthodologie qualitative exploratoire. En effet, la méthodologie qualitative permet « d'étudier les représentations et les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs et des consommateurs de soins » (46). L'enquête par entretiens individuels semi-dirigés à usage exploratoire a été choisie.

2- Constitution du guide d'entretien

Le premier guide d'entretien (ANNEXE N°3) a été élaboré en tenant compte des questions de recherche posées et en comparaison à d'autres études qualitatives étudiant les freins au dépistage par le médecin généraliste (47). Ce guide d'entretien a été testé lors de deux premiers entretiens, ce qui a permis de reformuler quelques questions du premier guide pour être plus adaptées. Le guide d'entretien qualitatif corrigé est présenté en ANNEXE N°4, « il structure l'interrogatoire mais ne dirige pas le discours » et « a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés » (48). Ainsi, les questions posées sont susceptibles d'être modifiées tout au long de l'étude.

3- Échantillonnage

Nous avons sélectionné des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées selon les critères suivants : le département d'installation, le mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe), la zone d'installation (rural/semi-rural/urbain) et le sexe. Le recrutement a été effectué par téléphone avec un discours d'annonce formaté (ANNEXE N°5). Nous avons ainsi essayé par ces critères d'obtenir une « représentativité théorique » et d'avoir par leurs diversités, un échantillon représentatif des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées (49). Nous avons décidé de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des

données et de les stopper si deux entretiens n'apportaient pas de nouvelles rubriques en rapport avec l'objectif principal (48).

4- Réalisation des entretiens semi-dirigés et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin généraliste interrogé. Chaque début d'entretien commençait par un bref rappel du sujet de la thèse et de son objectif principal. Le guide d'entretien était utilisé en étant bien connu de l'interviewer pour ne pas à devoir le consulter durant l'entretien. Les entretiens ont été réalisés de septembre 2013 à février 2014. Ils ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones numériques, après recueil de l'accord des participants. Des stratégies d'écoute et d'intervention ont été appliquées avec notamment des relances en prenant « comme support le discours de l'interviewé » (48). À la fin de l'entretien, un questionnaire quantitatif (ANNEXE N°6) était rempli par l'interviewé, pour s'assurer de la diversité des personnes interrogées. Il était ensuite remis à chaque interviewé une grille d'Amsler avec les consignes de réalisation médecins et patients (ANNEXE N°1), ainsi que deux guides de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) « quand la malvoyance s'installe » (50).

5- Retranscription et analyse des données

Les entretiens ont été littéralement retranscrits en respectant l'anonymat des participants pour être ensuite analysés (ANNEXE N°7/ANNEXE N°8). Les deux premiers Entretiens Tests ont été nommés ET1 et ET2 puis pour les suivants E3, E4, etc. Les « verbatims » des médecins ont été numérotés par ordre d'apparition en fonction de la question posée pour une meilleure lisibilité dans l'exploitation ultérieure des résultats.

L'analyse du discours choisie est une analyse thématique, de contenu. L'analyste va à partir des « verbatims » retranscrits séparer les diverses unités de signification les unes des autres. « Une unité de signification est une phrase ou un ensemble de phrases liés à une même idée, un même sujet, ou, si l'on veut, à un même thème » (51). Un relevé de thèmes est ainsi constitué par deux analystes en parallèle pour l'ensemble des entretiens pour permettre une triangulation des données (46). Nous avons construit une matrice d'analyse à l'aide des relevés de thèmes des deux premiers entretiens. Cette matrice permet un

regroupement des thèmes ainsi qu'une hiérarchisation de ces derniers sous forme de rubriques et sous-rubriques donnant un cadre « explicatif », mais également évolutif à l'analyse des entretiens suivants permettant ainsi de rajouter ou de diviser, si nécessaire, des thèmes au fur et à mesure de l'analyse (48). Nous avons décidé de présenter cette matrice dans un tableau Word dont un extrait figure en **ANNEXE N°9**, et l'intégralité de cette dernière est reproduite dans le DVD présenté en **ANNEXE N°8**. À partir de cette matrice, nous avons pu construire trois arbres thématiques comme représentés dans les résultats.

B. Stratégie de la recherche bibliographique

La bibliographie a été obtenue à partir des moteurs de recherche : Pubmed, Google, Doc'CISMeF, le centre Cochrane Français/Cochrane Library ainsi que sur le site Egora (Archives de la Revue du Praticien, de la Revue du Praticien de Médecine Générale et du Concours Médical), les archives de Prescrire, le catalogue du Système Universitaire de Documentation, le catalogue général de Paris Descartes, le site santé log, les sites de la HAS, de l'INPES et de l'INSEE.

Les descripteurs MeSH utilisés ont été :

- « age-related maculopathy », « age-related macular degeneration », « macular degeneration »
- « general practitioner », « general practice », « primary care », « family practice », « physicians, family ».

III. RÉSULTATS

A. Description de la population étudiée

La saturation des données a été obtenue au bout de douze entretiens et confirmée par deux entretiens supplémentaires. Nous avons donc interrogé quatorze médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées, deux par département à l'exception de l'Ariège et des Hautes-Pyrénées où un médecin généraliste par département a été sélectionné. Un des quatorze médecins généralistes sélectionnés a suivi une formation spécifique sur les troubles visuels en médecine générale. Un des médecins interrogés connaît le livret de l'INPES « quand la malvoyance s'installe ». Aucun des médecins interrogés ne connaît le centre de rééducation basse-vision le plus proche de son lieu d'exercice. La durée moyenne des entretiens est de 16 minutes 02 secondes (9m40s-31m09s). Les principales caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le **tableau N°3** ci-dessous.

Tableau N°3 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés (n=14)

Caractéristiques	n (%)
<i>Genre</i>	
Hommes	8 (57,1)
<i>Tranche d'âge</i>	
31-40	4 (28,6)
41-50	4 (28,6)
51-60	2 (14,2)
61-70	4 (28,6)
<i>Années d'installation en libéral</i>	
Moins de 5 ans	3 (21,4)
Entre 5 et 20 ans	4 (28,6)
Plus de 20 ans	7 (50)
<i>Milieu d'exercice</i>	
Urbain	4 (28,6)
Semi-rural	5 (35,7)
Rural	5 (35,7)
<i>Modalité d'exercice</i>	
Seul	7 (50)
<i>Maître de stage universitaire</i>	
Oui	5 (35,7)
<i>Information reçue sur la campagne de dépistage annuelle de la DMLA</i>	
Oui	6 (42,9)

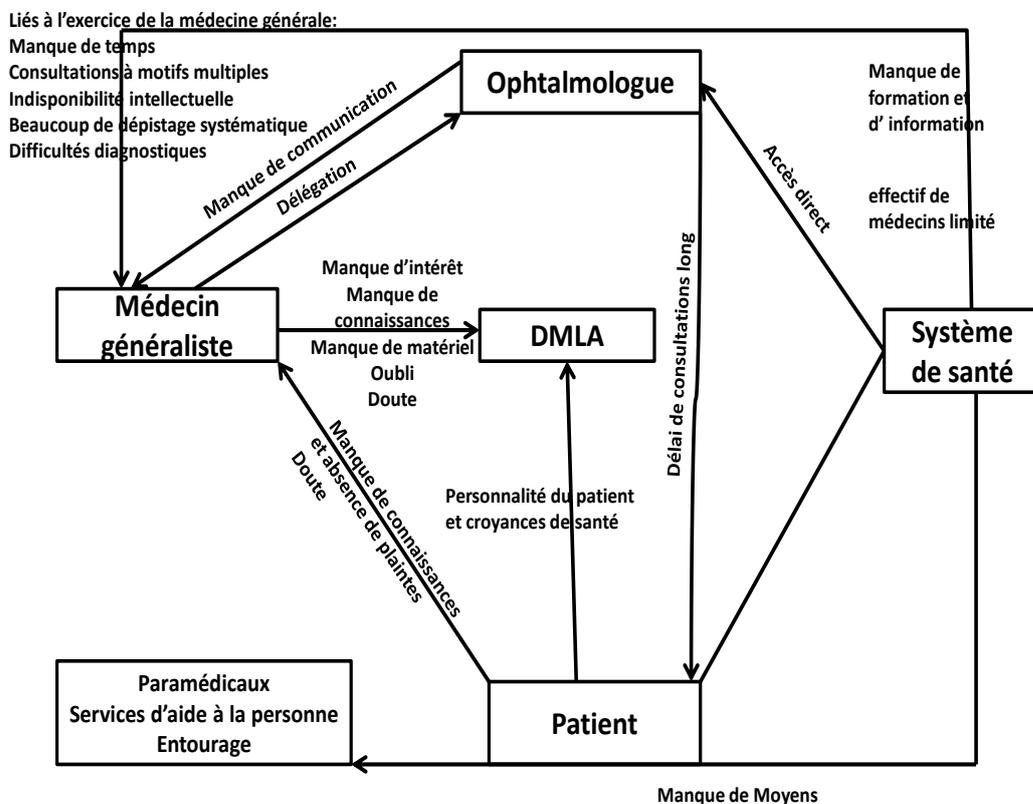
B. Freins à la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste

L'ensemble des « verbatims » analysés et classés permettant de justifier les résultats de l'étude ne pouvant pas être intégralement cités pour justifier les rubriques et thèmes retenus, ils sont présentés de manière exhaustive dans la matrice d'analyse thématique (DVD annexé en troisième page de couverture dont le sommaire est présenté en ANNEXE N°8).

1- Arbre thématique

L'ensemble des freins perçus par le médecin généraliste sont schématisés dans l'arbre thématique représenté en **figure N°1** ci-dessous.

Figure N°1 : Freins à la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste



2- Freins liés au médecin généraliste

Une grande partie des médecins interrogés se disent **désintéressés aux problèmes de vision des patients** : ET1/4- « *Je pense que je le dépiste pas, [...] parce que je m'intéresse pas assez aux problèmes de vision de mes patients [...]* », E7/15ter- « *Donc mon obstacle euh c'est que, mon peu d'intérêt* », ainsi que par la prévention en général : E13/19bis- « *Et peut-être parce que j'ai ce travers, je suis plus, [...] plus dans le soin* », E13/19ter- « *Mais ma génération était plus formatée dans le soin* ». Ils considèrent l'ophtalmologie comme une **spécialité à part** : E3/15- « *Non, moi je pense quand même que c'est une spécialité à part l'ophtalmo [...]* », E11/4bis- « *[...] alors après l'ophtalmo est quand même un domaine un tout petit peu à part [...]* ». Ainsi certains ne se sentent **pas concernés** par la problématique : E6/11- « *Ah ben la plus grosse difficulté je pense c'est de, de, de pas se sentir concerné, on a, le médecin généraliste globalement a beaucoup de mal à se sentir concerné par l'ophtalmologie [...]* ».

Un grand nombre de « verbatims » retenus soulèvent le **manque de connaissances** des médecins généralistes **sur cette maladie** : E9/1- « *En fait parce que c'est une maladie que je connais très mal [...]* », E13/1- « *Par méconnaissance, nous oublions de temps en temps d'être très strict sur tel pan de la pathologie [...]* », au point de douter de son existence : E7/11bis- « *Est-ce-que c'est une vraie pathologie point d'interrogation?* ». Les **facteurs de risques** sont mal définis : ET2/11- « *Non, puisqu'en prévention primaire, on connaît, je ne les connais pas les conseils* ». L'intérêt d'effectuer un **dépistage précoce** n'est parfois pas connu : ET2/31- « *Est-ce qu'il est prouvé que si l'on arrive plus tôt on a un meilleur pronostic ou pas ?* », ainsi que les **modalités et moyens de dépistage** par la grille d'Amsler : E9/6- « *Euh, je sais pas, à vrai dire, je ne connais pas bien si il y a des outils particuliers pour cette maladie-là donc euh* », E10/12- « *Ben parce que voilà, à part ce qu'on nous dit à la télé moi je ne sais pas comment on dépiste ça enfin voilà [...]* ». Les **modalités de suivi** ne sont pas claires : ET2/38ter- « *tous les jours le rythme, le rythme tous les 3 mois ?* ». Les **aides visuelles et financières** ne semblent pas perçues : E4/14bis- « *Etant donné qu'on tape en touche euh, je conçois, il faut le dire hein* », E5/14- « *Mais ça je connais pas, pour la lecture peut-être des choses quand la vision je crois, que c'est difficile, je sais pas si on peut améliorer les choses [...]* », E6/17- « *Ah ben là je pars à niveau zéro* ». Enfin, on dénote des difficultés à gérer certaines situations telles que la problématique de **l'aptitude à la conduite** : E10/23- « *J'en ai un là [...] qui devient*

critique, qui conduit encore et qui ne devrait plus [...] », E10/23bis- « *Lui on se posera la question »*, E10/23ter'- « *Comment l'inciter à ne plus prendre la voiture [...] »*, ou les **polyopathologies** intriquées : ET2/15bis- « *Cognitifs qui qui démarrent [...], enfin un petit peu de confusion un petit peu des périodes-là [...]* ».

Plusieurs médecins citent le **manque de matériel** limitant la prise en charge de cette pathologie par le médecin généraliste : E3/10bis- « *Je sais pas peut être le manque de matériel quand même parce que les ophtalmos ils font des fonds d'œil ou des angios régulièrement nous je sais pas qu'est-ce qu'on peut faire [...]* », E13/15- « *[...] c'est quand même une spécialité tout à fait à part l'ophtalmo qui demande [...] un plateau technique, ça fait déjà des compétences très particulières »*.

Une autre difficulté évoquée est le fait de **ne pas y penser** : E11/10- « *Et ben la difficulté surtout c'est d'y, c'est d'y penser »*. Même affiché sur un pan de mur le médecin généraliste **oublie** de le faire : E11/4ter'- « *Le seul truc c'est qu'il faut y penser et j'ai beau l'avoir mis là, on passe devant pour aller dans la pièce à côté, je reconnais que je demande pas toujours aux gens, t'ai fermé un œil regardez-moi ce point quoi »*, E5/2- « *[...] on oublie de le faire [...]* ».

Beaucoup de médecins disent **déléguer** la gestion de cette pathologie à toutes ses étapes **au spécialiste** : E6/11- « *[...] on délègue [...]* », E10/21bis- « *Souvent quand quelqu'un me dit, vient pour ce problème, j'lui dis allez voir l'ophtalmo [...]* ». Les médecins généralistes considèrent que les sujets âgés ont dans l'ensemble tous un **suivi ophtalmologique régulier** : ET1/4- « *Je pense que je le dépiste pas, [...] parce que je pense qu'ils vont régulièrement chez l'ophtalmologue [...]* », E10/13- « *[...] après bon ici on a beaucoup de personnes âgées donc qui ont déjà un suivi ophtalmo [...]* ».

À l'exception de trois médecins, tous expriment des **doutes** quant à la place ou à l'intérêt de développer la prise en charge de cette maladie par le médecin généraliste. D'abord, des doutes sont émis **sur les compétences ophtalmologiques du généraliste** : E10/21bis- « *[...] c'est vrai que nous, enfin voilà on, je me dis qu'il y a quand même mieux que le généraliste pour prendre ça en charge [...]* », E11/4ter- « *À partir du moment où il y a un problème de, d'appréciation de la vision bon c'est vrai que ça dépasse, ça dépasse nos compétences [...]* ». Il semble **difficile** pour l'un des médecins **d'étendre ses compétences en la matière** au risque de dégrader les consultations : E8/13ter- « *[...] bon après il faut quand même être réaliste, si on nous demande en plus de faire les ophtalmos, ça va être compliqué quoi »*. Des doutes sont ensuite émis sur **l'intérêt d'effectuer, une prévention primaire** de cette maladie : ET2/11bis - « *Les conseils primaires, est-ce-que*

ces conseils primaires ils ont prouvé leur efficacité [...] », **un dépistage de première ligne** : ET2/36- « je sais pas si, le, si le rendement serait intéressant, dans le dépistage », E8/13ter'- « C'est quelque chose qui est pas, voilà, qui est pas vital [...] » ou **un diagnostic par le médecin généraliste** : E10/13- « [...] est-ce qu'il faut vraiment le faire, est-ce que c'est vraiment à nous de le faire, je ne sais pas [...] ». Plusieurs médecins doutent de **l'efficacité des nouvelles thérapeutiques** : E8/13ter'- « [...] le traitement n'est pas encore au top », E11/12- Réflexion « ben [...] est-ce qu'on peut vraiment revenir en arrière, récupérer une partie de la vue je sais pas trop, je pense que à partir du moment où les dégâts sont faits, ils sont faits [...] ». Un médecin doute **sur la pratique du spécialiste** : ET1/15- « Parce qu'on faisait trop confiance aux, on va dire au suivi ophtalmo des gens et donc on s'en est écarté [...] », ET1/21- « [...] donc je pense bon, que l'ophtalmo il fait déjà son dépistage là, j'espère du moins, qu'il le fait [...] ». Enfin, un médecin se pose la question de **l'intérêt de prendre en charge cette pathologie liée à l'âge** : E7/12ter'- « Euh voilà je pense que parfois on est, on intervient un peu trop ».

Il nous apparaît intéressant de noter l'absence de frein relevée par certains des médecins interrogés. D'abord, le fait que la **rémunération** ou non de la prévention, et notamment du dépistage de la DMLA, ne soit pas le cœur du problème : E14/14- « [...] c'est pas forcément un problème d'argent, le problème ce qu'il y a c'est qu'on ramène tout aux problèmes d'argent ! C'est pas un problème d'argent ». De plus, le mode d'exercice **rural**, chez certains médecins, permet de former un réseau et donc de **connaître** plus facilement **l'ophtalmologue** : E14/12- « [...] non parce qu'en plus, enfin ici on est en campagne, ça à l'air tout bête mais comme on se connaît tous, moi je veux dire si j'ai un doute sur un DMLA euh », E14/12bis- « Euh j'appelle un ophtalmo euh la personne elle va être vue dans deux jours ».

3- Freins liés à l'ophtalmologue

Une majorité de médecins sélectionnés mentionne la problématique des **difficultés d'accès** à une consultation ophtalmologique : E8/14- « [...] bon après si, ici on a un gros problème avec les ophtalmos, on n'a pas de rendez-vous avant perpète », E8/14bis- « Euh, voilà c'est dans 6 mois, voire un an, voilà », rendant les consultations spécialisées **moins fréquentes** : ET1/4bis- « Et mais bon c'est vrai que les consultations ophtalmos sont de plus en plus difficiles, que les gens ne vont pas les voir souvent » et induisant ainsi un **frein**

au dépistage : E12/15bis- « [...] ben oui le délai d'obtention des rendez-vous chez l'ophtalmo hein, c'est ça en principe le frein au dépistage ». Seuls deux médecins considèrent que l'accès au spécialiste est facile : E3/16- « Pff, pour moi on a des ophtalmos qui prennent vite », E7/14bis- « Oui, très facile d'accès ».

Il est relevé une **communication limitée** de l'ophtalmologue avec le médecin généraliste : E5/12- « Alors on est au courant toujours en, souvent en dernier, [...] parce que c'est pas nous qui le dépistons donc c'est l'ophtalmo qui l'envoie et qui fait son truc et qui après, le patient venant à ta consultation te dit tai voilà j'ai été obligé de faire des injections [...] », E6/11- « [...] manque de lien avec le spécialiste je pense [...] », avec notamment une **absence de courriers** : E3/19- « [...] puis ils communiquent pas beaucoup les ophtalmos, les courriers zéro hein, [...] ils travaillent tous seuls les ophtalmos dans leur coin, [...] c'est pas des spécialités qui communiquent beaucoup, enfin moi je le ressens comme ça en tous les cas ». Cette communication limitée induit pour un médecin généraliste une **perte de vue des patients** qu'il dépiste : E4/12bis- « Mais après bon après, je renvoyais automatiquement chez les spés hein voilà euh », E4/12ter- « Mais on perdait de vue de ce côté-là le patient ».

4- Freins liés au patient

Certains médecins ne relèvent pas de freins liés aux patients : E9/8bis- « [...] après je vois pas qu'est-ce qui freinerait en soi, parce que ce sont des patients comme les autres [...] », E8/14- « Non pas franchement [...] », mais il est noté une **méconnaissance de la place du généraliste** dans cette prise en charge : ET1/16- « [...] peut-être parce qu'il va peut-être pas oser en parler parce qu'on, que nous ne sommes pas ophtalmologues [...] ». Ainsi les patients **consultent peu le médecin généraliste pour de l'ophtalmologie** : E14/9- « [...] ils viennent pas me voir pour ça d'ailleurs », ils **n'expriment pas leurs symptômes au médecin généraliste** : ET2/14- « [...] j'ai jamais eu de patients qui sont venus me voir en, en disant j'ai un trou, j'ai un halo [...] » et **accèdent directement au spécialiste**.

L'une des hypothèses émises par un médecin généraliste est que le patient peut **douter des compétences ophtalmologiques du médecin généraliste** : E9/9- « Alors peut-être que lui le patient a l'impression que si c'est le médecin généraliste qui le suit pour ça exclusivement euh ben le médecin généraliste c'est pas l'ophtalmo donc peut-être que le

patient [...] peut s'imaginer que le médecin généraliste, il est pas assez formé à l'ophtalmo ou des choses comme ça [...] ».

La personnalité du patient influe sur ses croyances de santé. Plusieurs freins liés à celles-ci sont notifiés :

- Une **Crainte à consulter** : E13/17bis- « [...] une crainte à consulter [...] »,
- De la **procrastination** : E13/17bis- « [...] de la procrastination en veux-tu, en voilà [...] »,

- Du **fatalisme** : E10/4bis- « [...] il y en a beaucoup qui sont fatalistes par rapport à ça donc ils se disent voilà c'est la vieillesse, c'est voilà, ici on est à la campagne donc il y a peut-être plus de fatalisme »,

- Du **pessimisme** : E8/5ter'- « Mmm, beh ils sont plutôt pessimistes sur l'évolution », E8/5ter''- « Et du coup ils se voient vite atteints de cécité en fait hein », E8/5ter'''- « Dès le début du diagnostic » avec une notion d' **incurabilité** : ET1/12- « [...] bon bien sûr ils disent toujours pareil, qu'on peut plus rien pour eux, qu'ils y voient plus et puis voilà et que ça avance pas [...] »,

- Les patients sont ainsi **plus ou moins sensibles aux actions de prévention** en fonction de leur **caractère** : E12/18- « Ah oui, oui oui ben tout dépend du style de patient hein », E12/18bis- « Si on a un patient avec une personnalité euhhh un peu obsessionnelle névrosée, ce sera plus facile de le dépister parce que quelqu'un de fuyant, qui fait l'autruche, euh voilà un diabétique qui a 8 grammes 4 d'HbA1c ... » Sourire des deux « et à qui je vais dire il va falloir, il va prendre rendez-vous 5 ans après, bon on le sait voilà »,

- **L'acceptation d'une tierce personne** est parfois **difficile** : ET2/40- « [...] donc il faut qu'elle prenne quelqu'un, une tierce personne même pour lui faire les papiers [...], les gens prennent des gens pour le ménage mais après pour les, pour la vue ils prennent pas, ils sont pas habitués [...] ».

5- Freins liés à l'organisation du système de santé

Une grande partie des médecins interrogés évoquent le **manque de temps** comme frein à cette prise en charge : E6/11- « [...] c'est vrai, la difficulté c'est le temps, la plus grosse difficulté pour toutes pathologies confondues c'est le temps », E10/19- « Ben le manque de temps ça c'est toujours un obstacle à beaucoup de choses ça c'est sûr [...] ». Il est ainsi rappelé que le **temps de consultation** est **limité** : E14/7ter- « [...] c'est

malheureux à dire mais dans notre pratique on peut pas faire, on peut pas prendre les gens pendant une heure et les regarder pendant une heure » et les **consultations** sont bien souvent à **motifs multiples** : E6/10- « [...] ça fait beaucoup sur des consultations où ils viennent déjà pour plusieurs raisons la plupart du temps [...] ». Une **indisponibilité intellectuelle** consécutive est ainsi mentionnée : E4/7- « [...] bon vous savez l'activité professionnelle étant là, étant ce qu'elle est, parfois on est plus énervé donc on est moins disponible bon voilà hein », E4/12- « [...] après la disponibilité c'est ça quoi, hein [...] ». Il est intéressant de noter qu'un médecin mentionne le fait que le manque de temps ne soit pas une excuse à la faible pratique du dépistage de la DMLA par le médecin généraliste car la grille d'Amsler est simple et rapide d'utilisation : E11/4ter- « [...] si ce n'est ça alors et beh avec un test qui est d'une simplicité désarmante quoi », E11/5bis- « C'est pas le temps qu'il faut pour le faire », E11/5ter- « Et on a tellement de choses chronophages dans notre métier que ça au moins ça ne l'ai pas ». Nombreux considèrent que le médecin généraliste a déjà **beaucoup de dépistage systématique** à réaliser : E11/5ter- « [...] il faudrait que ce soit plus systématique chez nous mais il est un fait qu'on a tellement de choses systématiques à faire que quelquefois euh [...] », E14/7bis- « C'est impossible de faire tous les dépistages, parce que vous vous demandez ça après il faut faire euh, on peut faire le dépistage de tout quoi [...] », que rajouter ce dépistage constituerait une **tâche supplémentaire pour le médecin généraliste** : ET2/35- « [...] mais ça fait une tâche de plus pour le généraliste [...] », qui a déjà **beaucoup de situations à gérer** : E9/14- « [...] voilà comme les médecins généralistes sont sollicités sur beaucoup de points [...] ». Cette tâche supplémentaire pourrait pour certains dégrader les consultations : E8/13ter- « [...] mais à chaque consultation, l'intégrer dans la consultation ça va être, [...] enfin c'est pas bien parce que je pense que ça va dégrader la consultation au final [...] ». Quelques médecins généralistes citent aussi la **difficulté diagnostique** sur un trouble visuel : E3/18ter'- « En plus, c'est pas évident quand c'est du tout-venant, bon il peut y avoir le glaucome, enfin y'a plein de choses [...] », E10/11bis- « [...] moi j'ai été gênée une fois au niveau du diagnostic ».

Deux jeunes médecins estiment qu'elles **manquent de formation médicale initiale** : E10/1bis- « [...] moi je trouve qu'on n'a, enfin moi j'ai fini mes études il y a pas si longtemps et on n'a pas été formé trop sur la DMLA [...] », E9/4bis- « Alors moi je pense que vraiment personnellement, je suis pas assez formée ». Il est aussi soulevé le **manque d'information** : E10/19- « [...] et puis la mésinformation parce que moi comme je vous dis, j'ai pas été trop formée à ça [...] ».

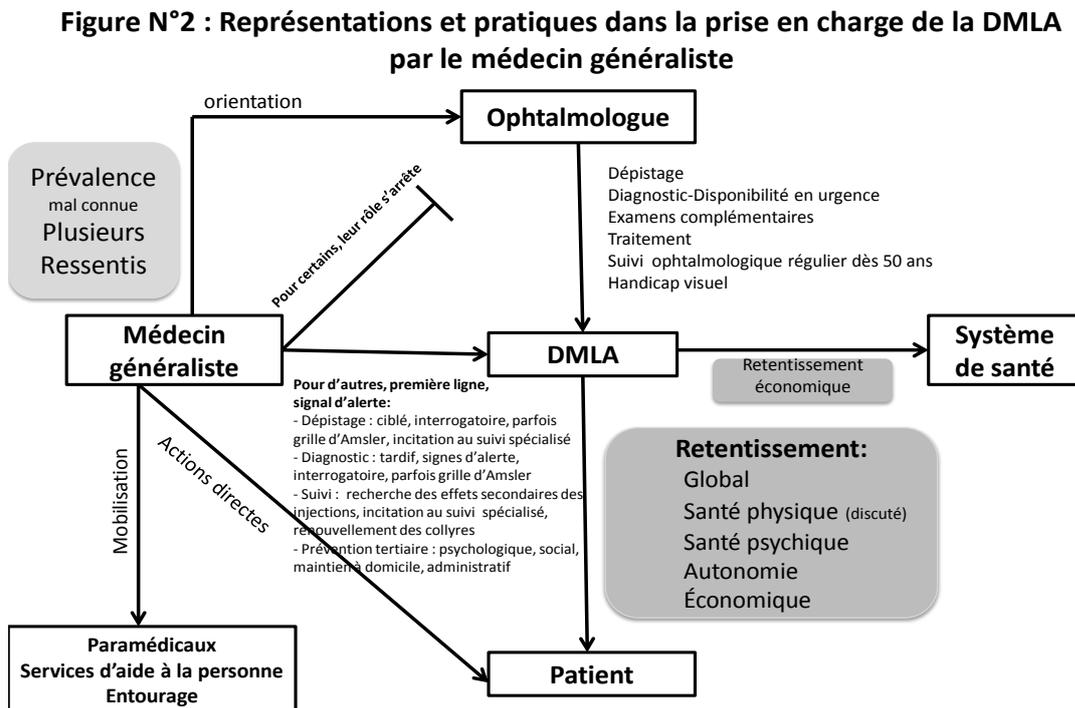
Le **manque d'effectif de médecins généralistes** est cité comme facteur limitant puisqu'il induit une limitation du temps de consultations : E14/13- « [...] *il faudrait qu'on fasse des dépistages mais qu'on fasse des dépistages sur tout le monde etc. mais c'est le genre de chose, [...] on peut pas faire. L'état actuel de la médecine avec le nombre d'effectif qu'on est, c'est impossible à faire [...].* ». Enfin, l'**accès direct à l'ophtalmologue** pour le patient entraîne un « shunt » du médecin généraliste et peut constituer un frein à la communication entre le médecin généraliste et le spécialiste : E6/11- « [...] *pour un autre spécialiste on fait un courrier, avec l'ophtalmo c'est un statut un peu à part vu qu'il est en accès direct, on est moins concerné, je pense que c'est ça la plus grosse difficulté [...]* ».

Le médecin généraliste soulève son **manque de moyens** pour aider le patient à être maintenu à domicile : E3/13- « *Non, à part le fait, le manque de moyens à domicile, le manque d'aides à domicile sinon après eux, voilà* ». Le **manque d'aides financières pour le patient** est aussi soulevé : ET2/40- « [...] *donc comme elle peut pas, après à 80 ans elle peut pas demander l'APA parce que, tant de revenus, enfin c'est compliqué, donc il faut qu'elle prenne quelqu'un, une tierce personne même pour lui faire les papiers [...]* », et notamment pour l'équipement en aides visuelles : E11/12ter- « *Donc je sais qu'il y a quand même des trucs qui coutent très très cher et qui sont pas pris en charge [...]* ».

C. Représentations et pratiques dans la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste

1- Arbre thématique

L'ensemble de ces représentations et pratiques sont schématisées dans l'arbre thématique en figure N°2.



2- Représentations de la DMLA par le médecin généraliste

La **prévalence** de la maladie en France n'est **pas connue de certains** : E4/1 et E7/2- « *Aucune idée* », E5/11ter- « *Je pense parce que peut être « la population », comment dire le pourcentage de patients porteurs de cette maladie peut-être n'est pas très important [...]* », mais est **perçue comme importante pour d'autres** : E8/3bis- « *Une grande étendue ah oui, oui, très fréquente oui, mmm* », E9/2bis- « *[...] après je pense que globalement dans la population il y a beaucoup de gens qui sont concernés* ». Une majorité de médecins interrogés estime avoir une **faible quantité de patients atteints dans leur patientèle** : ET2/2- « *J'en vois pas beaucoup [...]* », E6/4- « *Non j'en ai pas beaucoup, je*

dois en avoir 3 ». Elle constitue ainsi une **faible source d'activité** décrite : E3/1ter- « [...] c'est sûr la DMLA, c'est pas ma source d'activité principale ». Pour deux d'entre eux, la prévalence estimée dans leur patientèle est importante : E8/4- « Pas mal oui », E10/2- « Euh, ben maintenant qu'on en parle plus, je trouve, enfin moi j'ai beaucoup de patients qui sont traités pour la DMLA [...] ».

Le **ressenti** des médecins interrogés sur cette pathologie est très variable. Quelques médecins interrogés sont **sensibilisés** à cette pathologie par un proche atteint : E13/3bis- « Mes deux parents ont été touchés ». Ils se disent **intéressés** par la problématique : ET1/1bis- « Ah oui, oui, si, si, ça m'intéresse [...] », E10/1bis- « [...] c'est un sujet intéressant je trouve la DMLA voilà [...] » et émettent pour beaucoup le **souhait de progresser** : E9/7ter'- « Je pense que je peux faire des progrès », E10/7bis- « [...] parce que en effet le dépistage de la vue, je fais pas trop en général donc peut-être il faudrait m'y mettre en effet [...] ». Mais une des médecins interrogés se dit **démunie** pour la prise en charge de cette maladie : E9/7- « [...] mais du coup euh voilà, je suis un peu démunie j'avoue pour euh, pour faire des choses comme il faut quoi ».

Une majorité des médecins interrogés touche du doigt le **retentissement global** de la maladie sur la vie du patient avec de **multiples problèmes quotidiens à gérer** lorsque cette maladie est avancée : E9/3- « [...] je pense que le quotidien devient une vrai galère [...] ». Ils reconnaissent cette **maladie** comme **chronique**, évoluant par paliers : E5/9bis- « [...] étant donné que c'est une maladie progressive évolutive comme à chaque étape on voit si on perd un peu un escalier, on perd un peu une marche [...] », **handicapante** : E10/2bis- « Voilà mais je pense que c'est important parce que c'est un handicap vraiment voilà » et entraînant un **changement important de vie** pour le patient : ET1/2ter'- « [...] ça change leur vie quand même, ils y voient moins, voilà quoi, puis bon ça change vraiment leur vie oui ». Seul un médecin ne perçoit pas de retentissement global de cette maladie sur la vie du patient : E8/5bis- « Non, pas franchement non », E8/5ter- « [...] pas sur l'état général ».

Les médecins sont partagés dans leurs représentations du **retentissement sur la santé physique** de leurs patients :

- Certains ne relèvent **pas de retentissements** sur la santé physique : ET1/2- « physique pas vraiment », E6/3- « [...] j'ai pas constaté d'autres répercussions non »,
- D'autres ne citent que des **retentissements minimes** avec **peu de gênes** : E14/4- « Sur la santé physique pas grand-chose [...] ». L'**évolution** est dite **lente** : E6/17ter'- « [...]

*l'autre que je vois toujours qui évolue pas très très vite [...] », sans cécité : E3/2- « [...] j'ai personne qui est devenu pratiquement aveugle, enfin bon ils deviennent pas aveugles normalement [...] », avec une **adaptation du sujet âgé** : E7/22bis- « Euh oui et non parce que ce sont des personnes âgées donc ça fait des années qu'ils vivent avec ça [...] » et des **déplacements possibles** : ET2/42- « [...] parce qu'après, ils arrivent quand même à se déplacer, ils sont pas gênés au niveau déplacement [...] »,*

- Enfin certains relèvent une **réduction des activités du patient** : ET1/3- « [...] y a beaucoup de choses qu'ils peuvent plus faire comme avant, quoi [...] », liée à leur baisse de vision : ET1/3- « toute façon c'est une baisse de la vision [...] », avec une augmentation du **risque de chute** : E9/3- « [...] ils perçoivent mal leur environnement proche et du coup c'est des risques de chute, des, enfin une perception qui est complètement chamboulée [...] ».

À l'exception d'un médecin qui ne le relève pas : E4/3ter'- « Mais y a pas eu d'interférences supplémentaires avec son état de santé » et d'un autre médecin qui le cite **variable** : E10/4bis- « [...] et le moral ça dépend [...] », la plupart notent presque unanimement le **retentissement psychologique de cette pathologie** : E8/5ter- « Sur le psychisme oui [...] », E14/4- « [...] sur la santé morale, beaucoup de soucis ». Ils la caractérisent comme **stressante** : ET1/3- « [...] y a beaucoup de choses qu'ils peuvent plus faire comme avant, quoi, donc c'est quand même assez stressant », induisant une **inquiétude** : E8/15bis- « Ça les inquiète vite [...] », un **moral bas** : E6/3- « Oh, le plus je pense que c'est moral » voire un **syndrome dépressif** : ET1/2- « Euh, (temps de réflexion), psychique oui, parce qu'il y a un syndrome dépressif » avec **idées suicidaires** dans certains cas : E14/4bis- « J'ai même moi une patiente qui à une DMLA là qui m'a demandé [...] comment elle pourrait faire pour, pour se supprimer quand elle verrait plus rien quoi ». Ils perçoivent une **Crainte d'évolution vers la cécité** : E8/5ter'- « Mmm, beh ils sont plutôt pessimistes sur l'évolution » et de **chute** : E5/3bis- « Et puis bon [...] la peur de tomber, moi je dirais ça ». **L'acceptation du diagnostic est difficile** : ET2/3- « psychique oui, oui, oui bien sûr hein parce que l'acceptation du diagnostic est difficile [...] », d'autant plus si le patient était plutôt intellectuel : E14/4ter- « [...] Ouais parce que c'est une dame qui est très intellectuelle, elle a 82 ou 83 ans et puis là maintenant elle voit plus [...] ». Le patient peut ainsi s'ennuyer : E11/2bis- « [...] elle s'emmerde, c'est pénible [...] ». Les troubles sensoriels peuvent même être **source de troubles cognitifs** : E13/5bis- « Rho alors je l'ai pas vu mais je sais combien les déficits sensoriels peuvent être euh détériorants et, et sur le

plan cognitif, c'est-à-dire que nous pouvons avoir des pseudo-déments dus à un trouble sensoriel, ça je le sais ».

Une minorité de médecins interrogés relate une **faible perte d'autonomie** du patient atteint : ET2/3- « [...] pas tellement l'autonomie [...] », surtout **si un aidant** est présent : E10/15- « [...] si il y a un conjoint c'est toujours plus facile [...] ». La plupart citent un **retentissement important** sur l'autonomie avec des **difficultés à lire** : E13/4bis- « Euh, un temps je l'ai vu lire à la loupe, ce qui est pas terrible pour un grand lecteur [...] », E14/4ter- « [...] elle peut plus lire le journal, elle peut plus rien lire quoi [...] », **à regarder la télévision** : ET2/42- « [...] après pour la vision quand même fine, [...] regarder la télé [...], c'est un retentissement important [...] », **à gérer les comptes** : ET2/3- « [...] j'ai une patiente intello enfin qui peut plus faire ses comptes, qui peut plus gérer, se gérer [...] », **à cuisiner** : E11/2bis- « [...] elles ont du mal à faire leur cuisine [...] », **à tricoter** : E11/2bis- « [...] de ne pas pouvoir tricoter [...] », **à prendre les médicaments** : E11/9- « [...] le risque de, de méli-mélo dans les médicaments, de prendre trois fois le même et de pas prendre l'autre [...] ». Il y a également un risque d'**isolement social** : E12/4bis- « [...] et puis la vie sociale [...] ils peuvent plus discuter avec les copains ou les gens de leur âge des nouvelles du journal enfin bon voilà, je sais que ça a de grosses répercussions forcément » avec **sorties limitées** : E5/3ter'- « [...] après euh également il a moins envie de sortir parce qu'on peut pas faire des choses tout seul [...] », **difficultés à conduire** : E10/3- « [...] si elles y voient pas, elles peuvent plus conduire [...] » et ainsi **à faire leurs courses** : E11/2bis- « [...] elles peuvent plus aller faire leurs courses [...] ». Le risque de **dépendance** est soulevé : E10/3- « [...] c'est toute la dépendance de la personne âgée quand même, si elles y voient pas, [...] elles sont voilà, elles deviennent dépendantes [...] », E11/2bis- « [...] du coup ce sont évidemment des personnes âgées [...] dépendantes de beaucoup de personnes [...] », **d'autant plus si** le sujet âgé est **isolé** : ET1/3- « Je pense que, c'est, c'est difficile s'ils ont pas d'aidants aussi, s'ils sont seuls, hein », avec le risque d'**institutionnalisation** : E11/7- « Euh eh ben soit certains s'ils sont seuls peuvent être en maison de retraite en fonction d'autres pathologies [...] ».

Le retentissement économique à la fois **de la dépendance** : E10/3- « Euh socio-économique oui parce que c'est toute la dépendance de la personne âgée quand même, [...] » et du **coût des traitements** : E11/1bis- « [...] en plus de ça bon la prise en charge est, après le traitement, je sais coûte très cher [...] » est une préoccupation pour certains des médecins interrogés.

3- Représentations du rôle de chaque intervenant par le médecin généraliste

Pour les médecins généralistes interrogés, les patients ont un **suivi ophtalmologique régulier** : ET1/21- « [...] quand même ils vont voir l'ophtalmologue [...] quand même à partir de 50 ans, tu as tout le monde qui a des lunettes quoi, pratiquement pour la presbytie, déjà hein [...] ». L'**ophtalmologue** est **disponible en cas d'urgence** pour certains : E7/14ter- « Enfin honnêtement par rapport à, moi si j'ai besoin de, que quelqu'un soit vu, traumatisme oculaire, euh problème ophtalmo, honnêtement ils les voient hyper rapidement ». Ils s'accordent tous à dire que l'ophtalmologue gère cette pathologie que ce soit le **dépistage** et le **diagnostic** : E3/8- « [...] c'est l'ophtalmo qui fait le diagnostic ouais, c'est pas moi », les **examens complémentaires** et le **traitement** : ET1/17- « [...] parce qu'après euh presque, les examens complémentaires c'est pas notre ressort quoi, les interpréter c'est pas de notre ressort non plus, la prise en charge thérapeutique elle est pas de notre ressort [...] », le **suivi** : E14/8bis- « En général [...] quand ils ont des injections etc. ils sont suivis par les ophtalmos » ou la **gestion du handicap visuel** : ET1/9- « Parce que il y a aussi des endroits où il y avait, [...] je pense surtout à une patiente [...] qui a été prise en charge, ben bien sûr par les ophtalmos qui l'ont orientée vers un centre de rééducation spécifique qu'y avait à l'époque, qui est fermé actuellement ». Ainsi deux points de vue s'opposent :

- D'une part, des médecins généralistes qui considèrent que la prise en charge de cette pathologie est du **domaine du spécialiste** : E7/16- « Non sur cette maladie enfin voilà après il y a des choses, enfin, que je considère de mon domaine et d'autres qui ne sont pas de mon domaine », que l'**ophtalmologue** est en **première ligne** : E3/4- « [...] c'est lui qui est la première ligne [...] », l'**ophtalmologie** étant une **spécialité à part** : E13/15- « [...] c'est quand même une spécialité tout à fait à part l'ophtalmo [...] ». Ainsi ces médecins se sentent peu ou **non acteur** dans cette prise en charge : E10/6- « Euh, moi je me sens pas acteur de cette prise en charge »,

- D'autre part, ceux qui placent le **médecin généraliste en première ligne** : ET4/5ter'- « [...] mais euh le médecin généraliste doit être en première ligne oui », avec un rôle de **signal d'alerte** : E4/5bis- « Le médecin généraliste devrait être le signal d'alerte quoi hein ». Ils le placent dans le **dépistage** : E11/8- « Ben ce serait surtout le le le dépistage [...] », l'**orientation** : E12/5- « Ah beh euh [...] orientation vers l'ophtalmo » et la

prévention tertiaire : ET1/18- « [...] on a un rôle certain quand les patients sont atteints ».

Les **opticiens** sont cités comme une solution possible à la pénurie d'ophtalmologues en leur déléguant certaines tâches : ET1/21- « [...] des professions paramédicales qui touchent le métier, et les opticiens [...] ». Les **infirmières** ont une place importante : E11/9- « [...] l'infirmière qui vient faire la toilette ou préparer des médicaments [...] ». Les **ergothérapeutes** ont aussi leur place en tertiaire : ET1/7- « [...] y a des ergothérapeutes je pense que c'est leur boulot [...] ». Plusieurs services d'aide à la personne sont mobilisés tels que les **aides ménagères** : E5/15ter- « [...] les aides ménagères pour aider euh », les **aides à domicile** : E11/9- « [...] alors avec les aides à domicile », le **portage des repas** : E11/9- « [...] le portage des repas [...] », l'intervention d'une **tierce personne** : E5/9bis- « [...] pour qu'il y ait une tierce personne quand elle est toute seule pour faire les courses ou autre [...] ». Une **assistante sociale** peut aider le patient dans ces démarches : ET1/6- « [...] voilà donc je pense qu'après je pense que ça il faut voir avec une assistante sociale ». Le **besoin d'aidant au quotidien** est relevé par plusieurs médecins : ET1/5ter- « [...] c'est pas toujours facile, s'ils ont pas la famille à côté », E5/7- « [...] et c'est l'aidant principal qui aide ».

4- La DMLA en pratique de médecine générale

La **prévention primaire** n'est pas intégrée à la pratique : ET2/12- « c'est vrai que moi je l'ai pas du tout intégré ça en prévention primaire [...] ». Les **mesures hygiéno-diététiques** sont **peu connues** : E5/6- « Après pour les préventions, l'alimentation tout ça », E7/7- « Aucune idée ». Seuls deux médecins citent le **tabagisme** en facteur de risque : ET2/28- « [...] ou alors si, si on veut le faire en prévention primaire il faudrait le faire à tous les patients euh, les fumeurs [...] ». Trois médecins notent la **susceptibilité génétique** : ET2/29- « [...] antécédents familiaux quand même antécédents familiaux », E3/6bis- « C'est génétique hein je crois un peu ».

Le **dépistage** de la DMLA n'est pas réalisé dans la grande majorité des cas par le médecin généraliste : E8/6bis- « [...] tout ce qui est ophtalmo, on n'est pas assez dans le dépistage, ça c'est certain » et particulièrement le dépistage n'est pas en **systématique** : E13/8bis- « Après du dépistage systématique je n'en fais pas ». Quelques médecins évoquent l'**interrogatoire** comme moyen de dépistage : E6/5- « [...] je leur pose des

questions hein au niveau de l'interrogatoire [...] », E14/3- « Je le dépiste, je pose des questions ». La **grille d'Amsler** est utilisée **pour le dépistage** en systématique pour trois d'entre eux : E4/7- « [...] de temps en temps quand ça me prenait je faisais, voyez pendant un mois tac je faisais du dépistage systématique pour ainsi dire [...] » mais **plutôt ciblé** : E11/5- « [...] ou qu'elles ont un certain âge [...] ». Les médecins généralistes se placent plus dans l'**incitation au suivi spécialisé** : E3/12bis- « Dire bon vous êtes allé chez l'ophtalmo, voilà donc je pense qu'on incite plus à la consultation [...] ophtalmo [...] ».

Le **diagnostic** est fait **par le spécialiste** : E3/8- « [...] c'est l'ophtalmo qui fait le diagnostic ouais, c'est pas moi », E5/2- « [...] ou tout au moins on le diagnostique peu en médecine générale [...] » et est considéré comme **plutôt tardif** : E8/6ter''- « Quand les plaintes se font, enfin arrivent, c'est un peu tard déjà ». Le médecin généraliste peut **repérer les signes d'alertes** si le patient chute : E3/12ter- « [...] ou qu'ils tombent des fois ils font des chutes, j'ai pas vu ci, j'ai pas vu là, hop, il faudra aller chez l'ophtalmo [...] » ou si le patient est limité dans ses activités : E3/12- « [...] après c'est vrai que nous des fois les gens peuvent dire je peux plus faire ça, je peux plus faire ça, et donc là ça nous donne le déclic ». Par l'**interrogatoire**, le médecin généraliste fait décrire au patient les symptômes ressentis : ET1/4ter'- « [...] les interroger pour savoir qu'est-ce qu'ils ont comme symptômes exactement » avec une **orientation vers le spécialiste s'il existe un trouble visuel** : E12/6bis- « [...] et puis après nous quand, voilà quand une personne nous dit qu'elle y voit un peu moins bien ou quoi, on l'adresse chez l'ophtalmo [...] » et un **appel du spécialiste pour une consultation en urgence si le trouble visuel semble inquiétant** : E8/14ter'- « [...] si il y a vraiment une urgence, si ça se dégrade, moi j'appellerai ». La **grille d'Amsler** est parfois **évoquée** comme **outil d'orientation diagnostique** : E4/12- « [...] j'avais même le le le le disque-là [...] les gens le regardaient, j'y disais ah qu'est-ce-que vous en pensez ? Ça va, ça va docteur [...] c'était tout simple, tout bête [...] mais certains quand ils me le disaient bon on approfondissait un peu plus, c'était plus sérieux quoi » et **pratiquée** par quelques uns : E11/5- « [...] des personnes qui nous signalent qu'elles ont des difficultés à voir [...] je leur dis tiens, arrêtez-vous deux secondes ».

Les **examens complémentaires** et le **traitement** de la maladie sont unanimement **attribués aux ophtalmologues**. La place du médecin généraliste dans le **suivi** est plus controversée. La plupart pensent que l'**ophtalmologue effectue ce suivi** et qu'ils n'ont donc pas de place dans celui-ci : E14/8ter- « [...] à partir du moment où ils sont pris en charge par les ophtalmos, qu'ils ont les injections etc. heu je dirais pas que c'est plus

mon...mais c'est plus de mon ressort à moi de faire le suivi de la pathologie ». Un médecin mentionne l'intérêt de **connaître et de dépister les possibles effets secondaires des injections intravitréennes** : E5/8- « Alors ça m'arrive [...] surveillance bon quand même je suis plus vigilant parce que le produit que l'on fait enfin moi je pense au LUCENTIS ou l'autre hors AMM là le bevacizumab là, c'est des produits quand même qui peuvent avoir des effets secondaires au niveau cardiaque donc je pense qu'il faut les surveiller [...] ». Deux autres citent le **renouvellement des collyres** : E9/7- « Alors je pense que oui, puisqu'il y en a un qui m'avait demandé un renouvellement pour un produit [...] je vais le trouver « PRESERVISION » [...] ». Leur rôle dans l'**incitation au suivi spécialisé** est soulevé : E6/8bis- « [...] après je leur pose une question à chaque fois où ils en sont, voilà, est-ce qu'ils ont fait les contrôles, voilà je les incite » mais aussi dans la **recherche de signes d'aggravation de la maladie** : E8/9- « je regarde si il y a pas d'aggravations [...] je leur demande si il y a une aggravation parce que dans ces cas-là sinon bon je recontacte l'ophtalmo [...] ».

À l'exception de deux jeunes médecins n'ayant pas été confrontés à la situation et donc ne la maîtrisant pas : E10/10ter'- « Je ne sais pas les aider, j'ai pas [...] », voire pensant que celle-ci est faite en amont : E8/10ter''- « [...] puis alors peut-être que c'est fait en amont, avant que moi j'ai à m'en occuper mais euh [...] », le médecin généraliste considère avoir un **rôle central en prévention tertiaire** : ET1/18- « [...] après on a un rôle certain quand les patients sont atteints ». Ils se situent à plusieurs niveaux :

- **Psychologique** : rôle d'**accompagnement** : ET1/5bis- « Je pense que moi mon rôle [...] il est plutôt dans l'accompagnement [...] », d'**écoute** : ET1/12- « [...] de toute façon ils ont besoin de parler, donc d'évoquer leurs problèmes et toute façon ils nous en parlent et bon je pense qu'il faut d'abord les écouter [...] » mais aussi **motivationnel** : ET1/12- « [...] mais après je pense qu'il faut les inciter à essayer d'avoir une vie normale, trouver du plaisir à la vie sans bien y voir ».

- **Social** : en mobilisant les **assistantes sociales** : ET1/5bis- « [...] Essayer de les orienter vers une assistante sociale », conseillant des **associations** : ET1/9bis- « [...] ou avec des associations aussi » pour maintenir une **intégration sociale** : ET1/5bis- « Je pense que moi mon rôle [...] il est [...] de voir ce que l'on peut faire pour que ces personnes restent bien intégrées [...] ».

- **Administratif** : pour remplir le dossier d'**allocation personnalisée d'autonomie** : ET2/42- « [...] ce sont des aides qui rentrent dans le cadre de toutes les aides d'APA quoi, de dépendance », pour des **aides de la maison départementale des personnes**

handicapées : E7/22ter'- « [...] oui mon rôle c'est aussi de remplir les dossiers MDPH et lui permettre d'accéder à des allocations adultes handicapées », de demande de **100 %** : E6/8- « [...] je fais la demande de 100 % lorsqu'ils doivent faire les piqûres », **y compris pour les transports** : E3/7- « [...] bon l'ALD pour les transports ça par contre il y a pas de problème hein [...] » ou les **démarches de soins infirmiers** pour leur passage à domicile : E11/2- « [...] justement là je viens de faire une D.S.I. ». Deux médecins mentionnent aussi leur place dans la mise en place de **mesures de protection** chez certains patients isolés ou avec comorbidités : E4/9bis- « [...] donc on a été obligé de prendre cette décision-là et avec une mesure de protection judiciaire associée et tout ça quoi hein voilà ».

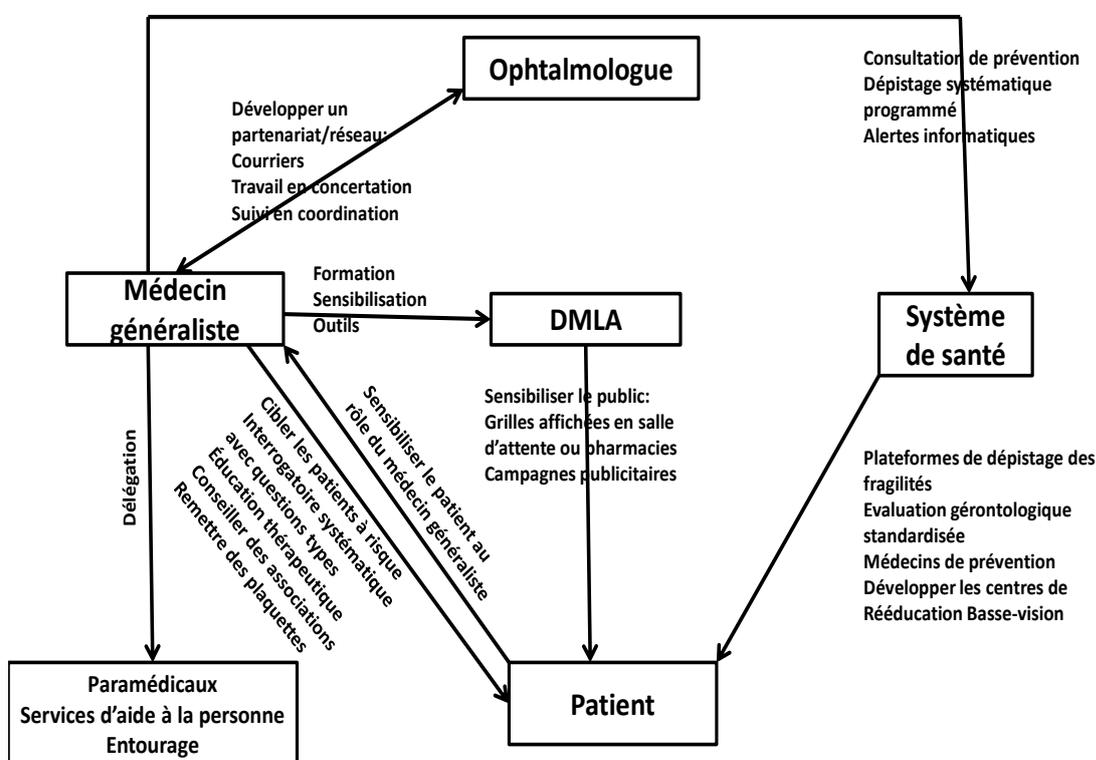
- **Environnemental** pour un **maintien à domicile** : ils mentionnent des **actions directes** telles que le **conseil** : ET1/12- « [...] ton rôle de médecin généraliste de voir ce qui, les gênes de ce patient [...] et ce qu'on peut lui conseiller [...] », notamment en matière d'aménagement du domicile : E9/4ter- « [...] voilà voir l'intérieur de la maison si on peut voilà aménager des choses faciles, des choses comme ça [...] », d'aide à l'adaptation du quotidien : E12/21bis- « On aide à l'adaptation de la vie, à ça pour autant que faire ce peut quoi hein [...] » mais surtout pour **limiter le risque de chute** : E7/10bis- « [...] les patients à risque de chute et ben forcément [...] enfin les conseils ». La **simplification des ordonnances** est aussi mentionnée : E11/7ter- « [...] il va falloir que je me débrouille pour simplifier, pour condenser, pour ne garder que le principal et puis éviter les multiprièses médicamenteuses » et ainsi essayer de trouver des astuces pour un maintien à domicile le plus longtemps possible : E14/16bis- « [...] après c'est des choix des personnes, elles veulent rester chez elles, elles restent chez elle, on essaie de trouver des solutions [...] ». La **mobilisation des paramédicaux** et des **services d'aides à la personne** est cruciale : E9/4ter- « [...] malheureusement les gens qui sont déjà atteints et évolués dans la maladie euh ben c'est plus améliorer par des biais différents que par le soin lui-même, c'est-à-dire ergothérapeute [...] », ET2/8- « [...] alors je lui ai demandé de prendre une tierce personne pour le gérer, pour gérer au moins ses papiers, il faut qu'ils apprennent à avoir une tierce personne, ça c'est pas évident ».

D. Besoins et perspectives d'amélioration dans la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste

1- Arbre thématique

L'ensemble des besoins perçus et des perspectives d'amélioration proposées par les médecins généralistes sont schématisés dans le troisième arbre thématique représenté en figure N°3.

Figure N°3 : Besoins et perspectives d'amélioration dans la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste



2- Les besoins perçus

L'ensemble des médecins interrogés sont demandeurs d'une **formation médicale continue** sur le sujet : ET1/25- « Je pense que on a tous besoin euh, le médecin généraliste a besoin d'une formation d'ophtalmo, dans la FMC [...] », E6/13bis- « Formation », plutôt **pratique** : E9/14bis- « [...] ce qu'il manque le plus, c'est-à-dire euh quelqu'un qui nous mette le doigt sur vraiment les, alors les modalités pratiques, [...] ce que ça implique

dans la vie de tous les jours du patient et donc du coup qu'est-ce qu'il faut bien penser à dépister [...] » mais aussi par la pratique : E4/11- « *[...] plus on a de patients plus on apprend hein et euh donc euh nous aussi on sera plus vigilants quoi [...] »* !

La **sensibilisation** passerait par l'**information** : E10/22- « *Information tout simplement parce que ça je sais pas qu'est-ce qui peut être mis en place du tout »* avec un **rappel aux généralistes** : ET2/35- « *[...] ou est-ce qu'il faudrait pas le rappeler aux généralistes [...] »* pour qu'ils y pensent : E4/13- « *Beh peut-être nous aider à faire ce dépistage systématique aussi hein euh pour qu'on y pense un peu plus aussi »*. Les **campagnes publicitaires** sont aussi un bon outil de communication cité : E4/11- « *[...] bon c'est sûr qu'on a fait de la publicité à la télé et compagnie et on était tous éveillés hein, les patients aussi [...] donc euh nous aussi on sera plus vigilant quoi [...] »*.

Concernant les **outils**, en **prévention secondaire**, les médecins sont en demande de **grilles et échelles d'acuité visuelle** : E8/16bis- « *Oui, ou peut-être du matériel, des outils de dépistage, des lignes, des schémas, j'en sais rien, voilà des choses plus faciles, voilà, qui soient systématiques voilà à sortir »*. Une **carte** pour nous y faire penser est citée : E8/16ter- « *donc ou une voilà une carte, voilà ça ce serait pas mal peut-être pour nous, pour y penser »*. En **prévention tertiaire**, peu d'outils sont demandés pour aider le médecin généraliste, éventuellement des **plaquettes d'information** à remettre aux patients : E3/14- « *Des plaquettes, des... »*.

3- Les perspectives d'amélioration de prise en charge proposées

Plusieurs pistes de **réorganisation de la prise en charge** de la DMLA par le **médecin généraliste** sont proposées. Quelques médecins généralistes proposent tout d'abord de **cibler les patients à risque** pour adapter le dépistage de cette pathologie : ET2/30- « *la génétique quand même, je crois que ça c'est intéressant le dépistage de la famille [...] »* et améliorer la **tenue du dossier médical** : E6/18ter'- « *[...] donc c'est là que maintenant je fais plus attention [...] au dossier quand même »*. Ils insistent sur l'**interrogatoire** qui devrait être plus **systématique** : E6/6- « *L'idéal serait systématique, je peux pas dire que je sois systématique mais beaucoup plus qu'avant »*, avec des **questions types** : E4/11bis- « *Comment va votre vue, tout simplement quoi, des trucs et après ça s'enchaîne vite quoi hein »*, E9/7ter'- « *[...] poser systématiquement une ou deux*

questions et voilà, à mon avis c'est ultrasimple à mettre en place donc euh ». Il est rappelé la nécessité d'**expliquer** la démarche **aux gens** pour une meilleure adhésion : E14/10- « [...] *il faut expliquer les choses aux gens, à partir du moment où on leur explique les choses, on arrive à faire tout ce qu'on veut* ». Dans le but de limiter les incapacités et le handicap visuel des patients sont proposés de :

- **Distribuer des plaquettes d'information** aux patients : ET1/29- « *Mais je pense qu'il y a des, des petites tablettes déjà sur la DMLA qui existent, d'information tout ça* », ET1/29bis- « *Donc on peut, peut-être aller les voir nous même et puis les utiliser et proposer au patient aussi* »,
- Développer l'adaptation du patient à son handicap avec notamment l'aide des **centres de rééducation basse-vision** : E9/4ter- « [...] *et les former aussi à eux, enfin à modifier leurs habitudes de vie pour arriver à avoir, voilà [...]* », E14/17- « [...] *après trouver des structures pour accueillir ces gens-là c'est pas forcément évident* »,
- **Conseiller des associations** : ET1/10- « *Donc je pense qu'il y a aussi des associations qu'on peut conseiller, ça c'est facile, il suffit d'aller sur internet [...]* »,
- Faire intervenir les **assistantes sociales** : ET1/28- « *Ah ben la gestion du handicap il faudrait [...] des gens pour conseiller, je pense que les assistantes sociales sont là pour ça, et pour conseiller ces patients, ce qu'ils peuvent bénéficier et puis voilà hein* ».

Une **consultation de prévention** pourrait être une alternative à un dépistage intégré en fin de consultation : ET1/19bis- « [...] *il faudrait peut-être que, aussi qu'il y ait peut-être aussi des consultations de prévention, de dépistage [...]* », E14/14bis- « *Ce qui nous manque nous [...] c'est des plages où on pourrait faire de la prévention, c'est des...à la rigueur c'est des consultations qu'on pourrait faire plus longues [...]* ». Une grande partie des médecins proposent d'intégrer à leur pratique un **dépistage systématique programmé**, en même temps que le dépistage annuel du cancer colorectal par exemple : E5/2- « [...] *et je crois que ce serait important même de le prendre à partir de 50 ans de faire un petit bilan tous les ans ou tous les 5 ans ou tous les deux ans en même temps que l'ADECA, mettons le dépistage du cancer du côlon, on pourrait faire en même temps juste en 30 secondes quelque chose qui est simple [...]* ». Pour s'en rappeler, beaucoup proposent de mettre en place des **alertes informatiques** : E9/7ter'- « *Donc je pense que ça me poserait pas de souci de mettre en place un, style avoir le réflexe comme avec l'informatique c'est simple [...] à mon avis c'est ultrasimple à mettre en place donc euh* ».

Le rythme de ce dépistage de première ligne reste à établir : E8/13ter- « [...] si une fois de manière, je sais pas semestrielle ou une fois par an pourquoi pas [...] ».

Il est rappelé aussi la place importante en pleine expansion des **plateformes de dépistage des fragilités** : E9/15bis- « [...] donc ça se rapproche des projets qu'on a aussi de, de créer une plateforme de dépistage de la personne âgée fragile » et l'intérêt d'intégrer le dépistage de la DMLA à l'**évaluation gériatrique standardisée** : E5/13ter- « [...] mais dans le cadre de, des fois dans l'évaluation gériatrique standardisée donc je le mets là et [...] il faut aussi regarder le retentissement social avec les yeux ». La création de **médecins de prévention** différents du médecin généraliste est aussi évoquée : E14/14ter'- « [...] il va falloir qu'il y ait des médecins de prévention parce qu'à la rigueur le médecin de prévention n'a même pas besoin d'être le médecin généraliste, le médecin de famille comme ils appellent ici [...] au contraire si il le voit sans le connaître c'est mieux ».

La possibilité de **déléguer** la tâche de dépistage de la DMLA aux **opticiens** est proposée : ET1/21- « [...] des professions paramédicales qui touchent le métier, et les opticiens [...] je pense que eux ils sont mieux placés que nous pour faire ce dépistage parce qu'ils voient les gens pour les lunettes tout ça, enfin voilà puis ils commencent à faire des contrôles de vision, etc. » ainsi qu'à des médecins de prévention.

Il semble intéressant pour le médecin généraliste de **développer la communication avec le spécialiste** avec des **courriers** par exemple **en deux parties** : E6/14- « Après améliorer la, le relationnel avec l'ophtalmo mais ça moi je le fais maintenant je me suis fait un courrier donc même s'ils vont chez l'ophtalmo, j'envoie un petit courrier », E6/14bis- « Ben j'ai fait une lettre euh, une lettre double avec en haut et en bas donc ». Par le développement d'un **bon réseau** : E8/14ter''''- « Un bon réseau [...] », avec un éventuel **travail en concertation** : E9/9- « [...] après on peut travailler en concertation comme on le fait pour tout un tas de maladies avec les spécialistes quoi » et un **suivi en coordination** : E9/10- « [...] il faudrait poser la question vraiment aux ophtalmos [...] je pense que un bilan ophtalmo régulier avec un suivi chez le généraliste entre temps c'est tout à fait quelque chose de possible, on le fait pour le diabète, on le fait pour les problèmes cardiaques donc bon voilà », la prise en charge pluridisciplinaire de cette maladie pourrait en être développée.

Enfin, une **sensibilisation du public** à cette pathologie est soulignée. Il est proposé pour cela par les médecins généralistes d'**afficher la grille d'Amsler dans les salles d'attente et les pharmacies** : ET2/53- « *Ou alors peut-être ils mettront ça dans les pharmacies [...] qu'il y ait des affiches aussi [...]* ». Les **campagnes publicitaires** constituent un outil de communication puissant qu'il conviendrait de développer dans cette pathologie pour sensibiliser le patient au dépistage de la DMLA, notamment par le médecin généraliste : E11/11- « *Ben il y a des campagnes à la télé, [...] il y a eu des spots sur la DMLA donc pensez-y, c'est vrai que ça ça peut nous aider, [...] pour que à la consultation suivante le patient nous dise, ah dites-donc là on m'a parlé de cette DéééLAM enfin bon peu importe ils vont vous dire ça avec un mot tordu mais on peut comprendre de quoi il s'agit, c'est vrai que je vois trouble, je vois plus la couleur des yeux de ma petite fille, donc je pense que ça ça peut nous aider [...] et c'est vrai que ça permettra que les gens y soient sensibilisés [...]* ».

Ces perspectives d'amélioration sont appuyées par plusieurs intérêts à développer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de cette pathologie. D'abord **de par la démographie médicale** ; en effet compte-tenu de la **carence actuelle en ophtalmologues** et des longs délais d'obtention de rendez-vous rendant leur fréquence moindre, les médecins généralistes perçoivent l'intérêt de développer le dépistage de cette pathologie en soins primaires : ET1/15- « *[...] maintenant je pense que comme les ophtalmos sont de plus en plus difficiles à consulter, euh, notre rôle c'est d'essayer de faire de plus en plus de dépistage en ophtalmo et notamment dans cette pathologie* ». De plus, certains mentionnent que les ophtalmologues manquent de temps pour expliquer aux patients la prise en charge de cette maladie : E6/12- « *[...] ils demandent que ça parce que l'ophtalmo lui fait son truc souvent, ça va, ils ont l'impression que ça a été un peu vite [...]* ». Ensuite, **de par la maladie**, même si plusieurs médecins citent le manque de temps à intégrer le dépistage de la DMLA à leurs consultations, certains soulignent que l'outil de dépistage par la **grille d'Amsler** est un **outil simple, standardisé, qui prend peu de temps** donc à la portée du médecin généraliste : E5/2- « *[...] le test tout simple là [...] on pourrait faire en même temps juste en 30 secondes quelque chose qui est simple, qui demande un outil qui est standardisé qui est facile à comprendre pour les patients et qui prend peu de temps voilà, qui peut peut-être aider les gens* ». De plus, par la **fréquence** de cette maladie connue de certains, il semble important de **la dépister au plus tôt** : E14/2- « *Assez importante, faut la dépister* », **pour une meilleure efficacité des nouvelles**

thérapeutiques : ET2/21- « *Pour essayer d'arriver assez tôt pour faire les injections* » et dans l'optique de l'arrivée future de nouvelles molécules. Enfin, **de par les patients**, qui sollicitent de plus en plus les médecins généralistes pour de l'ophtalmologie : ET1/26- « *Voilà, parce que vraiment on est sollicité de plus en plus pour des problèmes ophtalmos, on l'était moins il y a une dizaine d'années, c'est vrai qu'il y avait beaucoup d'ophtalmologues, ils géraient* ». Ils semblent **satisfaits de l'intervention du médecin généraliste** dans cette prise en charge : E6/12- « *[...] reparler de ça avec eux, je pense qu'ils sont contents [...]* » et même **demandeurs de conseils** : E6/12bis- « *Non je pense que eux ils demandent que ça* ». Le médecin généraliste apparaît ainsi en position privilégiée de par la **relation de confiance** existante entre son patient et lui : E14/10- « *[...] C'est des relations de... c'est des relations de confiance, c'est des relations de... d'explications, il faut expliquer [...]* ». Par une vision globale de sa patientèle, il est à même de cibler les patients sans suivi spécialisé pour leur conseiller d'en voir un : E3/4- « *[...] si les gens vont pas chez l'ophtalmo, c'est vrai que il faudrait que nous on rattrape* ».

V. DISCUSSION

A. Les principaux résultats de l'étude

À travers ce travail, nous avons voulu explorer les freins à la prise en charge de la DMLA par les médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées, en réalisant une analyse thématique de quatorze entretiens semi-dirigés. Ce travail montre que les principaux freins à cette prise en charge sont liés au médecin généraliste lui-même, qui ne se sent pas concerné par l'ophtalmologie, considérée comme une spécialité à part. Il manque de connaissances sur cette maladie aussi bien sur sa prévalence, ses facteurs de risque, que sur les modalités de son dépistage. L'exercice de la médecine générale fait que le médecin généraliste manque de temps. Malgré les doutes émis, il a conscience qu'il devrait être en première ligne, en particulier dans le dépistage et la prévention tertiaire de cette maladie, qu'il oublie de dépister. Le manque de formation particulièrement initiale et d'information sont soulignés.

Le médecin généraliste délègue la prise en charge de la DMLA à l'ophtalmologue, considérant que cette dernière n'est pas de son domaine et qu'il n'a pas l'équipement pour. La problématique du long délai d'obtention de rendez-vous chez l'ophtalmologue entraînant potentiellement un suivi ophtalmologique restreint est citée. Le médecin généraliste ressent un manque de communication avec l'ophtalmologue dont il reçoit peu de courriers, possiblement de par l'accès direct au spécialiste.

Le patient semble peu s'adresser au médecin généraliste pour l'ophtalmologie. L'une des hypothèses émises est la méconnaissance du rôle du généraliste dans cette pathologie. Une autre possibilité est le manque de confiance du patient dans ses compétences en ophtalmologie. La personnalité du patient, plus ou moins sensible aux actions de prévention et attribuant son trouble visuel à la vieillesse, est un facteur limitant au dépistage. Mais la relation de confiance pouvant exister entre le médecin généraliste et son patient peut cependant constituer un atout dans la prise en charge de cette pathologie. Les médecins généralistes disent manquer de moyens d'aide au maintien à domicile des patients atteints.

B. Le médecin généraliste et la prévention

1- La prévention de la DMLA

Bien souvent dans notre étude, le médecin ne distinguait pas la prévention primaire de la prévention secondaire. Un des médecins interrogés explique que sa génération (60 ans et plus) a plus été formée aux soins qu'à la prévention. Pourtant selon l'article L.4130-1 de la loi HPST, issu du code de santé publique, cité dans le document du conseil de l'ordre des médecins (52), « les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment d'assurer pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». Dans le baromètre santé 2009 des médecins généralistes (53) :

- Plus de 9 médecins sur 10 souhaiteraient disposer de plus de temps pour effectuer de la prévention. Le manque de temps des médecins généralistes est un frein souvent cité dans notre étude mais pondéré par l'accessibilité au dépistage de cette maladie par la grille d'Amsler, outil simple et peu chronophage ;
- 95.7 % des médecins interrogés pensent que la prévention doit être faite par eux-mêmes. Dans notre étude, le médecin généraliste reconnaît ne pas effectuer de dépistage des troubles visuels : E10/7bis- « [...] en effet le dépistage de la vue, je fais pas trop en général [...] », mais a conscience de son rôle en prévention et de l'intérêt à le développer ;
- L'abord de la consommation tabagique est fréquent. Il serait donc simple, en rappelant aux médecins généralistes l'association entre tabac et risque de DMLA, d'intégrer cet élément de prévention de cette pathologie à la pratique du médecin généraliste ;
- Une rémunération spécifique est l'élément d'amélioration du dépistage le moins cité, tout comme dans notre étude ;
- Les médecins perçoivent l'éducation du patient comme un moyen pour une « optimisation et une efficacité du traitement », renforcer la relation de confiance médecin-patient, diminuer les complications, améliorer la qualité de vie et le vécu psychologique de leurs patients et renforcer leur autonomie. Dans le cas de la DMLA, une autosurveillance par la grille d'Amsler est importante à rappeler aux patients comme mentionné ci-après, mais également proposer aux patients des associations de malades ou encore des centres de rééducation basse-vision pour essayer d'améliorer leur autonomie et leur qualité de vie.

Le médecin généraliste est actuellement peu impliqué dans la prévention de la DMLA par manque de temps et par méconnaissance des possibilités de prévention de cette maladie. Mais il se dit prêt à progresser et pense qu'il devrait être en première ligne dans la prise en charge de cette pathologie. De par la relation de confiance pouvant exister entre le médecin généraliste et son patient, il apparaît comme un intervenant privilégié dans l'éducation, l'information et donc la prévention de la DMLA.

Le médecin généraliste pense dans notre étude que les patients après 50 ans ont un suivi ophtalmologique régulier. Pourtant cette maladie semble sous-diagnostiquée comme le montre les chiffres du gérontopôle toulousain (45). Dans une étude de 2003, la France se place au septième rang pour ce qui est de la fréquence des examens ophtalmologiques, les personnes de plus de 55 ans étant les plus nombreuses à déclarer qu'elles ont consulté un ophtalmologiste l'année précédente (48 %) (54). Néanmoins, même parmi les personnes dans cette tranche d'âge, le pourcentage de ceux qui n'ont pas fait contrôler leurs yeux au cours des deux dernières années est de 27 % (54). D'après un article français sur la prévention de la DMLA (35), un dépistage ophtalmologique nécessiterait :

- Un dépistage de masse dans la population française de plus de 55 ans par un examen du fond d'œil tous les 3 ans,
- Un dépistage ciblé sur une population à haut risque : antécédents familiaux de DMLA et/ou tabagisme (supérieur à 10 paquets/années), et/ou surcharge pondérale, et/ou signes précurseurs de MLA identifiés sur un fond d'œil. Une auto-évaluation hebdomadaire par la grille d'Amsler et un examen annuel du fond d'œil sont préconisés dans ce cas,
- Un dépistage de la bilatéralisation d'une DMLA par autoévaluation à l'aide d'une grille d'Amsler et un examen du fond d'œil tous les 6 mois, chez les patients atteints de DMLA.

Un examen ophtalmologique à partir de 65 ans, d'après l'American Academy of Ophthalmology en 2010, devrait être réalisé tous les 1 à 2 ans chez les patients sans facteurs de risque (tous les 1 à 3 ans entre 55 et 64 ans et tous les 2 à 4 ans entre 40 et 54 ans) (55). Ces données s'appuient sur une étude de 2005 menée aux États-Unis, ayant montré un moindre déclin des facultés visuelles et des activités instrumentales de la vie quotidienne chez les patients de 65 ans et plus ayant bénéficié d'examen ophtalmologiques réguliers (56). Dans l'état actuel du système de santé, ces recommandations en matière de suivi ophtalmologique compte-tenu d'une population vieillissante et des besoins ophtalmologiques grandissants, ne peuvent être suivies. En effet, d'après les données de 2013 du conseil de l'ordre des médecins, l'âge moyen des

ophtalmologues de Midi-Pyrénées est de 54 ans. Sur la période 2007-2013, les effectifs ont diminué de 2,2 % et une baisse de 1,8 % est estimée entre 2013 et 2018 (52). Les délais de consultations ophtalmologiques sont importants ; le syndicat national des ophtalmologistes de France estime que le délai moyen avoisine les 100 jours pour obtenir un rendez-vous ophtalmologique. D'après une enquête nationale réalisée entre octobre 2013 et janvier 2014, l'attente dépasse par exemple 3 Mois sur Toulouse (57). Une prise en charge précoce de la forme exsudative de cette maladie de par les traitements anti-VEGF est primordiale pour limiter l'évolution de cette maladie vers la malvoyance. Le délai de consultation spécialisée constitue donc un frein mentionné par les médecins généralistes dans notre étude. Mais dès lors que le médecin généraliste découvre une grille d'Amsler pathologique chez un de ses patients, presque tous les médecins ayant été confrontés à cette situation ont réussi en appelant l'ophtalmologue à obtenir un rendez-vous dans la semaine. Par un réinvestissement du médecin généraliste dans le suivi ophtalmologique de ses patients et notamment dans le dépistage précoce de la DMLA, la prévention de cette maladie à toutes ses étapes pourrait en être améliorée. Les médecins généralistes interrogés proposent :

- La pratique d'un examen succinct ophtalmologique du patient de plus de 50 ans présentant une baisse d'acuité visuelle notamment par la réalisation d'une grille d'Amsler pour une orientation spécialisée rapide, particulièrement en cas de grille d'Amsler pathologique,
- La réalisation d'un dépistage ciblé chez des patients à risque, voire systématique, par un interrogatoire avec des questions types telles que « comment va votre vue ? », et la réalisation d'une grille d'Amsler. Les alertes informatiques sont un moyen proposé pour limiter l'oubli,
- L'incitation au suivi ophtalmologique régulier de ses patients avec fond d'œil de fréquence adaptée aux facteurs de risque et à l'âge du patient,
- Une incitation à l'autosurveillance régulière par la grille d'Amsler pour un dépistage précoce d'une bilatéralisation de la maladie, et ainsi un envoi rapide au spécialiste.

2- La délégation de tâches

Au Royaume-Uni, les ophtalmologues sont très peu nombreux et occupés par la prise en charge médico-chirurgicales des pathologies lourdes (58). La réfraction est réalisée par les optométristes. Lorsqu'ils ont une formation complémentaire, ils jouent un

rôle important dans le dépistage du glaucome et de la DMLA notamment. Les opticiens fournissent les prescriptions optiques. Le patient passe par l'optométriste pour un trouble de réfraction, par un médecin généraliste pour un œil rouge et doit être adressé par l'optométriste ou le médecin généraliste pour consulter un ophtalmologue dans le cadre d'une DMLA exsudative par exemple. De par la pénurie d'ophtalmologues et l'augmentation croissante des besoins ophtalmologiques en France, l'une des solutions évoquées dans notre étude est la délégation de tâches aux opticiens. Il est important de rappeler qu'ils ont la possibilité d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, à l'exception de celles établies pour les personnes âgées de moins de 16 ans et sauf opposition du médecin. Dans le rapport du professeur ARNE, en dehors de l'augmentation du numéris clausus d'internes en ophtalmologie, un transfert de tâches vers les orthoptistes est proposé (59). Il leur est déjà possible par exemple de réaliser des photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique à la place d'un ophtalmologue, avec lecture différée des clichés dans les 8 jours par ce dernier, qui envoie le compte-rendu au patient, au médecin traitant et au diabétologue le cas échéant (60). L'optométrie en France pourrait aussi se développer comme au Royaume-Uni. En effet, dans notre étude, les médecins généralistes soulignent leur manque de temps à dépister cette maladie car déjà surchargés par des consultations à motifs multiples et par plusieurs examens de dépistage systématique à réaliser. Une délégation de cette tâche aux opticiens ou aux optométristes est donc à envisager. Mais quelques médecins soulignent le temps bref de réalisation d'une grille d'Amsler. Ainsi plus qu'un manque de temps, il s'agirait d'une indisponibilité intellectuelle du médecin généraliste qui ne se sent pas toujours concerné par l'ophtalmologie, ou d'un oubli de le faire.

3- L'exemple de la rétinopathie diabétique

Un des résultats de l'étude « ENTRED » 2007-2010, cité dans une recommandation de la HAS, montre une consultation ophtalmologique annuelle chez 50 % des diabétiques type 2 (61). Les causes possibles de ce faible pourcentage citées dans cette recommandation sont liées à :

- L'accès au dépistage : accès à l'ophtalmologiste (temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous, distance par rapport au cabinet médical, coût), accès au secteur 1, disparités démographiques régionales (patients et professionnels), disponibilité du rétinographe,
- Le patient : déni de la maladie chronique, peur de découvrir un problème visuel ou du traitement, sentiment d'inutilité, manque d'information et de connaissances du risque de complications oculaires, gêne occasionnée par les gouttes oculaires,
- L'organisation de la prise en charge : difficultés de coordination entre les acteurs pour le suivi du diabète, surcharge d'examen (bilan hospitalier),
- Le manque de sensibilisation du médecin généraliste.

Ainsi, d'après cette recommandation HAS, «selon une revue systématique des études d'efficacité des interventions pour améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique, une sensibilisation accrue des patients, une amélioration des pratiques et des processus de soins, une collaboration multidisciplinaire et des interventions globales, l'utilisation de systèmes informatisés et de bases de données et un rappel du dépistage au patient et au médecin peuvent augmenter significativement ce dépistage ».

Dans notre étude, quelques médecins ont souligné leur implication dans le suivi des recommandations en matière de réalisation du fond d'œil chez leurs patients diabétiques : ET6/23ter- « *Voilà la démarche est arrivée à cause des diabétiques [...]* », E6/23ter'- « *Parce que je trouvais là par contre que non seulement je suis censée savoir tous les ans ces fonds de l'œil, avoir les résultats* », E10/16bis- « *[...] j'essaie de veiller à ce qu'ils voient [...] une fois par an l'ophtalmo, j'essaie de leur rappeler [...]* ». Ils semblent donc sensibilisés et intégrés à la prise en charge ophtalmologique de leurs patients diabétiques. Cette implication pourrait être similaire dans le cadre de la DMLA. Les causes de non-respect des recommandations en matière de dépistage de la rétinopathie diabétique sont pour partie superposables aux freins à la prise en charge de la DMLA par le médecin généraliste retrouvés dans notre étude à savoir : la problématique du manque de sensibilisation du médecin et du patient, de l'accès aux soins, des croyances de santé du patient et enfin de la coordination interprofessionnelle que nous détaillerons plus loin. Une action sur ces freins est possible pour améliorer le dépistage de la DMLA. En Espagne, une revue de la littérature sur cinq articles conclut que lorsque le médecin généraliste a été entraîné de manière adéquate, il pouvait de manière efficace et fiable dépister la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique (62). Ainsi, cela pourrait appuyer leur motivation et leur confiance à gérer d'autres domaines du soin diabétique et de la pratique médicale. Une récente étude démontre l'intérêt de la rétinographie non

mydriatique associée à la télémédecine dans le dépistage de la DMLA (63). Les médecins généralistes pourront donc être emmenés à réaliser des rétino-graphies avec lecture différée ophtalmologique dans le dépistage de la DMLA, possiblement dans le cadre de consultations de prévention plus longues comme ils le proposaient dans les entretiens.

C. La coopération entre professionnels de santé

1- La communication interprofessionnelle

La DMLA est perçue à juste titre par le médecin généraliste dans notre étude comme une maladie chronique, évolutive, pouvant entraîner une dépendance du patient. De par l'accès direct au spécialiste et par l'absence de courriers, le médecin généraliste s'est désintéressé aux problèmes de vision de ses patients. D'après l'étude « ENTRED » 2007-2010, le médecin généraliste dispose rarement d'un compte-rendu transmis par l'ophtalmologue (38 %) (61). Dans notre étude, un médecin généraliste, sur les conseils de l'un de ses confrères, ophtalmologue, lors d'un développement professionnel continu, a mis en place un système de courriers à deux entêtes. Ainsi, elle obtenait des réponses suite aux consultations ophtalmologiques de ses patients. Une étude a démontré en 2006, l'intérêt d'un courrier type structuré de réponse d'un otorhino-laryngologue à un médecin généraliste pour améliorer la communication interprofessionnelle (64). Sur le site ameli.fr de la caisse d'Assurance maladie Flandres-Dunkerque-Armentières, est mis à disposition du médecin généraliste un courrier type d'orientation du patient diabétique à l'ophtalmologue. Ce courrier se compose de deux parties avec, à la partie supérieure les antécédents médicaux, traitements en cours et derniers bilans biologiques diabétologiques, et à la partie inférieure un tableau avec les principaux résultats du fond d'œil, tonus oculaire et d'analyse du segment antérieur de l'œil, à renvoyer au médecin généraliste (65). Un exemplaire est joint en **ANNEXE N°10**. Nous pourrions concevoir un courrier type similaire pour une meilleure communication interprofessionnelle dans le cadre de la DMLA.

2- La coordination des soins

Dans notre étude, le médecin généraliste émet l'hypothèse d'un travail en concertation et d'un suivi en coordination avec l'ophtalmologue, comme cela est fait pour d'autres pathologies chroniques : E9/8bis- « [...] enfin, il y a pleins de choses que l'on fait en médecine générale, pourquoi pas sur des patients atteints de DMLA ». Le médecin généraliste pourrait ainsi constituer un « gatekeeper » comme présenté dans une étude aux Pays-Bas (66). Trois options sont proposées aux différents professionnels des soins ophtalmologiques interrogés : que le médecin généraliste, l'optométriste ou l'ophtalmologue devienne le référent des soins ophtalmologiques. Il ressort de l'étude une préférence pour un « gatekeeper » médical (médecin généraliste ou ophtalmologue). Dans la même optique, une étude allemande publiée en 2006, soulève un point de vue positif des patients, des médecins généralistes et des spécialistes lorsque le patient est adressé à un spécialiste par le médecin généraliste (67). Ces résultats appuieraient le rôle de coordinateur du médecin généraliste. En France, l'ophtalmologue étant en accès direct, ce rôle central du médecin généraliste semble difficile à mettre en place. Pourtant les médecins généralistes qui ont dépisté des DMLA dans notre étude (avec des grilles d'Amsler pathologiques), ont ensuite perdu de vue sur ce point-là leurs patients et se sont ensuite sentis exclus de cette prise en charge. Un médecin interrogé explique: E4/17- « [...] il faudrait que bon les spécialistes se tournent un peu plus vers nous quoi, et nous disent voilà, il y a telle et telle chose, euh, je crois que le médecin serait alors plus disposé à, à participer ». Il apparaît donc important de réorganiser les soins ophtalmologiques en France en améliorant la coordination des soins dans la prise en charge de la DMLA. Renforcer le rôle central du médecin généraliste est une piste possible pour réinvestir celui-ci dans le dépistage ophtalmologique et le suivi de ses patients atteints.

D. La perte d'autonomie et le maintien à domicile

1- Le dépistage des troubles sensoriels et la prévention de la dépendance

Intégrer le dépistage des troubles sensoriels et notamment visuels dans la prise en charge de la fragilité des patients de plus de 65 ans à risque élevé d'évolution vers la

dépendance, semble intéressant. En effet, l'étude du gérontopôle toulousain retrouve 10.4 % de grilles d'Amsler pathologiques (45). Par cet outil simple d'utilisation, plusieurs patients ont été adressés à des ophtalmologues pour des examens complémentaires. Un kit de dépistage ophtalmologique a même été proposé par les réseaux gérontologiques du Sud Lorraine lors d'un congrès en 2011 et est en cours d'analyse pour juger de l'ergonomie de cet outil et de sa pertinence (68). Il pourrait faciliter les échanges et la collaboration avec les ophtalmologues. Cet outil de dépistage clinique des troubles visuels pourrait peut-être, à terme, s'étendre à la pratique du médecin généraliste qui, dans notre étude, est demandeur d'outils simples d'accès et d'utilisation, et peu chronophages dans le dépistage de la maladie.

Devant l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population, développer la prévention en général, et notamment de la perte d'autonomie, apparaît comme un enjeu à la fois individuel et collectif (69). Cette prévention se conçoit dans une approche globale, à la fois médicale, psychologique, sociale et environnementale. Elle inclut la prévention des maladies liées à l'âge mais aussi la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques. La DMLA entre pleinement dans cette problématique puisque les facteurs de risque de la maladie sont de mieux en mieux connus, et que cette pathologie peut à terme entraîner un handicap visuel avec altération de la qualité de vie, syndrome dépressif, isolement social, voire dépendance. Le médecin généraliste dans notre étude a conscience du retentissement de cette maladie sur la vie quotidienne de leurs patients atteints, notamment sur le retentissement psychologique de la maladie. Parce qu'il connaît le patient de longue date avec une relation de confiance établie et est emmené à le visiter à son domicile, le médecin généraliste a un rôle prépondérant à jouer dans la prévention de la perte d'autonomie de ses patients âgés atteints de DMLA. Il peut dépister un syndrome dépressif, conseiller les patients pour limiter les risques de chute et les aider à la mise en place de moyens d'aides à leur maintien à domicile. Les médecins généralistes interrogés citent aussi l'intérêt de développer les réseaux de santé en s'appuyant notamment sur les centres spécialisés dans l'évaluation gérontologique standardisée, mais aussi les centres de rééducation basse-vision comme moyens d'aides au maintien à domicile de leurs patients.

2- Gérontotechnologies et coût de la dépendance

Le médecin généraliste mentionne dans notre étude le retentissement économique de la maladie sur le système de santé mais aussi sur le patient. En effet, le traitement de la DMLA par injections d'anti-VEGF constitue un coût important (d'après les données de la caisse nationale d'assurance maladie en juin 2013, le LUCENTIS est le premier médicament remboursé en 2012 avec un montant de 389 millions d'euros) (40). Mais la dépendance représente aussi un coût important pour le patient et pour la société (30,40). La prévalence de la déficience visuelle augmente de façon importante après 60 ans (20 % des personnes âgées de 85 à 89 ans), et bien souvent ce déficit visuel survient dans un contexte de polyopathologies (70). Ces déficiences réduisent l'autonomie dans la vie quotidienne des patients atteints. Ainsi, les coûts directs non médicaux sont importants tels que les aides humaines (pour les tâches ménagères, les courses, la gestion du budget ou les démarches administratives) ou les transports. Les aides techniques destinées à la compensation du handicap visuel semblent relativement peu utilisées. Elles entrent dans le groupe des gérontotechnologies. Les aides techniques à la communication sont principalement les systèmes optiques pour améliorer les possibilités visuelles résiduelles en agrandissant l'image rétinienne (loupes, téléagrandisseurs...). 13 % des déficients visuels en utiliseraient dont 87 % sont des personnes âgées de 60 ans ou plus (70). Parmi les freins à leur utilisation, le premier est essentiellement le coût élevé à la charge de l'acquéreur. Cet élément est souligné par les médecins interrogés, de par un manque de moyens d'aides financières pour le patient. Un second obstacle décrit est la méconnaissance de ces aides et de leur intérêt pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie des sujets âgés par les utilisateurs potentiels, mais aussi par les professionnels de santé. Dans notre étude, le médecin généraliste n'a que partiellement conscience du retentissement de cette maladie sur la santé physique de ses patients et sur le risque de perte d'autonomie dans les formes avancées de cette maladie, il lui est donc difficile actuellement de les conseiller aux patients. Enfin, certaines de ces aides optiques nécessitent un apprentissage idéalement en centre de rééducation basse-vision (70). Malheureusement, il existe peu de structures en France. Les médecins généralistes se disent démunis dans notre étude pour aider leurs patients avancés dans la maladie à être maintenus à domicile. Il serait intéressant de sensibiliser les médecins généralistes et les patients à ces nouvelles technologies mais aussi modifier les procédures de prises en charge de ces nouvelles technologies avec une

coparticipation à savoir : du patient et de sa famille (et ainsi favoriser un maintien à domicile donc éviter le coût d'une maison de retraite), de la sécurité sociale et des mutuelles (en limitant les hospitalisations par exemple) et des conseils généraux (le budget d'aide personnalisée à l'autonomie est représenté à 95 % par des aides humaines) (71).

E. La formation et la sensibilisation du médecin généraliste mais aussi du patient

1- La formation et la sensibilisation du médecin généraliste

Seulement 42,9 % des médecins interrogés dans notre étude ont été informés sur la campagne de dépistage annuelle de la DMLA, essentiellement par les campagnes publicitaires, et plus rarement par la presse, internet ou un laboratoire. Aucun ne connaît le centre de rééducation basse-vision le plus proche de son lieu d'exercice. Seul un médecin a suivi une formation spécifique sur les troubles visuels en médecine générale. Un seul des médecins interrogés connaît le guide de l'INPES sur la malvoyance. Ce dernier est aussi le médecin qui a cité sa connaissance de la campagne de dépistage annuel de la DMLA grâce à l'outil internet. Il sera donc intéressant de renforcer la sensibilisation des médecins généralistes interrogés sur cette pathologie mal connue du médecin généraliste. L'outil informatique et les formations médicales continues sont des moyens possibles pour leur permettre d'intégrer la prévention de cette maladie à toutes ses étapes dans leur pratique quotidienne, et ainsi limiter leurs freins à cette prise en charge.

Les remarques suivantes ne peuvent être statistiquement démontrées par cette étude mais nous avons constaté que les quelques médecins qui ont utilisés, ou utilisent dans leur pratique la grille d'Amsler sont tous âgés de 41 ans ou plus, et ce indépendamment du milieu d'exercice. Tous les médecins de moins de 40 ans et particulièrement ceux installés depuis moins de 5 ans, se sont dit peu formés, en formation initiale sur cette pathologie. Ils se sont donc désintéressés à cette prise en charge. Nous pouvons nous poser alors la question du manque de formation sur cette pathologie aux items de l'examen national classant ou durant l'internat de médecine générale...

Lors du congrès de médecine générale à Nice en 2013, la présentation d'une étude sur l'impact d'un développement professionnel continu par audits sur la mise à jour du dossier médical dans le dépistage des maladies ophtalmologiques des personnes âgées de

plus de 40 ans, révèle une amélioration des pratiques, que ce soit par un meilleur interrogatoire ou par une meilleure communication avec l'ophtalmologue (72). La formation initiale comme continue sur cette pathologie, mais aussi le dépistage des maladies ophtalmologiques, semblent un passage important pour diminuer à la fois le manque de connaissances relevé des médecins interrogés mais aussi leurs doutes. Devant la problématique de la démographie médicale ophtalmologique et la prévalence de la maladie, il semble essentiel de sensibiliser et de former les médecins généralistes sur leur rôle dans la prise en charge de cette maladie dès le début du cursus universitaire.

2- La formation et la sensibilisation du patient et du public

Nous avons mentionné ci-dessus l'importance d'un sevrage tabagique chez les patients atteints de DMLA. D'après une étude de 2011, interrogeant notamment des patients atteints de DMLA, 54 % des patients interrogés n'étaient pas certains que le tabagisme causait une dégénérescence maculaire ou un handicap visuel sévère, et 17 % des fumeurs avaient consulté un ophtalmologue 5 fois par an en moyenne (73). Environ 90 % des fumeurs rapportent n'avoir jamais été conseillés sur l'arrêt du tabac par leurs fournisseurs de soins ophtalmologiques. Une étude de 2010 s'est intéressée aux connaissances et perspectives des patients ayant eu au moins une injection d'anti-VEGF, sur la DMLA exsudative et son traitement (74). 89 % des patients préfèrent recevoir plus d'informations sur la DMLA, si besoin, par leur médecin, plutôt que par des brochures/livres/magazines, et encore moins par internet ou vidéos. Seulement 21 %, 48 %, 37 %, 48 % et 36 % respectivement, identifient correctement le régime alimentaire, les suppléments vitaminiques, la pression artérielle, les antécédents familiaux et le tabagisme comme facteurs influençant la survenue ou l'évolution d'une DMLA. 80 % sont optimistes quand ils ont appris qu'ils bénéficieraient d'une injection intraoculaire pour le traitement de leur maladie. Il semble donc là encore important de développer l'information et l'éducation des patients atteints de DMLA sur les facteurs de risque modifiables de la maladie, qui ne semblent pas acquis dans l'organisation actuelle des soins ophtalmologiques. Le médecin de famille, par sa connaissance du patient et de ses habitudes de vie, et par la relation de confiance qu'il a pu établir avec ce dernier, semble être l'acteur privilégié pour cette information et cette sensibilisation du patient aux préventions primaire et secondaire de cette pathologie. D'autant plus que d'après les

médecins interrogés, le patient semblerait demandeur d'informations et de conseils à son médecin de famille sur sa prise en charge ophtalmologique.

Dans une étude de 2003, 82 % des français ignoraient l'existence de la DMLA (54). Un article de 2005 confirme ces chiffres avec une sensibilisation sur la DMLA chez 6 % des japonais, 46 % des américains et en moyenne 15 % dans les autres pays cités (17 % en France) (75). Le dossier de presse d'avril 2013 des 7èmes journées nationales d'information et de dépistage national de la DMLA souligne la progression de cette sensibilisation après 5 années de campagnes d'information sur le DMLA (première en 2007) (76). En effet, dans l'enquête citée de 2012, 80 % des personnes interrogées connaissent la DMLA dont 30 % en ont entendu parler sans vraiment savoir de quoi il s'agit. 85 % des médecins interrogés dans le baromètre santé des médecins généralistes de 2009 citent les campagnes grand public pour faciliter les missions de dépistage (53). Ces campagnes sont aussi citées comme de bons outils de communication par les médecins généralistes interrogés. Nous pouvons souligner l'intérêt dans les campagnes publicitaires à venir, de poursuivre la sensibilisation du public sur cette pathologie en les incitant à consulter rapidement un médecin dès les premiers symptômes, y compris un médecin généraliste qui pourra ainsi faire préciser les symptômes, faire réaliser la grille d'Amsler et orienter son patient dans les 7 jours vers un ophtalmologue lorsque la grille d'Amsler est pathologique. L'affichage de grilles d'Amsler dans les salles d'attente ou dans les pharmacies est aussi une proposition faite par certains médecins généralistes interrogés.

F. Les points forts et les limites de l'étude

Notre étude est originale car peu d'études traitent de la prise en charge de l'ophtalmologie et particulièrement de la DMLA par le médecin généraliste, ce d'autant plus en interrogeant directement les médecins généralistes sur leurs pratiques et leurs freins à prendre en charge cette pathologie en pratique quotidienne. L'étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a permis aux médecins interrogés de s'exprimer librement sur leurs représentations de la maladie et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer à la prendre en charge, sans être limités dans leurs réponses. Nous avons limité le nombre de maîtres de stage sélectionnés (35,7 %) pour éviter une sur-sélection de médecins potentiellement plus informés ou sensibilisés. Sur les quatorze médecins généralistes installés ayant participé à l'entretien, 57,1 % sont des hommes. En 2013, d'après les chiffres du conseil de l'ordre des médecins (52), les hommes représentent 66 % des

médecins généralistes libéraux et mixtes installées en Midi-Pyrénées, 30,2 % des médecins généralistes ont 60 ans et plus et 10,4 % moins de 40 ans. Dans notre étude, 28,6 % ont plus de 60 ans ce qui se rapproche du chiffre régional. Nous pouvons considérer que nous avons obtenu une représentativité « théorique » de la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Par la triangulation des données avec double analyse par le Dr SUBRA et moi-même, nous avons essayé de limiter les biais d'analyse. Il ressort de notre étude plusieurs freins liés aussi bien au médecin généraliste, qu'au spécialiste, au patient ou encore à l'organisation du système de santé. Mais ces freins sont pour une grande partie améliorables. Des propositions sont au long des entretiens faites par les médecins généralistes pour changer leurs pratiques.

Le choix de la méthodologie par entretiens individuels semi-directifs est discutable. Outre ses avantages cités ci-dessus, ils ne permettent pas de faire émerger de nouvelles connaissances par une dynamique de groupe comme peuvent le permettre les « focus groups » (46). Les entretiens individuels nous ont paru moins chronophages et d'organisation plus aisée, tout en permettant de répondre à la question de recherche. Deux des médecins interrogés nous connaissaient et nous avons déjà eu l'occasion de discuter sur ce sujet de thèse avant les entretiens. Quatre médecins nous ont été conseillés par le « bouche à oreille », ce qui peut constituer un biais de sélection mais peut aussi apporter une diversité de médecins interrogés et donc une plus grande représentativité de la population étudiée. De même, les médecins recrutés par téléphone ont pu entre le jour de la prise de rendez-vous et la rencontre, se documenter sur la pathologie et donc influencer leurs réponses lors de l'entretien. Aucun des médecins recrutés n'est âgé de moins de 30 ans, probablement car cette tranche d'âge est rarement installée en libéral à cet âge. Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet du médecin généraliste interrogé, le plus souvent en fin de demi-journée de consultation. Certains médecins ne disposaient pas d'un secrétariat. Nous étions donc parfois coupés dans l'entretien par des appels téléphoniques, ce qui a pu déconcentrer les médecins interrogés et ainsi constituer un biais d'information. De par le caractère chronophage d'une analyse phénoméno-pragmatique des données, nous avons choisi de rester à une analyse thématique. L'analyse phénoméno-pragmatique aurait permis de mettre en jeu des processus plus interprétatifs d'analyse, y compris linguistique avec « une logique de découverte du sens en émergence », et de mener à la production d'une proposition généralisante (77).

G. Perspectives

Les réseaux gérontologiques du Sud de la Lorraine s'intéressent de près depuis 2009 aux déficiences visuelles de la personne âgée (78). Ils ont effectué par une réflexion interdisciplinaire, un état des lieux de l'importance du problème chez des sujets âgés souvent polyopathologiques et fragiles, et des difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques. Leur objectif est « de créer des liens interdisciplinaires entre les professionnels de santé concernés par la question des déficiences visuelles du sujet âgé : valoriser l'existant dans sa globalité, faciliter le recours à cet existant et le travail en coopération en développant les échanges entre les intervenants concernés ». Ils ont créé un kit de dépistage ophtalmologique qu'ils utilisent dans le cadre d'une évaluation gérontologique au domicile du patient par un médecin gériatre (d'un réseau) pour dépister les troubles visuels, mais aussi leurs retentissements fonctionnels et sur la qualité de vie du patient. Ce kit pourrait peut-être à terme être utilisé en médecine générale puisque les médecins généralistes sont dans notre étude en demande d'outils de dépistage et émettent le souhait de progresser dans le dépistage des troubles visuels du sujet âgé. Il serait donc intéressant d'évaluer la faisabilité et l'intérêt d'un tel kit en médecine générale puisqu'il pourrait constituer un outil simple de dépistage et d'amélioration de la communication interprofessionnelle.

L'utilisation de la télémédecine pour palier à l'accès difficile aux soins ophtalmologiques et améliorer le dépistage des troubles visuels dont de la DMLA, est une piste possible évoquée ci-dessus, à étudier plus amplement.

Il serait intéressant dans la prolongation de ce travail d'interroger les patients sur leur vécu de la maladie, et particulièrement sur la place occupée, perçue par le patient, du médecin généraliste dans la gestion de cette pathologie, et de percevoir leurs attentes vis-à-vis de ce dernier. Les médecins généralistes interrogés pensent que les patients ne connaissent pas le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de cette maladie, voire doutent de leurs compétences. A contrario, certains patients ressentent un besoin d'information et de conseils de leur médecin généraliste dans la prise en charge de la DMLA. Interroger les patients sur ce point nous permettrait de confirmer ou d'infirmer ces données et donc, à terme, d'améliorer l'adéquation entre les attentes des patients et la pratique des médecins.

IV. CONCLUSION

Le médecin généraliste souhaite progresser et perçoit l'intérêt à développer sa place dans la prise en charge de cette pathologie. Il a conscience de la problématique de la démographie médicale ophtalmologique et de l'intérêt d'un dépistage précoce de la DMLA exsudative. De par la relation de confiance qu'il peut entretenir avec son patient, il apparaît comme un intervenant privilégié dans l'éducation, l'information et donc la prévention de la DMLA. Il se dit confronté à plusieurs freins à cette prise en charge mais des perspectives d'amélioration sont proposées par les médecins généralistes interrogés.

Une sensibilisation des médecins généralistes « pour y penser » et une formation de ces derniers à la prise en charge de la DMLA par le développement professionnel continu, sont des perspectives importantes à développer. Interroger les patients sur leurs antécédents familiaux et personnels de pathologies oculaires et sur leur vue avec une question type telle que « comment va votre vue ? » sont des propositions d'amélioration de prise en charge citées. Le but est de développer la prévention en médecine générale avec notamment un dépistage ciblé de la DMLA.

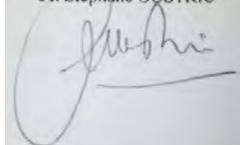
La sensibilisation du public à la DMLA, ses facteurs de risque, ses symptômes et à la place du médecin généraliste dans le dépistage des troubles visuels est importante. Elle permettrait de limiter la survenue de cette pathologie et d'orienter au plus tôt le patient vers un ophtalmologue lorsque les premiers symptômes apparaissent. La 8ème campagne annuelle de dépistage de la DMLA aura lieu du 23 au 27 juin 2014.

Il apparaît important de réorganiser les soins ophtalmologiques en France, en améliorant la coordination de ces derniers dans la prise en charge de la DMLA. Renforcer le rôle central du médecin généraliste est une piste possible, ainsi que le développement de la communication interprofessionnelle. Un courrier type, comme il peut en exister pour la rétinopathie diabétique, peut être un outil de communication facilitateur. Ainsi, la prise en charge des maladies chroniques telles que la DMLA pourrait en être transformée.

Tailleur le 05.05.2014
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



5.5.14
Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



RÉFÉRENCES

1. Haute Autorité De Santé. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique. Juin 2012.-258p.
2. Cohen SY, Gaudric A. Rétine. Médecine Sciences Publication, Lavoisier, avril 2012.-8 volumes,-1846p.
3. Friedman DS, O'Colmain BJ, Munoz B, et al. Eye diseases Prevalence Research Group. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol.* 2004;122(4): 564-572.
4. Augood CA, Vingerling JR, De Jong PT, et al. Prevalence of age-related maculopathy in older Europeans: the European Eye Study (EUREYE). *Arch Ophthalmol.* 2006;124(4):529-535.
5. Klein R, Klein BE, Jensen JC, et al. The five-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology.* 1997;104(1):7-21.
6. Chaine G, Rohart C. Épidémiologie et facteurs de risque de la DMLA. *J Fr Ophtalmol.* 2007;30(S1):5-10.
7. Schaumberg DA, Hankinson SE, Guo Q, et al. A prospective study of 2 major age-related macular degeneration susceptibility alleles and interactions with modifiable risk factors. *Arch Ophthalmol.* 2007;125(1):55-62.
8. Klein R, Klein BEK. The Prevalence of Age-Related Eye Diseases and Visual Impairment in Aging: Current Estimates. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013;54(14):5-13.
9. Chakravarthy U, Wong TY, Fletcher A, et al. Clinical risk factors for age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis. *BMC Ophthalmol.* 2010;10:31.
10. Chakravarthy U, Augood C, Bentham GC, et al. Cigarette Smoking and Age-Related Macular Degeneration in the EUREYE Study. *Ophthalmology.* 2007;114(6):1157-1163.
11. Thornton J, Edwards R, Mitchell P, et al. Smoking and age-related macular degeneration: a review of association. *Eye.* 2005;19(9):935-944.
12. Souied EH, Delcourt C, Querques G, et al. The Nutritional AMD Treatment 2 Study Group. Oral Docosahexaenoic Acid in the Prevention of Exudative Age-Related Macular Degeneration: the Nutritional AMD Treatment 2 Study. *Ophthalmology.* 2013;120(8):1619-1631.
13. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. *Arch Ophthalmol.* 2001;119(10):1417-1436.

14. SanGiovanni JP, Chew EY, Clemons TE, et al. Age-Related Eye Disease Study Research Group. The relationship of dietary carotenoid and vitamin A, E, and C intake with age-related macular degeneration in a case-control study: AREDS Report No. 22. *Arch Ophthalmol*. 2007;125(9):1225-1232.
15. The Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + Zeaxanthin and Omega-3 Fatty Acids for Age-Related Macular Degeneration: The Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2013;309(19):2005-2015.
16. Chew EY, Clemons TE, Agron E, et al. Long-term effects of vitamins C and E, β -carotene, and zinc on age-related macular degeneration: AREDS report no. 35. *Ophthalmology*. 2013;120(8):1604-1611.
17. Delcourt C, Michel F, Colvez A, et al. POLA Study Group. Associations of cardiovascular disease and its risk factors with age-related macular degeneration: the POLA study. *Ophthalmic Epidemiol*. 2001;8(4):237-249.
18. Erke MG, Bertelsen G, Peto T, et al. Cardiovascular risk factors associated with age-related macular degeneration: the Tromsø Study. *Acta Ophthalmol*. 2014. doi: 10.1111/aos.12346
19. Barbosa DT, Mendes TS, Cintron-Colon HR, et al. Age-related macular degeneration and protective effect of HMG Co-A reductase inhibitors (statins): results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2008. *Eye*. 2014;1-9.
20. Kahawita SK, Casson RJ. Aspirin use and early age-related macular degeneration: a meta-analysis. *Can J Ophthalmol*. 2014;49(1):35-39.
21. Casparis H, Lindsley K, Kuo IC, et al. Surgery for cataracts in people with age-related macular degeneration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6. Art. No.: CD006757
22. Webzine de la Haute Autorité de Santé. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Actualités & Pratiques*. 2013;N° 51.
23. Sayen A, Hubert I, Berrod JP. Dégénérescence maculaire liée à l'âge. *La Revue du Praticien*. 2011;61(2):159-164.
24. Korobelnik JF. Traitement de la DMLA : ce qui a changé. *La Revue du Praticien*. 2013;63(1):59-62.
25. Giocanti-Aurégan A, Cohen SY. Dégénérescence maculaire liée à l'âge. *La Revue du Praticien médecine générale*. 2014;28(913):18-19.
26. Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, et al. MARINA Study Group. Ranibizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *N Engl J Med*. 2006;355(14):1419-1431.
27. The CATT Research Group. Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *N Engl J Med*. 2011;364(20):1897-1908.

28. Kodjikian L, Souied EH, Mimoun G, et al. Ranibizumab versus Bevacizumab for Neovascular Age-related Macular Degeneration: Results from the GEFAL Noninferiority Randomized Trial. *Ophthalmology*. 2013;120(11):2300-2309.
29. Chakravarthy U, Harding SP, Rogers CA, et al. Ranibizumab versus bevacizumab to treat neovascular age-related macular degeneration: one-year findings from the IVAN randomized trial. *Ophthalmology*. 2012;119(7):1399-1411.
30. Hiesch A. Intérêt de la réadaptation basse vision en centre de réadaptation visuelle.-184p. Th.D: Méd.: Toulouse 3: 2011;N°2011TOU31553.
31. Goldzweig CL, Rowe S, Wenger NS, et al. Preventing and Managing Visual Disability in Primary Care: clinical applications. *JAMA*. 2004;291(12):1497-1502.
32. Bressler NM. Early detection and treatment of neovascular age-related macular degeneration. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(2):142-152.
33. The Royal College of Ophthalmologists. Age-Related Macular Degeneration: Guidelines for Management. September 2013.-145p.
34. American Academy of Ophthalmology. Retina Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Age-Related Macular Degeneration. San Francisco, CA: American Academy of ophthalmology. 2008. Available at: www.aao/ppp
35. Souied E, Le Tien V, Coscas G, et al. Vers la prévention de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. *J Fr Ophtalmol*. 2007;30(5):449-455.
36. Mathew R, Sivaprasad S. Environmental Amsler test as a monitoring tool for retreatment with ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. *Eye*. 2012; 26(3):389-393.
37. Pelletier AL, Thomas J. Vision Loss in Older Persons. *Am Fam Physician*. 2009;79(11):963-970.
38. Mitchell J, Bradley C. Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4(97):-20p. doi:10.1186/1477-7525-4-97
39. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States. NHANES 2005-2008. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(5):573-581.
40. Soubrane G, Zlateva G, Xu X, et al. Impact de la dégénérescence maculaire néovasculaire : données françaises. *J Fr Ophtalmol*. 2008;31(2):138-145.
41. Congdon N, O'Colmain B, Klaver CC, et al. Eye Diseases Prevalence Research Group. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004;122(4):477-485.

42. Bloch SB, Larsen M, Munch IC. Incidence of Legal Blindness From Age-Related Macular Degeneration in Denmark: year 2000 to 2010. *Am J Ophthalmol.* 2012;153(2):209-213.
43. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Fiches thématiques. Les personnes âgées. Paris: INSEE, édition 2005.-117p.
<http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF>
44. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Espérance de vie à divers âges, France hors Mayotte. Janvier 2014.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229
45. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, et al. 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 Gérontol.* Submit. 2012;4(3):269-278.
46. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. La revue du praticien, juin 2011.-216p.
47. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère.- 325p. Th.D: Méd.: Grenoble: 2012; N° 2012GRE15122.
48. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2e édition refondue. Paris: Armand Colin, 2007.- 126p.
49. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2^{ème} édition. De Boeck Supérieur, 2003.-626p.
50. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage. Coll. Varia, 1^{ère} édition décembre 2008, mise à jour octobre 2012.- 160 p.
51. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2012.-423p.
52. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013. Conseil national de l'ordre des médecins. 2013.-68p.
53. Gautier A. INPES. Baromètre Santé des Médecins Généralistes. 2009. - 258p.
54. AMD Alliance International: Campaign Report 2003. Rapport national sur le dépistage précoce et la réadaptation basse vision.-24p.
55. American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Patterns Committee. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2010. Available at: www.aao.org/ppp

56. Sloan FA, Picone G, Brown DS, et al. Longitudinal analysis of the relationship between regular eye examinations and changes in visual and functional status. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(11):1867-1874.
57. Gattuso C. Deux mois et demi de délai moyen pour un rendez-vous chez un ophtalmologue. *Le quotidien du médecin.* Février 2014.
58. De Pouvourville G, Chainé G, Nghiem-Bufferet S, et al. La démographie en ophtalmologie 2000-2020. Rapport présenté au Conseil Scientifique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. 24 septembre 2003.-243p.
59. Arné JL. Groupe de travail de l'académie nationale de médecine. La prise en charge des soins ophtalmologiques en France. 2013. -35p.
60. Haute Autorité de Santé. Avis N° 2013.0032/AC/SEVAM sur le protocole de coopération : « Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste ». Mars 2013.-13p.
61. Haute autorité de santé. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil. Recommandations en santé publique. Argumentaire. Décembre 2010.-301p.
62. Pérez-de-Arcelus M, Andonegui J, Serrano L et al. Diabetic Retinopathy Screening by General Practitioners Using Non-Mydriatic Retinography. *Current Diabetes Reviews.* 2013;9(1), 2-6.
63. De Bats F, Vannier Nitenberg C, Fantino B, et al. Age-Related Macular Degeneration Screening Using a Nonmydriatic Digital Color Fundus Camera and Telemedicine. *Ophthalmologica.* 2014;231(3):172-176.
64. Thong J F, Mok P, Loke D. A quality assurance survey to improve communication between ENT specialists and general practitioners. *Singapore Med J.* 2010;51(10):796-799.
65. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-flandres-dunkerque-armentieres/en-ce-moment/soins-ophtalmologiques-des-patients-diabetiques_flandres-dunkerque-armentieres.php
66. Stevens FC, van der Horst F, Hendrikse F. The gatekeeper in vision care. An analysis of the co-ordination of professional services in The Netherlands. *Health Policy.* 2002;60(3):285-297.
67. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, et al. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Services Research.* 2006;6:5. doi:10.1186/1472-6963-6-5
68. Abraham E, Beudart C, Berrod JP, et al. Un nouvel outil de l'évaluation gériatologique standardisée. Le kit de dépistage ophtalmologique. Poster sur le kit de dépistage ophtalmologique. Présentation JASFGG 2011, Paris la Défense.

<http://www.geronto-sud-lorraine.com/publications-des-reseaux.html>

69. Aquino JP. La prévention de la perte d'autonomie : une figure imposée. *Le concours médical*. 2013;135(8):611-615.

70. Sander MS, Bournot MC, Lelièvre F, et al. Les personnes ayant un handicap visuel. Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance. 2005;416.-12 p.

71. Piette F, Carret-Rebillat AS, Cotto É, et al. *Gérontotechnologie. La revue du praticien médecine générale*. 2012;26(881):375-280.

72. Chatelet MF. Communication sur l'impact sur la pratique des médecins généralistes d'un développement professionnel continu (DPC) sur la mise à jour du dossier médical dans le dépistage des maladies ophtalmologiques des personnes âgées de plus de 40 ans. *Congrès de la médecine générale France. Nice Acropolis*. 2013.

73. Caban-Martinez AJ, Davila EP, Lam BL, et al. Age-related macular degeneration and smoking cessation advice by eye care providers: a pilot study. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(6):A147.

74. Kandula S, Lamkin JC, Albanese T, et al. Patients' knowledge and perspectives on wet age-related macular degeneration and its treatment. *Clin Ophthalmol*. 2010;4:375-381.

75. Winyard S, McLaughlan B. Awareness of age-related macular degeneration-using cross-national surveys to measure changes over time. *International Congress Series 1282*. 2005;418-422.

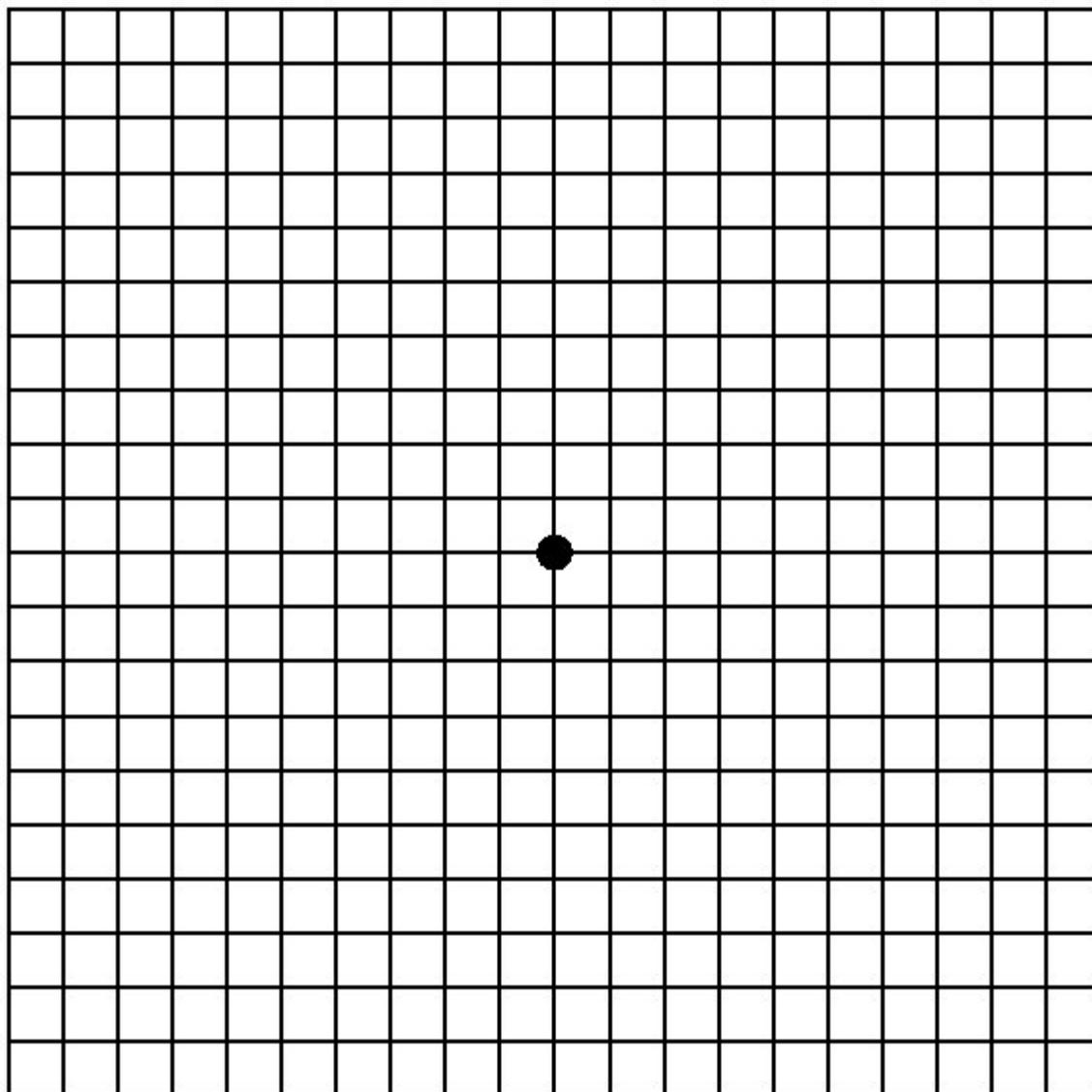
76. 7èmes journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA. Dossier de presse. Avril 2013.-20p.

77. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, et al. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;24(150):4-11.

78. Decrion J, Abraham E. Les déficiences visuelles de la personne âgée. *Projet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine*. Septembre 2009.- 18p.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Grille d'Amsler remise aux médecins généralistes interrogés avec les consignes patients puis les consignes médecins



- la grille doit être regardée à la distance habituelle de la lecture (à une distance d'environ 30 à 35 cm) ; si vous utilisez habituellement des lunettes pour lire, mettez-les,
- le test doit être fait pour chaque œil séparément, en utilisant un œil à la fois, tout en couvrant l'autre œil de votre main ou à l'aide d'un cache.

1. Commencez par l'œil droit (fermez ou cachez l'œil gauche) : regardez le point situé au milieu de la grille et gardez votre attention sur ce point central.

2. Tout en continuant de fixer le point central, vérifiez si toutes les lignes verticales et horizontales sont droites et si les carrés sont tous de même taille.

Les lignes sont-elles droites ou tordues, déformées, ondulées ?
Présentent-elles des distorsions ?

Les carrés sont-ils de taille égale ou sont-ils flous et déformés ?

Voyez-vous des blancs, des endroits effacés, vides ou flous ?

3. Répétez le test avec l'autre œil.

Effectuez ce test régulièrement, une fois par semaine. Si vous découvrez des lignes déformées, des carrés de dimensions différentes ou manquants, consultez sans tarder votre ophtalmologiste.

Vous pouvez réaliser ce test aisément, en tout lieu et à tout moment avec chaque patient(e) :

1. Si votre patient(e) porte des lunettes ou des lentilles de contact, il/elle doit les garder lors du test
2. Demandez-lui de cacher un œil avec une main
3. Placez la grille d'Amsler, bien éclairée, à une distance de 30-35 cm de votre patient(e)
4. Demandez à votre patient(e) de fixer le point noir au centre de la grille avec l'autre œil
5. Demandez à votre patient(e) de vous décrire la manière dont il/elle voit le reste de la grille sans cesser de fixer le point noir
6. Le/la patient(e) doit éviter de regarder la grille
7. Demandez au/à la patient(e) de recommencer le test avec l'autre œil
8. Résultat du test:
 - a. Le/la patient(e) a-t-il/elle vu des zones vides, déformées ou floues, ou des lignes déformées ?
 - b. Le/la patient(e) a-t-il/elle vu des carrés de dimensions différentes ou manquants ?
 - c. Le/la patient(e) a-t-il/elle été dans l'incapacité de voir les 4 coins de la grille ?

Si vous remarquez des irrégularités, veuillez prendre les mesures nécessaires.

ANNEXE N°2 : Schéma des signes fonctionnels permettant d'établir le diagnostic de la DMLA par la HAS

Les signes fonctionnels permettant d'établir le diagnostic de la DMLA

La baisse d'acuité visuelle centrale est fréquente, mais n'est pas spécifique de la DMLA chez les sujets âgés.

Chez tout patient de plus de 50 ans qui se plaint de métamorphopsies, c'est-à-dire d'une perception déformée des lignes droites et des images, associée ou non à une baisse de l'acuité visuelle, il convient de rechercher une pathologie maculaire, et en particulier une DMLA.

Les autres signes fonctionnels, plus difficiles à objectiver, sont l'apparition :

- d'un ou plusieurs scotomes (tache sombre perçue par le patient) ;
- d'une diminution de la perception des contrastes ;
- d'une gêne en vision nocturne ;
- de difficultés à la lecture ;
- d'une sensation d'éblouissement ;
- de modifications de la vision des couleurs.

Etat normal

Macula

Photorécepteurs

Epithélium pigmentaire

Vaisseaux sanguins de la choroïde

DMLA atrophique

Dégénérescence des photorécepteurs

Drusen

DMLA exsudative

Prolifération de néovaisseaux choroïdiens

Grille d'Amsler

Une personne de plus de 50 ans qui présente ces symptômes doit très vite être adressée à un ophtalmologiste qui fera rapidement (moins d'une semaine) un bilan ophtalmologique clinique complet comprenant une dilatation pupillaire avec examen approfondi du fond d'œil et des explorations complémentaires.

Infographie : Pascal Marseaud

ANNEXE N°3 : Premier guide d'entretien qualitatif

1. Question Sensibilisation

- Qu'est-ce qui vous a incité à accepter cet entretien ? (importance de la DMLA en France ? dans le monde ? en termes de santé publique ? d'enjeux socio-économiques)
- Concernant vos patients porteurs de cette maladie dans votre patientèle, quelles répercussions relevez-vous sur leur santé physique et/ou psychique ? Pensez-vous qu'il y en ait d'autres ?

2. Question Représentation du rôle du médecin généraliste

À quel niveau de prise en charge de vos patients porteurs d'une DMLA vous situez-vous ?

- En termes de prévention primaire qu'envisagez-vous ?
- En termes de dépistage - prévention secondaire ?
- En termes de prévention tertiaire ?

3. Question Savoir faire

Nous allons détailler ces prises en charge :

- Comment intégrez-vous (intégreriez-vous) la prévention primaire de la DMLA à vos consultations ?
- De quelle manière pratiquez-vous le dépistage ? Et si vous aviez à le faire ?
- Comment envisagez-vous le suivi de vos patients traités pour cette pathologie/en cours de traitement ? Et si vous aviez à le faire ?
- Comment gérez-vous le handicap visuel de vos patients atteints ?

4. Question Freins

- Quelles difficultés rencontrez-vous à dépister la DMLA ? Percevez-vous des obstacles liés au patient ? liés aux spécialistes ? liés à notre exercice de médecine générale ?
- Ressentez-vous quelques difficultés par rapport au suivi de cette pathologie ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge des conséquences psychologiques de la maladie chez vos patients atteints de DMLA avancée ? Dans la mise en place des aides techniques ou financières ?

5. Question Besoins

- De quels moyens auriez-vous besoin pour vous aider à dépister la DMLA et prendre en charge vos patients atteints ?

ANNEXE N°4 : Guide d'entretien qualitatif corrigé

1. Question Sensibilisation

- En quoi le sujet vous a-t'il incité à accepter cet entretien ? (quelle est selon vous l'importance de la DMLA en France? dans le monde ? en termes de santé publique ? d'enjeux socio-économiques)
- Concernant vos patients porteurs de cette maladie dans votre patientèle, quelles répercussions relevez-vous sur leur santé (physique et/ou psychique) ? Pensez-vous qu'il y en ait d'autres ?

2. Question Représentation du rôle du médecin généraliste et savoir- faire

À quel niveau de prise en charge de vos patients porteurs ou à risque de DMLA vous situez-vous ?

- En termes de prévention primaire qu'envisagez-vous ? Comment intégrez-vous (intégreriez-vous) la prévention primaire de la DMLA à vos consultations ?
- En termes de dépistage - prévention secondaire ? De quelle manière pratiquez-vous le dépistage ? Et si vous aviez à le faire ? Comment envisagez-vous le suivi de vos patients traités pour cette pathologie/en cours de traitement ? Et si vous aviez à le faire ?
- En termes de prévention tertiaire ? Comment gérez-vous le handicap visuel de vos patients atteints ? (mise en place d'aides visuelles, humaines, techniques)

3. Question Freins

Quelles difficultés rencontrez-vous à prendre en charge la DMLA ?

- à effectuer de la prévention primaire de cette maladie ?
- à la dépister et la suivre ?
- à gérer le handicap visuel ?

Percevez-vous des obstacles liés au patient ? liés aux spécialistes ? liés à notre exercice de médecine générale ?

4. Question Besoins

De quels moyens pensez-vous avoir besoin pour vous aider à prendre en charge la DMLA ?

- à réaliser de la prévention primaire ?
- à dépister la maladie ? à la suivre ?
- à gérer le handicap visuel ?

ANNEXE N°5 : Discours d'annonce de recrutement téléphonique des médecins généralistes sélectionnés

« Bonjour. Je me présente SPINA Sarah, interne en médecine générale en fin de cursus. Je me permets de vous contacter à propos de mon sujet de thèse d'exercice qui cherche à étudier les freins à la prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge par les médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées. L'objectif serait par une meilleure compréhension des obstacles à cette prise en charge, d'en améliorer le dépistage et la gestion du handicap visuel. Pour cela, j'effectue des entretiens individuels semi-dirigés d'une durée de 15 minutes que j'enregistre par dictaphone et retranscris de manière totalement anonyme. Je me permets donc de vous contacter pour savoir si vous accepteriez de me consacrer un peu de votre temps pour répondre à cet entretien. »

ANNEXE N°6 : Questionnaire quantitatif

1 Etes-vous ?

une femme un homme

2 Vous avez entre :

20 - 30 ans 31 - 40 ans 41 - 50 ans 51 - 60 ans 61 - 70 ans

3 Depuis combien d'années exercez- vous ?

moins de 5 ans entre 5 et 20 ans plus de 20 ans

4 Vous exercez :

en milieu urbain en milieu semi - rural en milieu rural

seul en cabinet de groupe

5 Dans quel département de Midi-Pyrénées exercez-vous :

6 Etes-vous maître de stage universitaire ?

OUI NON

7 Avez - vous déjà suivi une formation spécifique sur la DMLA/troubles visuels en médecin générale ?

OUI NON

Si oui : en quelle année ? Par quel organisme ? Quel intitulé ?

8 Avez-vous été informés de la campagne de dépistage annuelle de la DMLA ?

OUI NON

Si oui : par quel biais ? Vous a-t'elle aidée dans l'incitation des patients au dépistage ?

9 Connaissez-vous le centre de rééducation basse-vision le plus proche de votre lieu d'exercice ?

OUI NON

10 Connaissez-vous le livret « quand la malvoyance s'installe » de l'INPES ?

OUI NON

Merci infiniment pour votre participation.

ANNEXE N°7 : Retranscription entretien N° 11

Q- Voilà donc la première question que j'aimerais vous poser c'est en quoi cet entre., qu'est-ce-qui vous a incité à accepter cet entretien ?

1- « Ben parce que je sais que c'est une pathologie qui est de plus en plus fréquente »

Q- Oui

1bis- « Et quiiii mérite d'être traitée de bonne heure et que c'est pas le cas, enfin c'est pas le cas disons qu'on, il y a un retard au diagnostic et à la prise en charge quoi voilà en plus de ça bon la prise en charge est, après le traitement, je sais coûte très cher euh, il y a un problème de comment dire entre deux produits quoi, le produit officiel qui est à 1200 euros l'injection et il y en a un autre équivalent qui coûte 3 fois moins cher mais qui n'a pas l'indication, bon ça c'est des choses qui nous dépassent mais c'est, ça fait partie des histoires farfelues qui, qui mine de rien sont un frein de plus quoi »

Q- C'est vrai, c'est vrai...Concernant vos patients porteurs de cette pathologie, quelles répercussions vous avez pu relever sur leur santé ?

2- « Euuuhhh ben le problème de handicap, justement là je viens de faire une D.S.I. »

Q- Oui

2bis- « Pour une patiente qui en a une, qui a du coup fait des chutes, vit seule chez elle, est isolée, euuhhh donc elle peut plus lire, le le le, elle s'emmerde, c'est pénible, du coup ce sont évidemment des personnes âgées, quand elles vivent seules chez elles automatiquement euh ben un gros handicap, dépendant de beaucoup de personnes, elles peuvent plus sortir seules, elles peuvent plus aller faire leurs courses, elles ont du mal à faire leur cuisine enfin, et puis ne serait-ce que ne pas pouvoir lire, de ne pas pouvoir tricoter, de pas pouvoir regarder la télé même si c'est pour regarder la croisière s'amuse » *sourire des deux* « et oui mais quand on n'a que ça ! »

Q- C'est vrai

2ter- « Et donc ils n'ont même pas, même plus ça quoi voilà »

Q- Mmm, vous avez beaucoup de patients atteints ?

3- « Non j'en ai, je dois en avoir 2 ou 3, c'est pas énorme mais »

Q- D'accord et à quel niveau de prise en charge de vos patients atteints ou susceptibles de l'être vous situez-vous en tant que généraliste ?

4- *Soupir* « et ben on devrait se situer au début au début au tout début, j'ai le fameux petit carré » (*en me montrant une grille d'Amsler fixée au mur*)

Q- Oui

4bis- « Il est en bonne place euuhhh mais c'est vrai que on l'oublie un peu bon euh alors après l'ophtalmo est quand même un domaine un tout petit peu à part, à part les conjonctivites standards que l'on soigne régulièrement »

Q- Mmm

4ter- « À partir du moment où il y a un problème de, d'appréciation de la vision bon c'est vrai que ça dépasse, ça dépasse nos compétences si ce n'est ça alors et beh avec un test qui est d'une simplicité désarmante quoi »

Q- Tout à fait

4ter'- « Le seul truc c'est qu'il faut y penser et j'ai beau l'avoir mis là, on passe devant pour aller dans la pièce à côté, je reconnais que je demande pas toujours aux gens, tai fermez un œil regardez-moi ce point quoi »

Q- À quel moment vous êtes emmenés à le faire ces... ?

5- « Beh justement si si, des personnes qui nous signalent qu'elles ont des difficultés à voir ou qu'elles ont un certain âge, euh ou c'est vrai que quand j'y pense je leur dis tiens, arrêtez-vous deux secondes »

Q- Oui

5bis- « C'est pas le temps qu'il faut pour le faire »

Q- Mmm

5ter- « Et on a tellement de choses chronophages dans notre métier que ça au moins ça ne l'ai pas » *sourire des deux* « il faut le reconnaître euh bon il, on les fait, je le fais quelque fois justement quand j'y pense, regardez bon, et après c'est vrai que bien souvent le diagnostic est fait chez l'ophtalmo quand elles vont changer leurs lunettes ou faire vérifier, qu'elles ont cassé leurs lunettes ce qui quelquefois est utile, il faudrait que ce soit plus systématique chez nous mais il est un fait qu'on a tellement de choses systématiques à faire que quelquefois euh, quand on est un peu pressé et qu'il y a du monde dans la salle d'attente euuhhh, on va à l'essentiel et puis c'est tout voilà »

Q- D'accord, et vous êtes amenés à suivre un petit peu les patients qui sont traités, atteints ?

6- « Je les suis par ailleurs, je ne les suis pas pour ça parce qu'après euh l'indication de, du, de l'injection, du traitement bon ça c'est quand même affaire de spécialiste et de toute façon c'est pas moi qui vais faire l'injection donc après euh spécifiquement les traiter non, par contre je, je les traite en tant que généraliste pour leur tension, pour leur diabète, pour leur arthrose, pour leur grippe, etc. »

Q- Mmm et en terme de prévention tertiaire, quelles, comment vous gérez le handicap visuel justement dans la pratique quotidienne, comment vous aidez vos patients atteints ?

7- « Euh eh ben soit certains s'ils sont seuls peuvent être en maison de retraite en fonction d'autres pathologies, cette patiente-là vient de me téléphoner il y a une heure, a besoin d'une infirmière maintenant pour faire la préparation du pilulier, et c'est ce que je viens de préparer, sa fille vient le chercher cet après-midi donc euh là ben il faut absolument qu'une infirmière vienne lui préparer ses pilules parce que sinon elle se mélangera les pédales quoi, déjààà entre le lundi et le mardi est-ce qu'elle va bien ouvrir la bonne case... »

Q- Oui

7bis- « On va vérifier quand même avant quoi, sinon il faudrait que l'infirmière vienne tous les jours donner les... »

Q- Les remèdes

7ter- « Donner les médicaments et à ce moment-là si on en a trois fois par jour et qu'il y en a un au coucher il va falloir que je, il va falloir que je me débrouille pour simplifier, pour condenser, pour ne garder que le principal et puis éviter les multiprises médicamenteuses »

Q- Mmm, et en terme de prévention primaire, on n'en a pas parlé, vous l'intégrez comment à vos consultations la prévention primaire de cette maladie ?

8- « Ben ce serait surtout le le le dépistage parce qu'après euh pour, pour prévenir euh j'ai pas connaissance qu'il y ait de, à part j'avais entendu parler que l'aspirine il y a quelques années, j'avais lu un article que l'aspirine notamment permettrait de prévenir la cataracte enfin (*dubitatif*) je l'ai pas fait et je me suis fait opérer de la cataracte et ça va» *sourire des deux*

Q- D'accord, quelles difficultés vous rencontrez à prendre, à prendre en charge cette maladie dans la pratique quotidienne ?

9- « Ben c'est surtout les conséquences que ça a dans la vie des patients à fortiori si ils vivent isolés comme c'est, ce sont des personnes âgées souvent veuves, veufs ou veuves isolés et à ce moment-là c'est les complications que ça pose dans leur vie donc en matière de de courses, préparer la nourriture, faire porter, le portage des repas, euh préparer le pilulier eett le risque de, de méli-mélo dans les médicaments, de prendre trois fois le même et de pas prendre l'autre, enfin c'est surtout les, au niveau des conséquences pratiques qui, pour lesquelles il nous faut trouver des astuces, le système D, alors avec les aides à domicile, le portage des repas, le, l'infirmière qui vient faire la toilette ou préparer des médicaments, etc. c'est ça effectivement le plus compliqué et mine de rien ça représente effectivement un coût important »

Q- C'est vrai, c'est vrai, et est-ce-que vous percevez des difficultés à intégrer le dépistage de cette maladie a vos consultations ?

10- « Et ben la difficulté surtout c'est d'y, c'est d'y penser »

Q- Oui

10bis- « C'est d'y penser, les gens viennent pour leur tension, pour leur, pour leur cœur, pour leur diabète, on discute de leurs pathologies, on parle de, un peu de la pluie et du beau temps à côté, euh des enfants, éventuellement du match de rugby de la veille si c'est un ancien rugbyman enfin bon le, ça ça fait, et c'est vrai que le, la grosse difficulté effectivement, je reconnais, c'est que j'oublie de leur faire faire le test même si je l'ai placé en bonne place et qu'on y passe devant quoi mais c'est tout » *sourire des deux*

Q- Mmm vous êtes parmi les premiers qui l'a déjà, dans mes interrogatoires, c'est malheureusement pas assez répandu...

10ter- « Et oui »

Q- Et de quels moyens pensez-vous avoir besoin pour vous aider à plus ou mieux la dépister, à mieux la suivre ou la prendre en charge ?

11- « Ben il y a des campagnes à la télé, j'ai vu plusieurs fois même si c'est pas des heures où je suis forcément devant ma, ma, mon poste de télé quand même à 8H du soir avant les infos ou après, il y a eu des spots sur la DMLA donc pensez-y, c'est vrai que ça ça peut nous aider, et si les patients, qu'on dit aux gens si vous voyez trouble, si on leur montre une image brouillée euh donc c'est vrai que ça ça peut nous aider pour que à la consultation suivante le patient nous dise, ah dites-donc là on m'a parlé de cette DéééLAM enfin bon peu importe ils vont vous dire ça avec un mot tordu mais on peut comprendre de quoi il s'agit, c'est vrai que je vois trouble, je vois plus la couleur des yeux de ma petite fille, donc je pense que ça ça peut nous aider de manière à ce que les patients s'ils vous posent la question, on va leur dire à ben oui tain ce sera vite fait (*en me montrant la grille d'Amsler*) et c'est vrai que ça permettra que les gens y soient sensibilisés et déjà s'ils nous posent la question, il n'y a pas de problème, le test on aura vite fait hein »

Q- D'accord ça marche, ça marche, et vous pensez que, est-ce-que vous pensez avoir besoin de certains moyens pour mieux prendre en charge le handicap visuel justement ? Est-ce-que vous avez des idées de, d'alternatives pour arriver à le gérer quoi dans la vie quotidienne ?

12- *Réflexion* « ben dans la vie quotidienne après bon c'est le, ça ça va être la prise en charge du traitement donc quelle est son efficacité je sais pas, est-ce qu'on peut vraiment revenir en arrière, récupérer une partie de la vue je sais pas trop, je pense que à partir du moment où les dégâts sont faits, ils sont faits, et que on évite d'aller plus loin donc on limite, d'où l'intérêt de traiter le plus tôt possible euh, il y a le coût c'est vrai donc je je crois que c'est pris, je sais plus si c'est pris en charge ou si c'est pas pris en charge, parce que... »

Q- Si

12bis- « Si c'est pris en charge parce que justement quand je vois ce que nous coûte nous les lunettes, les... »

Q- Les injections si

12ter- « Donc je sais qu'il y a quand même des trucs qui coutent très très cher et qui sont pas pris en charge, je savais pas trop, et justement puisqu'il y a cette bagarre entre 2 produits avec un rapport de 1 à 3 ou de 1 à 4, euh, si bien qu'il y a un problème là aussi quoi »

Q- C'est sûr après ce qui est pas trop pris en charge, c'est justement les moyens optiques, tout ce qui est loupe éclairante...

13- « Ah oui »

Q- Verres polarisés tout ça pour les gens justement atteints avec un handicap visuel, malheureusement ça, ils ont pas d'aides quoi...

13bis- « Mais oui, et quand on a déjà des petites retraites euh, nous ça nous arrive déjà au niveau médicamenteux de voir des gens, des personnes âgées qui nous disent ah mais ça je le prends pas, parce que je le, euh c'est pas remboursé, ou c'est remboursé à 15 %, j'ai eu plusieurs fois des personnes âgées ou même des jeunes, actuellement quand il s'agit de tous ces jours-ci depuis deux mois-là, traiter les rhinopharyngites banales, les viroses saisonnières, pratiquement tout, les gouttes nasales, les collutoires etc, il y en a plus un seul de remboursé »

Q- C'est vrai

14- « Les fluidifiants bronchiques qui sont pas complètement inutiles »

Q- Inutiles ouais

14bis- « Ne sont plus du tout remboursés depuis plusieurs années, on se fait engueuler, les gens disent ouais mettez-moi des trucs remboursables, sinon je... »

Q- Y en a pas !

14ter- « Je veux bien, je demande pas mieux mais y en a pas quoi » *sourire des deux*

Q- Y en a pas, mmm, c'est vrai

14ter'- « Alors à part euh un jour, on m'a présenté un sirop à base de plantes qui lui serait encore remboursé à 15 % euh, après quelle est son efficacité, je sais pas trop, donc sous prétexte d'avoir la bonté de mettre quelque chose de remboursé à 15 %, le patient de toute façon va avoir 85 % à sa charge, et si en plus le machin est pas franchement efficace... »

Q- Oui

14ter''- « En conscience, on est un peu embêté quoi »

Q- C'est vrai, c'est vrai

14ter'''- « Donc euh, et à ce moment-là c'est vrai que toutes ces, bon après tous les accessoires, comment ça va être, les je sais pas quoi les déambulateurs... »

Q- Mmm

14ter''''- « Les couches, ça coute une fortune c'est vrai que tous ces accessoires qui deviennent indispensables, avec l'âge, avec des pathologies où on, celle-là ou d'autres, c'est un gros problème, c'est un gros problème »

Q- C'est vrai, c'est vrai, merci beaucoup je vous fais travailler un tout petit peu, remplir un petit questionnaire très rapide hop !

Je le remercie à nouveau après lui avoir remis le guide de l'I.N.P.E.S.et la grille d'Amsler, nous nous quittons.

ANNEXE N°8 : Sommaire du DVD annexé en troisième page de couverture

- 1- Retranscription Entretien Test N°1 (ET1) médecin généraliste Tarn semi-rural
- 2- Retranscription Entretien Test N°2 (ET2) médecin généraliste Tarn urbain
- 3- Retranscription Entretien N°3 (E3) médecin généraliste Aveyron rural
- 4- Retranscription Entretien N°4 (E4) médecin généraliste Haute-Garonne rural
- 5- Retranscription Entretien N°5 (E5) médecin généraliste Aveyron semi-rural
- 6- Retranscription Entretien N°6 (E6) médecin généraliste Haute-Garonne urbain
- 7- Retranscription Entretien N°7 (E7) médecin généraliste Tarn-et-Garonne semi-rural
- 8- Retranscription Entretien N°8 (E8) médecin généraliste Gers semi-rural
- 9- Retranscription Entretien N°9 (E9) médecin généraliste Gers rural
- 10- Retranscription Entretien N°10 (E10) médecin généraliste Ariège rural
- 11- Retranscription Entretien N°11 (E11) médecin généraliste Lot urbain
- 12- Retranscription Entretien N°12 (E12) médecin généraliste Hautes-Pyrénées urbain
- 13- Retranscription Entretien N°13 (E13) médecin généraliste Tarn-et-Garonne semi-rural
- 14- Retranscription Entretien N°14 (E14) médecin généraliste Lot rural
- 15- Matrice d'analyse thématique des 14 Entretiens

ANNEXE N°9 : Extrait de la matrice d'analyse thématique

	Rubriques	Sous - Rubriques	Thèmes	Verbatims SS	Verbatims JS
Freins à la prise en charge de la DMLA décrits par le médecin généraliste	Liés au médecin généraliste	Manque d'intérêt	Non concerné	E6/11- « Ah ben la plus grosse difficulté je pense c'est de, de, de pas se sentir concerné, on a, le médecin généraliste globalement a beaucoup de mal à se sentir concerné par l'ophtalmologie [...] avec l'ophtalmo c'est un statut un peu à part vu qu'il est en accès direct, on est moins concerné, je pense que c'est ça la plus grosse difficulté [...] » E7/10ter- « [...] je vais pas dépister la DMLA pour autant » E7/11ter''- « [...] et puis c'est pas ma patientèle en plus donc euh, je suis pas confronté au problème »	
		Oubli	Ne pas y penser	E5/2- « [...] on oublie de le faire [...] » E6/11- « [...] après euh, après la deuxième difficulté ben euh c'est d'y penser enfin [...] » E11/4bis- « Il est en bonne place euuhhh mais c'est vrai que on l'oublie un peu bon euh [...] » E11/4ter'- « Le seul truc c'est qu'il faut y penser et j'ai beau l'avoir mis là, on passe devant pour aller dans la pièce à côté, je reconnais que je demande pas toujours aux gens, tai fermez un œil regardez-moi ce point quoi » E11/10- « Et ben la difficulté surtout c'est d'y, c'est d'y penser » E11/10bis- « C'est d'y penser, les gens viennent pour leur tension, pour leur, pour leur cœur, pour leur diabète, on discute de leurs pathologies, on parle de, un peu de la pluie et du beau temps à côté, euh des enfants, éventuellement du match de rugby de la veille [...] » E11/10bis- « C'est d'y penser, [...] et c'est vrai que le, la grosse difficulté effectivement, je reconnais, c'est que j'oublie de leur faire faire le test même si je l'ai placé en bonne place et qu'on y passe devant quoi mais c'est tout » <i>sourire des deux</i>	
		Délégation	Délégation totale à l'ophtalmologue	ET1/21- « [...] donc je pense bon, que l'ophtalmo il fait déjà son dépistage là [...] je pense que c'est plus à lui de le faire [...] » E6/11- « [...] le médecin généraliste globalement a beaucoup de mal à se sentir concerné par l'ophtalmologie [...] on délègue [...] »	
			Suivi spécialisé	E3/12- « [...] puis bon les gens qui sont suivis par l'ophtalmo régulièrement, c'est même pas la peine quoi [...] » ET1/4- « Je pense que je le dépiste pas, je le dépiste pas parce que, parce que je pense qu'ils vont régulièrement chez l'ophtalmologue [...] »	
		Manque de Connaissances	Sur la maladie	E7/11- « C'est une pathologie que je connais pas » E7/15- « Oui et c'est quelque chose que je ne connais pas » E9/1- « En fait parce que c'est une maladie que je connais très mal [...] » E9/6bis- « Voilà, tout bêtement j'avoue mon ignorance » <i>sourire des deux</i> « en la matière » E9/7bis- « Donc les freins, voilà les freins essentiels c'est déjà ma méconnaissance des choses » E13/1- « Par méconnaissance, nous oublions de temps en temps d'être très strict sur tel pan de la pathologie, sur voilà »	E7/11bis- « Est-ce que c'est une vraie pathologie point d'interrogation ? » E7/11ter- « Parce que on crée facilement des maladies à notre époque » E7/12ter'- « Euh voilà je pense que parfois on est, on intervient un peu trop »

ANNEXE N°10 : Courrier type d'orientation du patient diabétique à l'ophtalmologue

Entête du médecin :

--

Au Dr _____ Spécialiste Ophtalmologiste A _____, le _____

<p><u>Signalétique du patient :</u></p> <p>Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p>N° SS : ALD :</p>
--

Cher Confrère,

Je vous adresse le patient _____ pour son suivi
ophtalmologique dans le cadre d'un diabète de type 1

Ancienneté du diabète : _____ années

Pathologies associées :

Traitement en cours :

Données de son suivi

item	résultat
Hba1c	
créat	
Cl creat MDR	
microalbuminurie	
lipidogramme	
ta	
IMC	
Cardiopathie coronarienne	

Dans le cadre de la coordination des soins, je vous remercie de me transmettre les données de votre examen.
Recevez mes salutations confraternelles.

FO drt	FO gauche	Prochain suivi
Sgt antérieur drt	Sgt antérieur Gauche	
TO dte	TO Gauche	

Quels sont les freins à la prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge par les médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées ?

Introduction : La dégénérescence maculaire liée à l'âge constitue un problème de santé publique majeur de par sa fréquence mais aussi son retentissement sur la qualité de vie des patients.

Objectif : Identifier les freins à la prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge des médecins généralistes.

Matériel et Méthodes : Étude qualitative par 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées.

Résultats : Les freins sont liés au médecin généraliste (manque d'intérêt, de connaissances, de matériel, délégation, oubli, doutes) mais aussi à l'ophtalmologue (manque de communication, difficultés d'accès), au patient (absence de plaintes au médecin généraliste, croyances de santé) et à l'organisation du système de santé (manque de temps, de disponibilité, de formation et d'information).

Conclusion : Former et sensibiliser les médecins et les patients tout en développant la coopération interprofessionnelle et la coordination des soins sont des pistes d'amélioration de prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge par le médecin généraliste.

Mots-clefs : Dégénérescence maculaire liée à l'âge - médecin généraliste - freins - dépistage

What are the barriers in the management of age-related macular degeneration by general practitioners settled in Midi-Pyrénées?

Introduction: Age-related macular degeneration is a public health problem due to its frequency but also its repercussions on patient's quality of life.

Objective: To identify the barriers in the management of age-related macular degeneration by general practitioners.

Material and Methods: Qualitative study with 14 semi-directive interviews of general practitioners settled in Midi-Pyrénées.

Results: The barriers are related to general practitioner (lack of interest, of knowledge, of material, delegation, forgetting, doubts) but also to ophthalmologist (lack of communication, difficulties of access), to patient (no complaints to general practitioner, health beliefs) and to the health system organization (lack of time, of availability, of training and information).

Conclusion: Train and raise general practitioner and patient awareness with developing cooperation between professionals and care coordination are tracks to improve the management of age-related macular degeneration by general practitioners.

Key words: age-related macular degeneration - general practitioner - barriers - screening

Discipline administrative: Médecine Générale. Date de la soutenance : le 3 juin 2014.

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France.

Directrice de thèse : SUBRA Julie.

2014 TOU3 1026