



**HAL**  
open science

# Évaluation de la rupture d'information entre le patient, le médecin généraliste et l'équipe hospitalière dans le suivi du glaucome chronique en aquitaine en 2018

Christophe Nougaret

► **To cite this version:**

Christophe Nougaret. Évaluation de la rupture d'information entre le patient, le médecin généraliste et l'équipe hospitalière dans le suivi du glaucome chronique en aquitaine en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02160442

**HAL Id: dumas-02160442**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02160442>**

Submitted on 19 Jun 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N°84

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE  
GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 06 juin 2019

Par Christophe NOUGARET né le 15.02.1990 à Lyon

**ÉVALUATION DE LA RUPTURE D'INFORMATION ENTRE  
LE PATIENT, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'ÉQUIPE  
HOSPITALIÈRE DANS LE SUIVI DU GLAUCOME  
CHRONIQUE EN AQUITAINE EN 2018.**

Directeur de thèse

Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Membres du Jury

Professeur Jean-François KOROBELNIK	Président
Professeur Philippe CASTERA	Juge
Professeur William DURIEUX	Juge
Docteur Yves MONTARIOL	Juge

Rapporteur

Docteur Cédric SCHWEITZER

## REMERCIEMENTS:

**Aux membres du Jury :**

**Monsieur le Professeur Jean-François Korobelnik**

Professeur des universités

Médecin Ophtalmologiste

Chef de service d'ophtalmologie CHU Pellegrin

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et avez accepté dès le départ de m'aider dans ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

**Monsieur le Professeur William Durieux**

Professeur associé des universités

Médecin Généraliste libéral à Targon

Directeur adjoint du département de médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et de m'avoir consacré du temps pour lire et juger ce travail. J'espère que les problématiques soulevées par le sujet ont retenu votre intérêt. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Philippe Castera**

Professeur Associé des universités

Médecin généraliste libéral à Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et de m'avoir consacré du temps pour lire et juger ce travail depuis le dépôt de la fiche de projet. J'ai beaucoup apprécié suivre vos enseignements notamment en entretien motivationnel puis lors de ma présentation de Portfolio. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Yves Montariol**

Maitre de conférences associé

Médecin généraliste libéral à Pessac

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et de m'avoir consacré du temps pour lire et juger ce travail. J'espère que les problématiques soulevées par le sujet ont retenu votre intérêt. Soyez assuré de toute ma reconnaissance, et de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Cédric Schweitzer**

Médecin Ophtalmologiste, praticien hospitalier

Service d'ophtalmologie CHU Pellegrin

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon rapporteur pour ce travail et pour votre aide précieuse lors de l'élaboration du questionnaire et sa diffusion au sein du service d'ophtalmologie du CHU tout au long de ces six mois. Pour votre disponibilité et votre engagement soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph**

Professeur des universités

Médecin Généraliste libéral à Bordeaux

Directeur du Département de Médecine Générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Un grand merci de vous être proposé dès le départ dans ce travail pour résoudre mes difficultés dans l'organisation et la structure de la thèse puis d'avoir accepté de diriger cette thèse. Votre aide précieuse et votre disponibilité malgré l'éloignement géographique m'ont permis d'avancer de manière efficace dans les différentes étapes de ce travail. J'en suis touché et reconnaissant.

**À celles et ceux qui ont contribué à ce travail :**

Les ophtalmologues libéraux qui ont accepté de diffuser et de gérer le recueil des questionnaires au sein de leur cabinet et du centre hospitalier de Dax : Dr Isabelle Winter-Fuseaux, Dr Caroline Buestel, Dr Marie-Dominique Villate, Dr Franck Bertel, Dr Philippe Cousin, Dr Nicolas Mesplié, Dr Antoine Coupin, Dr Anne Rieu.

**À tous les médecins rencontrés au cours de mes différents semestres :**

Dr Jean-Pierre Martin, merci à toi d'avoir initié cette idée pour mon projet de thèse, travailler avec toi fut très enrichissant et un grand plaisir.

Dr Laurent Wong-So, merci à toi pour ta bienveillance en ce début d'internat aux urgences, ton accompagnement tout au long du semestre. J'ai découvert grâce à toi la médecine d'urgence mais surtout un ami.

Dr Élodie Lacotte-Marly, merci de m'avoir pris sous ton aile en ce début d'internat et d'avoir exigé le meilleur de moi-même dans ce semestre parfois difficile et intense, tu avais raison aujourd'hui je t'en suis reconnaissant.

Dr Bernard Laterrade, merci de m'avoir fait découvrir la médecine libérale, pour ta bonne humeur, ton intérêt et ta curiosité pour la médecine, ce semestre fut très enrichissant à tes côtés.

Dr Jean-Louis Mathio, merci pour ton accueil dans ton cabinet, merci d'avoir pu modifier ton planning pour me permettre de m'organiser sur cette année chargée avec les différents DU.

Dr Jean-Charles Belon, pour ton accueil au paradis à l'autre bout monde et m'avoir initié à la culture locale si différente de la métropole.

Dr Jean-Luc Tondeur, pour ta bonne humeur et les soirées coucher de soleil au Kou-Bugny mais aussi ton aide au dispensaire tout au long de ce semestre ensoleillé.

#### **Aux équipes médicales rencontrée au cours de l'internat**

- La team Blayaise : Cecile avec ta bonne humeur quelles que soient les difficultés rencontrées, Lulu, Jenny, Thomas, Valérie, Daouda, Abdel, Doudou, ...
- La team du dispensaire de Vao : Laurence, Clémence, Sylvain, Jordan, Monique, Marc, Lucille

#### **À mes proches :**

- À Tiffany : tu as illuminé ma vie il y a plus de 10 ans, une décennie de soutien sans faille depuis la première année, malgré toutes les difficultés rencontrées, tu as toujours été présente. Merci de me rendre heureux au quotidien, de me pousser à donner le meilleur de moi-même. J'espère te combler autant que tu le fais.
- À mes parents : Pour votre attention, votre bienveillance, et générosité. Pour m'avoir toujours tiré vers le haut. Pour avoir été présents et compréhensifs en toute occasion. Pour le plaisir de nos retrouvailles à chaque retour.
- À ma Little sister, Nolwenn, tu as toujours occupé la place de petite protégée pour moi mais une nouvelle vedette vient de te piquer la place, tu deviens désormais Tata Nono.

- À mon Papy et ma Mamie, pour votre amour, votre joie de vivre, votre gentillesse et d'être descendu me voir en ce jour si important pour moi.
- À ma belle-famille : Pascal, Armel, Apolline pour ces soirées passées ensemble me permettant de couper un peu avec les études. Anne, merci à toi tout au long de ces années et pour ton aide administrative avec toutes ces enveloppes !

**À mes amis :**

- de la fac depuis le début des études : Fanch, Tanguy, Chris, Morgane, Romain, Sam (l'homme mystère) pour nos soirées, festivals et vacances ensemble qui demeurent mémorables et aux prochaines sorties encore à venir.
- mes amis de Bretagne : Daphné, Nico (merci pour les stats!), Kévin, Émilie
- À la couz, Clémence, merci d'avoir hébergé les squatteurs régulièrement (avec une Téquito en prime!).
- mes co-internes : Pierre, Boubou, Gaëlle, Clément, Henry pour cette colloc du bonheur, haute en couleurs et nos sortie VTT ! A mon chanteur préféré, il se reconnaitra. À Sophie toujours en déambulateur depuis le ski...
- mes amis du bout du monde : Enzo merci pour ta générosité et ton petit grain de folie, Céline (merci de le canaliser). Mes belles rencontres sur l'île des Pins : Marie, Brice (le navigateur), Nitché, Marie Bzh, pour tous ces bons moments passés ensemble.

Enfin, à tous ceux que j'ai pu oublier de remercier, je suis sûr que vous arriverez à me pardonner ;-).

À Eliot, mon amour qui vient de chambouler ma vie depuis 6 jours au moment où j'écris ces lignes avec ta petite bouille adorable. Tu ne pèses que 2,8kg pour l'instant mais tu nous apportes déjà des tonnes de bonheur.

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	6
Index des tableaux.....	8
Index des figures.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
PREMIERE PARTIE : JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE.....	10
1. Introduction.....	10
2. Définition.....	11
3. Physiopathologie.....	11
3.1. Le glaucome primaire à angle ouvert à pression élevée :.....	11
3.2. Le glaucome primaire à angle ouvert à pression normale :.....	11
3.3. Les glaucomes secondaires à angle ouvert :.....	12
4. Symptomatologie.....	12
4.1. La phase de latence asymptomatique.....	12
4.2. La phase symptomatique.....	12
4.3. La phase d'évolution sémiologique.....	12
5. Facteurs de risques.....	14
6. Traitements.....	14
6.1. Le traitement médical.....	14
6.2. Le traitement au laser.....	15
6.3. Le traitement chirurgical.....	15
7. Observance du traitement médical.....	16
8. Bibliographie.....	18
DEUXIEME PARTIE : ARTICLE.....	20
1. Introduction.....	20
1.1. Prévalence du GCAO en France.....	20
1.2. Prévalence du traitement par topique oculaire dans le GCAO en France.....	20
1.3. Accessibilité aux soins en France.....	20
1.4. Evaluation de la communication entre praticiens.....	21
2. Méthode :.....	21
2.1. Analyse descriptive :.....	22
2.2. Analyses bivariées :.....	22
3. Résultats.....	22
3.1. Analyses descriptives.....	22
3.1.1. Données démographiques des patients de l'enquête.....	22
3.1.2. Traitement pour le glaucome et transmission de l'information.....	23

3.1.3. Traitement pour le glaucome et transmission de l'information chez les patients hospitalisés.....	24
3.2. Recherche des facteurs liés à l'information des médecins sur le glaucome, et l'apport du traitement.....	25
3.2.1. Information du médecin traitant.....	25
3.2.2. Information de l'équipe médicale à l'hôpital.....	26
3.2.3. Chez les personnes hospitalisées, relation entre l'apport du traitement et le sexe, l'âge.....	27
3.2.4. Les transmissions de l'information aux médecins et l'apport du traitement.....	28
4. Discussion.....	30
4.1. Caractéristiques démographiques :.....	30
4.2. Caractéristiques thérapeutiques.....	30
4.3. Limites et biais de l'étude.....	31
5. Conclusion.....	32
6. Bibliographie :.....	32
ANNEXES :.....	35
ANNEXE I :.....	35
ANNEXE II :.....	37

## Index des tableaux

*Tableau 1. Risque d'évolution vers la cécité en fonction des caractéristiques du glaucome, d'après le South East Asia Glaucoma Interest Group, 2004 (7).*

*Tableau 1 : données démographiques des patients avec glaucome (n=944)*

*Tableau 2 : Prévalences du traitement pour le glaucome, de la transmission de l'information et de l'hospitalisation*

*Tableau 3 : prévalences du traitement et de la transmission de l'information sur le glaucome parmi les patients hospitalisés dans l'année*

*Tableau 4 : prévalences de l'information du médecin traitant suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=944)*

*Tableau 5 : prévalences de l'information de l'équipe médicale à l'hôpital suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=180)*

*Tableau 6 : prévalences de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=108)*

*Tableau 7 : prévalence de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant l'âge (n=108)*

*Tableau 8 : prévalences de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant la transmission de l'information du médecin traitant et/ou à l'équipe médicale (n=164)*

*Tableau 9 : prévalences de l'information de l'équipe médicale à l'hôpital suivant l'information du médecin traitant (n=180)*

## Index des figures

*Figure 1 : La trabéculéctomie.....16*

*Figure 2 : La sclérectomie profonde non perforante.....16*

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

GCAO	Glaucome chronique à angle ouvert
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIO	Pression intra-oculaire
HTIO	Hyper-tension intra-oculaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
NS	Non significatif
SLT	Trabéculoplastie sélective

## PREMIERE PARTIE: JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

### 1. Introduction

Le glaucome chronique à angle ouvert (GCAO) est une neuropathie optique avec ou sans présence d'une hypertension oculaire.

Il s'agit d'une pathologie d'évolution asymptomatique au début de la maladie engendrant une altération progressive du champ visuel pouvant à terme conduire à la malvoyance et à la cécité du patient.

En France on estime à 800 000 le nombre de patients suivis pour un GCAO soit 2 % de la population âgée de plus de 40 ans. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé en 2008 à 4,5 millions le nombre de personnes atteintes de cécité liée au GCAO dans le monde ce qui représente plus de 12 % du taux de cécité mondiale et donc la 2<sup>e</sup> cause de cécité dans le monde (1). Les ophtalmologistes français estiment à 400 000 le nombre de patients non diagnostiqués et non traités pour leur glaucome (2).

Le principal traitement du GCAO est le traitement médicamenteux par administration quotidienne de médicaments topiques par voie ophtalmique (collyre) (1). L'observance du patient doit donc être totale pour un contrôle efficace de la pathologie. Une éducation thérapeutique du patient est un prérequis indispensable à la mise en place de ce type de traitement accompagné d'un suivi ophtalmologique régulier. Pourtant selon plusieurs études l'observance du traitement topique ophtalmique par les patients au domicile reste moyenne (1,3).

La rupture thérapeutique des traitements par topiques ophtalmiques hypotonisant dans le GCAO entraîne une ré-élévation de la pression intra-oculaire, or une baisse de 25 % de la pression intra-oculaire (PIO) réduit la progression du GCAO de 62 % à 45 % après 6 ans de suivi (4). D'après l'Advanced Glaucoma Intervention Study les patients ayant une PIO toujours inférieure à 18 mmHg ne développent pas de perte supplémentaire du champ visuel, les patients dont la PIO moyenne est inférieure ou égale à 14 mmHg durant les 18 premiers mois vont mieux que ceux dont la PIO moyenne est de 17,5 mmHg ou plus (5).

Ces éléments nous ont amenés à nous interroger sur le rôle du médecin généraliste dans le suivi du GCAO de ses patients. Le médecin généraliste est-il informé de cet antécédent médical par l'ophtalmologue ou par le patient lui-même ? Lors d'une éventuelle hospitalisation, l'information sur le statut glaucomateux ainsi que le traitement sont-ils connus de l'équipe médicale hospitalière prenant en charge le patient ?

L'objectif principal de notre étude était d'explorer la transmission de l'information de maladie glaucomateuse que fait le patient à son médecin traitant et à l'équipe hospitalière lors d'une hospitalisation.

## **2. Définition**

Le GCAO est une maladie associant des lésions du nerf optique avec un angle irido-cornéen ouvert et une PIO généralement élevée.

Il s'agit d'une neuropathie optique localisée au niveau de la papille optique, à l'endroit où se rassemblent les fibres nerveuses ganglionnaires rétiniennes. Sa définition est anatomo-clinique et associe un élargissement progressif de l'excavation pupillaire et une altération du champ visuel. La PIO constitue un facteur de risque majeur de progression de la maladie et une hypertension oculaire est présente dans deux tiers des cas.

L'hypertension intra-oculaire est définie par une pression intra-oculaire > 21mmHg, la PIO normale ayant une valeur comprise entre 15 +/- 6mmHg.

La maladie reste longtemps asymptomatique malgré les altérations progressives du champ visuel. Au stade tardif de l'évolution le patient peut se plaindre d'altération du champ visuel et d'altération de la fonction visuelle pouvant conduire à une cécité. Les examens nécessaires au diagnostic sont l'ophtalmoscopie, la gonioscopie, l'examen du champ visuel et la mesure de la PIO.

Le traitement se compose en première ligne d'un traitement médicamenteux topique par analogue des prostaglandines,  $\beta$ -bloquants ou également d'agonistes alpha2-adrénergiques ou d'inhibiteurs de l'anhydrase carbonique. En cas d'échec du traitement médicamenteux, la deuxième ligne repose sur un recours à la chirurgie filtrante du glaucome par trabeculectomie ou sclérectomie profonde. Enfin il existe différents types de laser qui constituent des traitements d'appoint de la maladie telle la trabéculoplastie sélective (SLT) qui a l'effet d'une monothérapie en collyre.

## **3. Physiopathologie**

### **3.1. Le glaucome primaire à angle ouvert à pression élevée :**

Il concerne la plupart des GCAO : l'ouverture de l'angle irido-cornéen demeure normale mais il y a un ralentissement à l'écoulement de l'humeur aqueuse au travers du trabeculum dont le rôle est de filtrer l'humeur aqueuse entre la chambre antérieure de l'œil et le canal de Schlemm puis les vaisseaux collecteurs et le réseau de drainage de la veine ophtalmique. Ceci engendre un déséquilibre entre production et résorption de l'humeur aqueuse avec augmentation de la PIO. Ce type de GCAO possède une atteinte bilatérale mais souvent de façon asymétrique. Il s'agit de la forme la plus fréquente dans la population caucasienne et africaine. Il est généralement observé après 40

ans (forme adulte) mais peut s'observer avant 40 ans, forme juvénile de prévalence 1/50 000 individus aux Etats-Unis (6).

### 3.2. Le glaucome primaire à angle ouvert à pression normale :

Il se caractérise par une atteinte progressive du nerf optique ainsi qu'une altération du champ visuel sans hypertension oculaire. Ces patients ont une incidence augmentée aux maladies vasospastiques (syndrome de Raynaud, migraine) ce qui mettrait en évidence une affection dans la vascularisation de la tête du nerf optique.

### 3.3. Les glaucomes secondaires à angle ouvert :

Ils résultent d'une affection ophtalmique, systémique ou iatrogène, engendrant un défaut de résorption de l'humeur aqueuse avec une augmentation de la PIO.

## 4. Symptomatologie

### 4.1. La phase de latence asymptomatique.

Le GCAO au début de la pathologie, est asymptomatique et d'évolution insidieuse, l'absence de symptôme pouvant persister durant 10 à 20 ans. L'atteinte du nerf optique n'est perçue par le patient seulement lors de la dégradation avancée du champ visuel.

### 4.2. La phase symptomatique.

La symptomatologie est variable avec céphalées, douleurs oculaires ou péri-orbitaires, larmoiement. Cependant, c'est la dégradation du champ visuel par élargissement et approfondissement des scotomes qui entraîne une gêne fonctionnelle pour le sujet et oriente le diagnostic vers l'œil : difficultés à la conduite automobile ou encore difficultés dans les escaliers si le champ visuel inférieur est atteint avec augmentation du risque de chute et dégradation de la qualité de vie pouvant conduire à l'apparition de syndrome dépressif. L'atteinte du champ visuel supérieur semble mieux tolérée par les patients, retardant encore le diagnostic. Au stade ultime de l'évolution, le champ visuel peut devenir tubulaire avec une baisse d'acuité visuelle de loin et de près irréversible.

### 4.3. La phase d'évolution sémiologique.

En l'absence de traitement la dégradation du nerf optique se poursuit avec un champ visuel réduit à un fin croissant temporal et à un îlot central de vision pour finir par une cécité totale. Ces symptômes sont liés à des modifications caractéristiques du nerf optique au niveau du disque, qui normalement, a la forme d'un cercle légèrement allongé verticalement avec une dépression localisée au centre appelée excavation. L'anneau neurosensoriel est le tissu entre la marge de l'excavation et le

bord du disque et est constitué des axones des cellules ganglionnaires de la rétine. Ces modifications caractéristiques regroupent une augmentation du ratio cup/disc, une réduction de l'anneau neurosensoriel, l'apparition d'une encoche ou fossette de l'anneau neuro-rétinien, d'une hémorragie dans la couche des fibres nerveuses traversant le bord du disque, d'une ovalisation de l'excavation et d'un trajet sinueux des vaisseaux sortant.

Tableau 1. Risque d'évolution vers la cécité en fonction des caractéristiques du glaucome, d'après le South East Asia Glaucoma Interest Group, 2004 (7).

<b>Stades de gravité</b>	<b>Risque d'évolution vers la cécité</b>	<b>Caractéristiques du glaucome</b>
<b>Stade 1</b>	Très élevé	- Atteinte du nerf optique + déficit visuel quel que soit le niveau de PIO
<b>Stade 2</b>	Important	- Atteinte du nerf optique - PIO modérément augmentée ou une PIO $\geq$ 30 mmHg mais avec un disque optique normal - Fermeture de l'angle avec présence de synéchies ou PIO augmentée - Néovascularisation
<b>Stade 3</b>	Modéré	- Disque optique normal et absence d'altération du champ visuel - PIO augmentée et disque optique subnormal - Œil controlatéral d'un œil dont la neuropathie optique a été confirmée
<b>Stade 4</b>	Faible	- PIO augmentée* - Vieillessement* - Fermeture de l'angle - Syndrome pigmentaire - Syndrome pseudo-exfoliatif - Hémorragie au niveau de la papille - Asymétrie de la papille - Antécédents familiaux de glaucome* - Facteurs de risque génétiques*

(\*) L'association de plusieurs facteurs de risque fait passer un sujet du groupe 4 au groupe 3.

## 5. Facteurs de risques

Les principaux facteurs de risques de GCAO identifié sont :

- Âge supérieur à 40 ans
- Origine ethnique (sujets mélanodermes)
- Myopie forte
- Antécédents familiaux de glaucome
- HTA, hypotension
- Prise de corticoïdes
- Hypertonie oculaire
- Syndrome d'apnée du sommeil

## 6. Traitements

Selon les recommandations de l'*European Glaucoma Society* (8), le traitement du GCAO a pour objectifs :

- Prendre en charge les patients à risque de glaucome et ne pas traiter trop largement les hypertonies oculaires
- Diminuer au maximum la PIO chez les patients ayant une altération majeure du nerf optique et/ou une dégradation rapide de leur champ visuel
- Adapter le traitement du glaucome au profil du patient, de ses conditions socio-économiques, des ressources médicales et des données de la science.

Il existe donc actuellement 3 types de traitements pour la prise en charge du glaucome (8).

### 6.1. Le traitement médical.

Il est prescrit à vie et ne doit pas être interrompu. Il s'agit principalement d'un traitement topique par voie ophtalmique en prise quotidienne. Il existe également d'autres voies d'administration pour les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique pris par voie orale ou en perfusion. Le traitement médicamenteux tiendra compte des éventuelles contre-indications du patient.

En France, il existe 6 classes de collyres anti-glaucomeux :

- Des molécules diminuant la sécrétion d'humeur aqueuse :
  - $\beta$ -bloquants (Timolol, Betaxolol avec diminution de la PIO de 6 et 6,9mmHg respectivement)

- Agonistes alpha2-adrénergiques (Brimonidine avec diminution de la PIO de 6,1mmHg)
  - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (Brinzolamide, Dorzolamide avec diminution de la PIO de 4,4 et 5,9 mmHg respectivement)
- Des principes actifs augmentant la résorption de l'humeur aqueuse :
- Analogues des prostaglandines (Bimatoprost, Latanoprost, Travoprost avec diminution de la PIO de 8,4 ; 7,9 et 8,2mmHg respectivement)
  - Agents cholinergiques
  - Agonistes alpha-adrénergiques non sélectifs

L'objectif du traitement médicamenteux est de baisser la PIO en fonction du stade de gravité du glaucome chronique selon l'*European glaucoma society* (8) :

- Dans le glaucome précoce, une PIO de <21 mmHg avec une réduction d'au moins 20 % peut être suffisante.
- Dans le glaucome modéré, une PIO <18 mmHg avec une réduction d'au moins 30% peut être nécessaire.
- Des pressions cibles plus basses peuvent être nécessaires dans les maladies plus avancées.

La PIO cible basée sur le stade de la maladie et la PIO doit ensuite être affinée en fonction de la présence d'autres facteurs de risque, de la longévité prévue du patient, du fardeau du traitement et des préférences du patient.

## 6.2. Le traitement au laser.

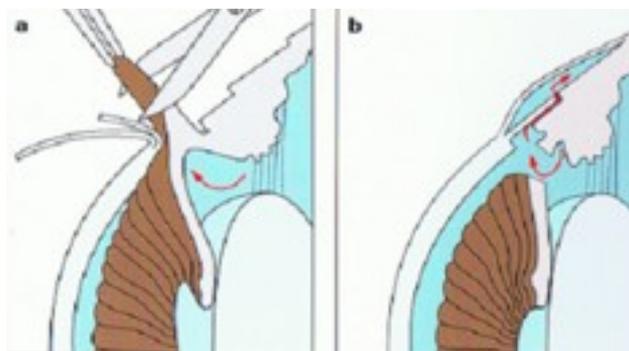
Il existe différentes catégories de laser pour le glaucome. Dans le GCAO, deux types d'intervention laser sont indiquées :

- La trabéculoplastie sélective au laser réalisant une perméabilisation du trabéculum ou une rétractation de l'angle irido-cornéen par photocoagulation sélective permettant une amélioration du flux d'écoulement de l'humeur aqueuse. Ce traitement peut constituer un complément traitement médical avec une baisse pressionnelle de 25 à 30 %.
- La cyclophotocoagulation au laser diode dont le but est la destruction des procès ciliaires sécrétant l'humeur aqueuse par laser diode appliqué sur la sclère. Ce traitement s'applique aux stades réfractaires du glaucome et en général lorsque la chirurgie filtrante n'est plus indiquée.

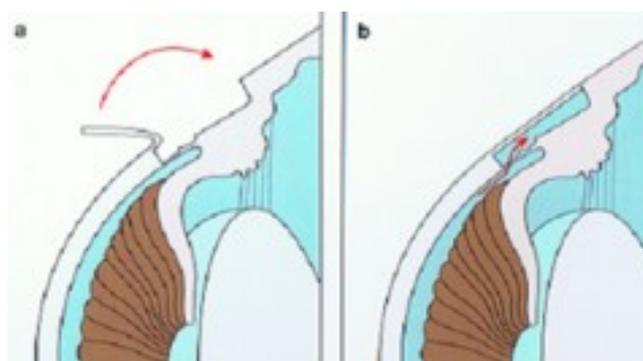
## 6.3. Le traitement chirurgical.

Le type de traitement chirurgical est fonction du type de glaucome et de l'anatomie de l'œil du patient. Pour le GCAO on utilise principalement :

- La trabéculotomie (*Figure 1*) permettant de réaliser une fistule entre la chambre antérieure de l'œil et les espaces sous-conjonctivaux par résection d'une portion du trabéculum,
- La sclérectomie profonde non perforante (*Figure 2*) qui consiste à ouvrir le canal de Schlemm, enlever la paroi externe et interne ainsi qu'une partie du trabéculum adjacent,
- Les valves de drainage permettant de dériver l'humeur aqueuse de la chambre antérieure vers les espaces sous-ténoniens postérieurs.



*Figure 1 : La trabéculotomie.*



*Figure 2 : La sclérectomie profonde non perforante.*

## **7. Observance du traitement médical.**

De façon globale, toute prise en charge d'une pathologie chronique associe une nécessité d'adhésion, d'observance et d'alliance thérapeutique.

L'observance thérapeutique est définie comme *un comportement selon lequel le malade prend son traitement avec assiduité et régularité optimales selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin* (9).

Selon diverses études publiées, le nombre de patients non observants ou mauvais observants serait compris entre 30 et 60 % toutes pathologies confondues (9). Dans le cas du GCAO, l'observance est probablement surestimée car les patients surestiment eux-mêmes l'observance qu'ils

ont par rapport à leur traitement (10). Cette observance est indispensable pour éviter l'évolution de la maladie et la baisse d'acuité visuelle (11).

Divers facteurs ont été mis en évidence pour expliquer la mauvaise ou la non observance des patients. Ces facteurs peuvent être dépendant du patient lui-même (caractéristiques cognitives, comportementales, sociales ou économiques), de la maladie (symptomatique ou non, chronique ou aiguë, l'impact mental de la maladie comme dans les affections psychiatriques), du traitement (efficacité ressentie, effets secondaires, complexité de prise, durée). En effet il existe une corrélation négative entre le nombre de traitements instillé chaque jour et l'observance.

L'annonce du diagnostic peut avoir un impact sur l'observance thérapeutique. En effet, les patients nouvellement diagnostiqués ont une réaction de passivité et d'anxiété fréquentes engendrant une observance scrupuleuse. Cependant après deux ans de traitement, ces patients ont tendance à éviter les situations anxiogènes (consultations médicales) et se montrent dans l'incapacité de décrire la gestuelle nécessaire à la prise de leur traitement. Il existe chez ces patients une modification comportementale avec altération de leur qualité de vie pouvant à terme par lassitude entraîner une diminution de l'observance thérapeutique (9).

D'autres facteurs nous intéressent ici dans la prise en charge du glaucome : les facteurs dépendant du médecin, généraliste ou ophtalmologiste, et les facteurs liés au système de soins. Le traitement du GPAO est médical et/ou chirurgical selon le niveau de PIO indiquée, chez la grande majorité des patients le traitement médical sera suffisant pour stabiliser la PIO à un niveau convenable. Seuls 5 à 10 % des patients nécessiteront un abaissement pressionnel supérieur au traitement médical par une intervention chirurgicale. Par ailleurs la chirurgie est pourvoyeuse d'effets secondaires indésirables non négligeables. Le traitement chirurgical malgré son efficacité n'est donc pas préconisé en première intention. Ainsi, tous les ophtalmologistes sont concernés par l'observance au traitement médical dans le GPAO. En effet l'observance dépend également de la relation médecin-malade (12). La mise en place et le suivi du traitement dépendent également du médecin, principalement chez des patients souffrant de polyopathologies chroniques avec des traitements prescrits par des médecins différents.

Le médecin généraliste, par son rôle de coordonnateur des soins et de suivi des pathologies chroniques, doit donc avoir une position centrale dans le contrôle de l'observance de ses patients. Pour autant, il ne détecte pas suffisamment l'adhérence et l'observance de ses patients glaucomeux à leur traitement (13). Pour améliorer cette situation, il est indispensable qu'il connaisse les différentes pathologies et traitements des patients à sa charge, que le dossier médical de chaque patient soit à jour. Encore faut-il qu'il s'informe auprès de ses patients d'antécédents ophtalmologiques. Encore faut-il aussi que ses patients comme ses confrères ophtalmologistes l'en tiennent informé.

L'accessibilité aux professionnels de santé joue aussi un impact dans la prise en charge du glaucome, beaucoup d'ophtalmologistes ont des délais de consultation de plusieurs semaines à

plusieurs mois dans certaines régions françaises. Nous pouvons alors nous demander comment est réalisé le suivi médical de la pathologie mais aussi comment et par qui est assuré le renouvellement des médicaments anti-glaucomeux.

Tous ces arguments montrent la nécessité d'un suivi régulier de ces patients par leur ophtalmologue référent ainsi que par leur médecin traitant. La transmission de l'information d'un antécédent de glaucome et de son traitement, faite par le patient lui-même, est un élément central de l'amélioration de la prise en charge du glaucome au long cours.

Dans ce contexte, l'objectif principal de notre étude était d'estimer la transmission de cette information au médecin généraliste et à l'équipe soignante lors d'une hospitalisation intercurrente, afin d'élaborer des pistes permettant une amélioration de la communication médecin-malade, médecin généraliste-ophtalmologue, et une optimisation de la prise en charge du patient glaucomeux.

## 8. Bibliographie

1. Tchabi S, Abouki C, Sounouvou I, Yèhouessi L, Doutetien C, Bassabi SK. Observance au traitement médical dans le glaucome primitif a angle ouvert. *J Fr Ophtalmol* 2011 ;34(9):624-8.
2. Haute Autorité de santé - Service évaluation médico-économique et santé publique. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome: problématique et perspective en France. Novembre 2006.
3. Okeke C, Quigley H, Jampel H, Gui-Shuang Y, Ryan J, Yuzhen J et al. Adherence with topical glaucome medication monitored electronically the Travatan dosing aid study. *Ophthalmology* 2009 ;116(2):191-9.
4. The AGIS Investigators. The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS). The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. *Am J Ophthalmol*. 2000 Oct ;130(4):429-40.
5. Oliver JE, Hattenhauer MG, Herman D, Hodge DO, Kennedy R, Fang-Yen M, and al. Blindness and glaucome: a comparison of patients progressing to blindness from glaucome with patients maintaining vision. *Am J Ophthalmol*. 2002 Jun;133(6):764-72.
6. Dureau P. Glaucome juvénile. ORPHA:98977. Orphanet. Avril 2014. Disponible sur : [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=FR&Expert=98977](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=98977)
7. South East Asia Glaucoma Interest Group. Asia Pacific Glaucoma Guidelines. 2ème éd. Sidney: Seagig; 2004.
8. European Glaucoma Society. Guide pour les glaucomes. 4<sup>ème</sup> Ed. Savona : Dogma; 2014.
9. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010;65(5-6):239-45.

10. Kass MA, Meltzer DW, M Gordon, et al. Compliance with topical pilocarpine treatment. *Am J Ophthalmol* 1986 ;101 :515.
11. Friedman DS, Hahn SR, Gelb L, Tan J, Shah SN, Kim EE, et al. Doctor-patient communication, health-related Beliefs, and adherence in glaucoma. Results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study. *Ophthalmology* 2008;115(8) :1320-7.
12. Nordmann JP, Akebi J. Améliorer l'adhérence au traitement des patients glaucomateux : le rôle du médecin. *J Fr Ophtalmol* 2011 ;34(6): 403-8.
13. Baudouin C, Béchettille A, Bron A, Denis P, Nordmann JP, Renard JP, *et al.* Intérêt de la mesure de la qualité de vie et de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de glaucome chronique à angle ouvert. *J Fr Ophtalmol* 2000;23(10):1057-64.

## DEUXIEME PARTIE: ARTICLE

### 1. Introduction

#### 1.1. Prévalence du GCAO en France

Le glaucome chronique à angle ouvert (GCAO) est la deuxième cause de cécité en France après la dégénérescence maculaire liée à l'âge d'après le Syndicat national des ophtalmologistes français (1). L'hypertension intra-oculaire (HTIO), facteur de risque majeur du GCAO a une prévalence estimée dans la population générale entre 4,5 % et 9,4 %. Dans le monde la prévalence du GCAO est évaluée entre 1,1 % et 3 % pour les sujets de plus de 40 ans mais est plus élevée chez les sujets mélanodermes atteignant une prévalence de 3,9 % à 7 % dans cette population d'après les études épidémiologiques analysant les sujets de 40 ans et plus (2-7). Le taux de patients non diagnostiqués est également important, estimé entre 49 % et 78 % selon les principales études épidémiologiques (2-7).

Dans les pays développés la prévalence du glaucome est estimée à 1,1 à 3 % de la population de plus de 40 ans, soit en France 800 000 patients suivis pour GCAO et environ 400 000 patients non diagnostiqués (8-9). La prévalence du glaucome augmente avec l'âge, passant de 0,4 % à 8,7 % avant 60 ans, à 3,1 % à 23,2 % à partir de 80 ans (10). Les antécédents familiaux de glaucome influent également sur l'incidence. En revanche d'autres facteurs étudiés, tels que le sexe ou le milieu socio-professionnel, ne sont pas associés à l'incidence du GCAO (11).

#### 1.2. Prévalence du traitement par topique oculaire dans le GCAO en France

Actuellement il existe peu d'études sur la prévalence du glaucome en France, extrapolée à partir de plusieurs études européennes. En revanche, il existe une étude française portant sur l'évaluation de la prévalence du traitement hypotonisant pour le glaucome et l'hypertonie oculaire (12). Dans cette étude, la prévalence du traitement hypotonisant est de 4,1 % dans la population générale avec une majorité de patients traités par collyres bêta-bloquant (49,5%) et par topiques à base de prostaglandine (37,4%) puis par des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique et enfin des collyres sympathicomimétiques et myotiques. La prévalence des traitements par collyre dans le GCAO

augmente avec l'âge des patients, le niveau d'études, les régions les mieux dotés médicalement, la taille de l'agglomération ou la facilité d'accès aux soins (12).

### 1.3. Accessibilité aux soins en France

Il existe malheureusement sur notre territoire de fortes disparités en matière d'accessibilité aux soins pour la population (13). Entre 2010 et 2013 les inégalités d'accès aux soins se maintiennent concernant les médecins généralistes alors que ces inégalités augmentent dans le même temps pour les ophtalmologistes. Ces disparités touchent particulièrement les communes rurales isolées où l'accessibilité aux médecins généralistes est trois fois inférieure à celle des communes proches des grands pôles de soins, et huit fois inférieure pour les ophtalmologistes. Il existe pourtant une augmentation nette du recours aux ophtalmologistes pour le GCAO entre 2000 et 2020, estimée entre 35,7 % et 40,8 % (14). Si la grande majorité des patients estime que leur suivi est correctement effectué par leur ophtalmologiste, près d'un tiers n'est pas satisfait du délai pour obtenir une consultation (13). Toutes ces disparités peuvent engendrer un sous-diagnostic et un suivi insuffisant des patients atteints de GCAO.

### 1.4. Evaluation de la communication entre praticiens

Il est donc important que le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, plus accessible, soit pleinement informé de la pathologie et du traitement de ces patients. Cependant, il a le sentiment d'un manque de collaboration avec les spécialistes, en particulier les médecins hospitaliers (14). De plus, son dossier médical n'est pas toujours renseigné sur les antécédents ophtalmologiques. Ainsi, la coordination des soins et la transmission des informations sur le GCAO risquent d'être insuffisantes, en particulier lors des hospitalisations émaillant le parcours de santé des patients, avec un risque potentiel d'altération de la fonction visuelle.

L'objectif principal de notre étude était d'explorer la transmission de l'information de maladie glaucomateuse que fait le patient à son médecin traitant et à l'équipe hospitalière lors d'une hospitalisation. L'objectif secondaire était d'évaluer la proportion de patients hospitalisés n'ayant pas eu leur traitement par voie ophtalmique (collyre) lors de leur séjour hospitalier.

## **2. Méthode :**

Nous avons réalisé une étude transversale par questionnaire anonyme administré aux patients consultant leur spécialiste ophtalmologiste habituel (annexe 1). Le questionnaire était composé de neuf questions fermées avec la possibilité de répondre par l'affirmative, la négative ou de ne pas savoir. Deux questions étaient complétées par une question ouverte en cas de réponse négative afin d'obtenir une

éventuelle information complémentaire sur ce choix négatif de réponse. Le patient devait répondre aux six premières questions puis compléter les trois dernières questions en cas de réponse positive à la sixième question. En cas de réponse négative à la sixième question, le patient n'avait pas à remplir les trois dernières questions. Une fois complété, le questionnaire était remis au secrétariat du service ou du cabinet libéral avant transfert par voie postale.

Ce questionnaire a été remis lors d'un rendez-vous chez l'ophtalmologiste référent du 20/04/18 au 15/12/18, dans 6 cabinets d'ophtalmologie libéraux d'Aquitaine, au centre hospitalier de Dax et dans le service d'ophtalmologie de référence régionale du glaucome chronique, du centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. Les données ont été collectées à l'aide d'un tableau Excel® puis l'analyse statistique de l'étude a été réalisée à l'aide du logiciel statistique R, version 3.5.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2018). Le protocole de l'étude a obtenu l'avis favorable du Comité national informatique et liberté (CNIL) le 6 avril 2018 (annexe 2).

### 2.1. Analyse descriptive :

Les réponses aux questions étant qualitatives, elles sont décrites par des prévalences exprimées en pourcentages.

### 2.2. Analyses bivariées :

Les associations entre l'âge des répondants, leur sexe et les réponses aux questions sur la transmission de l'information de leur glaucome sont analysées avec un test du Chi<sup>2</sup>, ou, si les effectifs attendus sont trop faibles, par un test exact de Fischer. Il en est de même pour l'étude des associations entre l'information du médecin traitant et de l'équipe médicale hospitalière.

Les associations sont considérées comme significatives si la probabilité  $p$  du test de comparaison est inférieure à 0,05.

## 3. Résultats

Echantillon de l'étude :

Sur les 2000 questionnaires distribués pendant la période d'étude, 1037 questionnaires ont été récupérés, et 944 étaient exploitables et inclus dans l'analyse. Au total, 904 patients étaient traités par collyre et 40 par un autre traitement (chirurgie, laser, traitement oral).

### 3.1. Analyses descriptives

#### 3.1.1. Données démographiques des patients de l'enquête

Près de 57% des patients de l'échantillon de l'étude étaient des femmes (tableau 1). L'âge moyen était de 68,1 ans (écart type de 9,9 ans). Le patient le plus jeune avait 41 ans et le plus âgé 91 ans. Par classe d'âge, les patients se répartissaient majoritairement dans la classe entre 65 et 74 ans (près de 44%), puis presque à part égale (près de 22%) dans les classes entre 55 et 64 ans, et entre 75 et 84 ans. Moins de 9% des patients avaient moins de 55 ans, et moins de 5% plus de 85 ans.

Tableau 1 : données démographiques des patients avec glaucome (n=944)

	% (n)
<b>Sexe</b>	
Femme	56,8 (536)
Homme	43,2 (408)
<b>Age (années)</b>	
< 55	8,4 (79)
55 - 64	22,2 (210)
65 – 74	43,9 (414)
75 - 84	21,0 (198)
≥ 85	4,6 (43)

### 3.1.2. Traitement pour le glaucome et transmission de l'information

La grande majorité des patients de l'enquête prenait un traitement par voie locale (environ 96%), et disait avoir informé son médecin de son glaucome chronique (87%) (tableau 2).

Parmi les 120 patients qui n'avaient pas informé leur médecin traitant de leur glaucome, près de 70 % n'ont pas donné le motif de cette non information (tableau 2.1), 10% précisaient que c'était par oubli ou négligence, et 9% indiquaient qu'ils n'avaient pas de médecin traitant. Les autres motifs indiqués (changement de médecin traitant, absence de médicament pris par le patient, traitement renouvelé uniquement par l'ophtalmologue, correspondance entre médecin et ophtalmologue) l'étaient chacun par moins de 6 % des patients.

Concernant l'information du médecin traitant par l'ophtalmologue, presque un tiers des patients affirmaient que l'information avait été réalisée, un autre tiers pensaient que non, et un peu plus d'un tiers ne savaient pas (tableau 2).

Pour 57 % des patients qui prenaient un collyre, le médecin connaissait le nom du traitement. Mais 15,5% des patients ignoraient si leur médecin traitant connaissait le nom de leur traitement.

Enfin presque 20% des patients avec un glaucome ont été hospitalisés au cours de l'année.

Tableau 2 : Prévalences du traitement pour le glaucome, de la transmission de l'information et de l'hospitalisation

	% (n)
Q2) Prendre un traitement par voie ophtalmique pour le glaucome	
Oui	95,8 (904)
Non	4,2 (40)
Q3) Avoir informé son médecin traitant de son glaucome chronique	
Oui	82,2 (776)
Non	12,7 (120)
Ne sais pas	5,1 (48)
Q4) Penser que son médecin traitant est informé par son ophtalmologue du glaucome	
Oui	31,8 (300)
Non	32,6 (308)
Ne sais pas	35,6 (336)
Q5) Connaissance du nom du collyre par le médecin traitant*	
Oui	56,6 (512)
Non	27,9 (252)
Ne sais pas	15,5 (140)
Q6) Hospitalisation dans l'année	
Oui	19,1 (180)
Non	80,9 (764)

\* : parmi les 904 patients qui prennent un collyre

### 3.1.3. Traitement pour le glaucome et transmission de l'information chez les patients hospitalisés

Au cours de l'année précédente 180 patients ayant participé à l'étude ont été hospitalisés (environ 19%), parmi eux 164 patients prenaient un traitement topique ophtalmique (89%).

Chez les 164 patients hospitalisés au cours de l'année qui prennent un collyre, la majorité (66%) a apporté son traitement à l'hôpital (tableau 3).

Parmi ceux n'ayant pas apporté leur traitement lors de leur hospitalisation, la plupart n'a pas indiqué de raison (80%, tableau 3.1), et près de 11% évoquent l'oubli ou la négligence.

Au niveau de l'information de l'équipe médicale, parmi les 180 patients hospitalisés, près de 80% l'ont informée, alors que 13% ne l'ont pas fait, et 7% ne savent pas (tableau 3). A noter que parmi les patients n'ayant pas informé l'équipe médicale, 4 patients ne prenaient pas de collyre habituellement.

Parmi les 24 patients (dont les 4 patients n'ayant pas de collyre) qui n'ont pas informé l'équipe médicale de leur glaucome, aucun n'a reçu un collyre lors de l'hospitalisation.

Tableau 3 : prévalences du traitement et de la transmission de l'information sur le glaucome parmi les patients hospitalisés dans l'année

	% (n)
<hr/>	
Q7) Apport de son traitement par voie ophtalmique pour le glaucome (n=164)	
Oui	65,9 (108)
Non	34,1 (56)
Q8) Avoir informé l'équipe médicale sur son glaucome chronique (n=180)	
Oui	79,4 (143)
Non	13,3 (24)
Ne sais pas	7,2 (13)
Q9) Avoir reçu un collyre si non information de l'équipe médicale (n=24)	
Oui	0,0 (0)
Non	100,0 (24)

### 3.2. Recherche des facteurs liés à l'information des médecins sur le glaucome, et l'apport du traitement.

#### 3.2.1. Information du médecin traitant

Le sexe du patient est significativement lié à la transmission de l'information sur son glaucome chronique à son médecin traitant (cf. tableau 4). Plus de femmes que d'hommes transmettaient cette information (87,3 % vs 75,5 % respectivement ;  $p < 0,0001$ ).

En revanche, la classe d'âge du patient n'était pas liée à la transmission de l'information au médecin traitant.

Tableau 4 : prévalences de l'information du médecin traitant suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=944)

	Information du médecin traitant, % (n)			p
	Oui	Non	Ne sait pas	
<b>Sexe</b>				
Femme	87,3	8,2 (44)	4,5 (24)	< 0,0001 *
Homme	(468)	18,6 (76)	5,9 (24)	
	75,5			
	(308)			
<b>Age</b>				
(années)	81,0 (64)	15,2 (12)	3,8 (3)	NS <sup>†</sup>
< 55	81,9	13,8 (29)	4,3 (9)	
55 - 64	(172)	11,1 (46)	6,3 (26)	
65 – 74	82,6	13,1 (26)	4,0 (8)	
75 - 84	(342)	16,3 (7)	4,7 (2)	
≥ 85	82,8			
	(164)			
	79,1 (34)			

NS : résultat du test de comparaison non significatif ( $p > 0,05$ )

\* : test du Chi 2)

<sup>†</sup>: test exact de Fisher

### 3.2.2. Information de l'équipe médicale à l'hôpital

Chez les patients hospitalisés au cours de l'année, le sexe n'était pas significativement lié à la transmission de l'information sur son glaucome chronique à l'équipe médicale (cf. tableau 5).

La classe d'âge du patient avait tendance à être liée à la transmission de l'information à l'équipe médicale (le  $p$  du test exact de Fisher est inférieur à 0,10). Dans la classe d'âge des 75-84 ans plus de 92 % des patients ont transmis l'information, contre moins de 84 % pour les autres classes d'âge. Dans les classes d'âge extrêmes (moins de 55 ans et plus de 84 ans), 20 % des patients n'ont pas transmis l'information sur leur glaucome.

Tableau 5 : prévalences de l'information de l'équipe médicale à l'hôpital suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=180)

	Information de l'équipe médicale, % (n)			p
	Oui	Non	Ne sais pas	
<b>Sexe</b>				
Femme	77,7 (87)	14,3 (16)	8,0 (9)	NS <sup>†</sup>
Homme	82,4 (56)	11,8 (8)	5,9 (4)	
<b>Age (années)</b>				
< 55	80,0 (12)	20,0 (3)	0 (0)	0,09 <sup>‡</sup>
55 - 64	83,7 (36)	14,0 (6)	2,3 (1)	
65 – 74	71,2 (52)	16,4 (12)	12,3 (9)	
75 - 84	92,3 (36)	2,6 (1)	5,1 (2)	
≥ 85	70,0 (7)	20,0 (2)	10,0 (1)	

NS : résultat du test de comparaison non significatif ( $p > 0,05$ )

\* : test du Chi 2

‡ : test exact de Fisher

### 3.2.3. Chez les personnes hospitalisées, relation entre l'apport du traitement et le sexe, l'âge

Chez les patients hospitalisés au cours de l'année, utilisant un collyre (n=164), et ayant apporté leur traitement (n=108), le sexe et l'âge n'étaient pas significativement liés à l'apport de ce traitement à l'hôpital (cf. tableau 6 et 7).

Tableau 6 : prévalences de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant le sexe et l'âge du patient glaucomateux (n=108)

	% (n)	p
Sexe,		
Femme	61 (62)	NS*
Homme	39 (46)	

NS : résultat du test de comparaison non significatif ( $p > 0,20$ )

\* : test du Chi 2

<sup>f</sup>: test exact de Fisher

Tableau 7 : prévalence de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant l'âge (n=108)

Âge (années)	
< 55	71,4 (10)
55 – 64	67,6 (25)
65 – 74	62,3 (43)
75 – 84	74,3 (26)
≥ 85	44,4 (4) NS <sup>f</sup>

NS : résultat du test de comparaison non significatif ( $p > 0,20$ )

\* : test du Chi 2

<sup>f</sup>: test exact de Fisher

#### 3.2.4. Les transmissions de l'information aux médecins et l'apport du traitement

L'apport du collyre par le patient lors de son hospitalisation est significativement lié à la transmission de l'information à l'équipe médicale sur le glaucome (cf. tableau 8). Les patients qui ont transmis l'information sont près de 79 % à avoir apporté leur collyre lors de l'hospitalisation, alors que seulement 20 % des patients qui n'ont pas informé les médecins ont apporté leur traitement.

La transmission de l'information au médecin traitant n'est pas elle statistiquement associée à l'apport du collyre par le patient lors de son hospitalisation (cf. tableau 8).

Tableau 8 : prévalences de l'apport de son traitement à l'hôpital suivant la transmission de l'information du médecin traitant et/ou à l'équipe médicale (n=164)

	% (n)	p
Information du médecin traitant		
Oui	63,9 (92)	
Non	66,7 (8)	0,10 <sup>f</sup>
Ne sait pas	100,0 (8)	
Information de l'équipe médicale		
Oui	78,6 (103)	
Non	20,0 (4)	< 10 <sup>-3</sup>
Ne sait pas	7,7 (1)	

NS : résultat du test de comparaison non significatif (p>0,05)

\* : test du Chi 2

<sup>f</sup>: test exact de Fisher

Comme on pouvait s'y attendre, la transmission de l'information sur son glaucome chronique à son médecin traitant est statistiquement liée à la transmission de cette information à l'équipe médicale lors d'une hospitalisation (cf. tableau 9). Près de 80 % des patients qui ont informé leur médecin traitant, ont également informé l'équipe médicale à l'hôpital, alors que moins de 67 % de ceux qui n'ont pas informé leur médecin traitant, ont informé l'équipe médicale de l'hôpital.

Tableau 9 : prévalences de l'information de l'équipe médicale à l'hôpital suivant l'information du médecin traitant (n=180)

Information de l'équipe médicale, % (n)				
Information du MT	Oui	Non	Ne sais pas	p
Oui	79,4 (127)	15,0 (24)	5,6 (9)	
Non	66,7 (8)	0 (0)	33,3 (4)	0,022 <sup>f</sup>
Ne sais pas	100,0 (8)	0 (0)	0 (0)	

NS : résultat du test de comparaison non significatif (p>0,20)

\* : test du Chi 2

<sup>f</sup>: test exact de Fisher

## 4. Discussion

### 4.1. Caractéristiques démographiques :

La prédominance féminine de notre étude (57%) est confirmée par une autre étude française qui retrouve une proportion similaire 54,3 % (15). Il en est de même (53,2 %) dans une étude menée au Ghana (16) alors que des études en Afrique sub-saharienne montrent une prédominance masculine (17-19). Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par un accès aux soins plus difficile pour les femmes dans ces régions.

L'âge moyen de notre échantillon est de 68,1 ans, proche de l'âge moyen de 67 ans de l'étude française sus-citée (15). En Afrique sub-saharienne, l'âge moyen est entre 50 et 55 ans (17-20).

### 4.2. Caractéristiques thérapeutiques

Le traitement par topique ophtalmique est très majoritaire dans l'échantillon étudié avec 96 % de patients traités par cette voie d'administration. La prévalence retrouvée dans une autre étude montre un taux plus faible d'utilisation de traitements médicaux (83,3%) et un recours plus fréquent au traitement chirurgical (16,7%) (21). Cette différence peut s'expliquer par la nécessité d'un suivi plus rapproché des patients traités médicalement par rapport à ceux traités par laser ou chirurgie, entraînant une surreprésentation dans notre échantillon.

Le lien statistiquement significatif entre le sexe féminin et l'information du médecin peut donner lieu à différentes explications. Le taux de femmes ayant consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois est supérieur à celui des hommes, 91 % vs 84 % (22). La relation médecin-malade pourrait être favorisée par un temps médical augmenté et la possibilité pour le médecin traitant d'obtenir des informations plus précises concernant ses patients. L'intervention de facteurs socio-éducatifs et culturels est également démontré avec une communication des patients sur leurs maladies chroniques diminuée chez ceux vivant dans un milieu plus précaire.

En revanche les dépenses en matière de soins ne sont pas plus élevées en France pour les femmes par rapport aux hommes à âge comparable. Les hommes consultent moins leur médecin traitant mais les dépenses de soins qui leurs sont attribuées concernent principalement les dépenses liées à des séjours hospitaliers en rapport avec une fréquence plus élevée d'affections générant des soins hospitaliers (cancers, insuffisances rénales terminales ou encore maladies cardio-vasculaires) (23). Pour ces raisons les hommes sont sans doute plus enclins à communiquer avec l'équipe hospitalière et mieux connus des services hospitaliers. Ils rejoignent donc les femmes concernant l'information à l'équipe médicale d'où l'absence de lien statistique. Mais d'autres facteurs plus complexes peuvent influencer sur la communication de l'information concernant une maladie chronique tel que le statut économique, les patients moins favorisés délivrent moins d'information à leur médecin lors d'une consultation que les patients plus aisés financièrement (24).

Concernant l'apport du traitement lors d'un séjour hospitalier, 66 % des patients ont apporté dans notre échantillon leur traitement avec eux. Une étude de l'hôpital St Joseph à Paris retrouve une fréquence d'apport de traitement personnel des patients hospitalisés de 61 % avec seuls 36 % d'utilisation du traitement personnel (25).

L'apport du traitement n'est pourtant pas statistiquement lié à l'information du statut glaucomateux transmise au médecin traitant. La transmission de l'information au médecin traitant concernant le GCAO est pourtant statistiquement liée à celle faite à l'équipe hospitalière. Les patients ont probablement pris l'habitude de communiquer avec les soignants de leur statut glaucomateux par le biais du médecin traitant.

En cas d'absence d'apport de leur traitement collyre lors d'un séjour hospitalier, les patients n'informant pas l'équipe médicale ne sont pas traités pour leur affection glaucomateuse durant leur hospitalisation. Des conséquences sur le pronostic visuel de ces patients, liées à l'interruption de traitement en cas d'hospitalisation de longue durée, sont donc possibles. Dans notre étude lors d'une hospitalisation, l'absence d'apport de son collyre et l'absence d'information de l'équipe médicale entraînent l'absence de délivrance du collyre par la pharmacie hospitalière. La communication de l'information par le médecin traitant est donc primordiale, notamment pour les séjours en hospitalisation programmée où un courrier du médecin traitant retraçant les antécédents et traitements du patient est communiqué à l'équipe médicale à l'entrée du patient.

En l'absence de courrier d'entrée transmis par le médecin traitant (hospitalisation en urgence...), les services hospitaliers généralisent de plus en plus le recours à la conciliation médicamenteuse permettant d'éviter des erreurs ou oublis de prescription du traitement (26). Cette conciliation médicamenteuse passe le plus souvent par une communication de l'équipe hospitalière avec le médecin traitant, la pharmacie d'officine du patient, le cabinet infirmier...

Enfin, la communication soignant-patient est très importante car elle permet aussi au patient de devenir acteur de sa santé et d'obtenir une meilleure observance de son traitement.

#### 4.3. Limites et biais de l'étude

La distribution des questionnaires ainsi que leur présentation s'est faite de façon probablement différente en fonction du lieu de consultation des patients. Il n'était pas possible d'identifier la provenance des questionnaires remplis afin de différencier la population ayant consulté à l'hôpital et la population ayant consulté en secteur libéral. Les patients présentant une acuité visuelle réduite à un stade avancé de la maladie ont pu être écartés du remplissage du questionnaire, malgré la taille importante des caractères. Ces éléments peuvent entraîner un biais de sélection.

Une des principales limites de l'étude est le caractère déclaratif des réponses, avec un biais de désirabilité et de mémoire. Il aurait été intéressant de recueillir d'autres informations, comme le niveau d'études des répondants ou la catégorie socio-professionnelle. La connaissance d'une bi- ou trithérapie aurait permis d'évaluer si la transmission de l'information dépend de la complexité ou de l'importance du traitement. Il aurait été également intéressant d'appréhender la proportion de patients ayant utilisé son traitement personnel à l'hôpital et effectuer une comparaison avec d'autres études sur ce sujet.

Nous avons fait le choix délibéré de simplification du questionnaire transmis au patient, afin d'augmenter le taux de répondants, de faciliter la compréhension des questions et de limiter le biais de mémoire. Le nombre important de questionnaires remplis permet d'avoir une puissance statistique satisfaisante. Le caractère multicentrique des différents lieux de consultation permet, compte tenu du nombre de répondants, d'obtenir une population représentative des patients atteints de GCAO. Il s'agit à notre connaissance de la première étude permettant l'évaluation de la transmission de l'information du statut glaucomateux du patient à son médecin traitant et à l'équipe médicale en cas d'hospitalisation.

## **5. Conclusion**

Un à deux patients sur dix hospitalisés atteints d'un GCAO ne reçoivent pas leur traitement par collyre pendant la durée du séjour, soit qu'ils n'apportent pas leur traitement ou n'informent pas l'équipe médicale hospitalière. Cette étude montre l'importance de connaître le statut glaucomateux du patient, pour le médecin traitant comme pour l'équipe hospitalière. Une telle information permettrait de limiter une rupture thérapeutique provisoire lors d'une hospitalisation et ses conséquences potentielles sur le pronostic visuel ultérieur. Il est donc important de questionner simplement tout patient âgé de plus de 55 ans sur son statut glaucomateux, de connaître son traitement éventuel par collyre, de consigner cette information dans son dossier médical, et de transmettre cette information pour une meilleure coordination des soins.

## **6. Bibliographie :**

1. Syndicat national des ophtalmologistes de France. Épidémiologie et ophtalmologie. 2004. Disponible sur : <http://www.snof.org/accueil/epidemio.html>
2. Mitchell P, Smith W, Attebo K, Healey PR. Prevalence of open-angle glaucoma in Australia. The Blue Mountains Eye Study. *Ophtalmology* 1996;103 (10):1661-9.
3. Dielemans I, Vingerling JR, Wolfs RC, Hofman A, Grobbee DE, De Jong PT. The prevalence of primary open-angle glaucoma in a population-based study in the Netherlands. The Rotterdam Study. *Ophtalmology* 1994;101(11):1851-5.
4. Wormald RP, Basauri E, Wright LA, Evans JR. The African Caribbean Eye Survey: risk factors for glaucoma in a sample of African Caribbean people living in London. *Eye (Lond)* 1994;8:315-20.
5. Leske MC, Connell AM, Wu SY, Hyman LG, Schachat AP. Risk factors for open-angle glaucoma. The Barbados Eye Study. *Arch Ophthalmol* 1995;113(7): 918-24.
6. Coffey M, Reidy A, Wormald R, Xi Xian W, Wright L, Courtney P. Prevalence of glaucoma in the west of Ireland. *Br J Ophthalmol* 1993;7(1):17-21.

7. Bonomi L, Marchini G, Marraffa M, Bernardi P, De Franco I, Perfetti S et al. Prevalence of glaucoma and intraocular pressure distribution in a defined population. The Egna-Neumarkt Study. *Ophthalmology* 1998;105(2):209-15.
8. Haute Autorité de santé - Service évaluation médico-économique et santé publique. Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspective en France. Novembre 2006. Disponible sur :  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistage\\_et\\_diagnostic\\_precoce\\_du\\_glaucome\\_\\_\\_problematique\\_et\\_perspectives\\_en\\_france\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistage_et_diagnostic_precoce_du_glaucome___problematique_et_perspectives_en_france_rapport.pdf)
9. Cédric Schweitzer. Analyse épidémiologique du glaucome dans une population âgée: l'étude ALIENOR (Antioxydants, Lipides Essentiels, Nutrition et maladies Oculaires). Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux, 2016. Français. NNT : 2016BORD0186
10. Elolia R, Stokes J. Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : XI. Glaucome. *Maladies chroniques au Canada* 1998;19(4):172-85.
11. Schweitzer C. Quel est le bilan minimum à faire pour dépister un glaucome en 2014 ? *Réalités Ophtalmologiques* 2014;213:31-4.
12. Delcourt C, Bron A, Baudouin C, Denis P, Nordmann JP, Renard JP, et al. Prévalence et description du traitement par hypotonisants pour glaucome et hypertension oculaire en France. *J Fr Ophtalmol* 2006;29(10):1098-106.
13. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. Juillet 2016;970. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_970.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_970.pdf)
14. De Pourville G, Chaîne G, Nghiem-Buffet S, Noël E, Schwob R, Combière E, Charrière H. La démographie en ophtalmologie. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. 24 septembre 2003. Disponible sur :  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Demographie\\_ophtalmologie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_ophtalmologie.pdf)
15. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med* 2009;38(10):1404-9.
16. Villain M, Nordmann JP, Renard JP, Bron A, Delcourt C, Pinchinat S, et al. Enquête Française Glaucome et Hypertension 1 jour. *J Fr Ophtalmol* 2006; 29(5): 520-5.
17. Koffuor GA, Ababio-Danso B, Gyanfosu L, Amoateng P. The efficacy of NHIS-listed anti-glaucoma drugs in the management of primary open-angle glaucoma. *Journal of Medical and Biomedical Sciences* 2012;1(2):50-8.

18. Tchabi-Hounnou S, Agbahoungba L, Sounouvou I, Yèhouessi L, Alamou S, Doutetien C, et al. Hypertonie oculaire et glaucome primitif à angle ouvert. J Fr Ophtalmol 2012;35(7):523-8.
19. Sounouvou I, Tchabi S, Monteiro S, Yehouessi L, Doutetien C, et al. Thérapeutique du glaucome primitif à angle ouvert à Cotonou : à propos de 224 cas. J Fr Ophtalmol 2012;35(2):100-5.
20. Ahnoux-Zabsonre A, Keita C, Safede K, Tanoé A. Prévalence du glaucome chronique primitive à angle ouvert en Côte d'Ivoire. J Fr Ophtalmol 1998;21(9):643-7.
21. Omoti AE, Edema OT, Akpe BA, Musa P. Cost analysis of medical versus surgical management of glaucoma in Nigeria. J Ophthalmic Vis Res 2010;5(4): 232-9.
22. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DREES. Études et résultats. Fev 2010; 717. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
23. Polton D. Égalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins Regards 2016;50:35-50.
24. Kien VD, Van Minh H, Giang KB, Dao A, Weinehall L, Eriksson M et Al. Socioeconomic inequalities in self-reported chronic non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. Glob Public Health Dec 2017;12(12) : 1522-37.
25. Federspiel F, Caudron E, Batista R, Rajzbaum G, Bouyssou I, Gaillard D, et al. Utilisation des médicaments achetés en ville par les patients hospitalisés. Quelles mesures correctives proposer ? Presse med 2007;36(1):15-19.
26. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. Presse med 2012;41(3):77-86.

## ANNEXES:

### ANNEXE I :

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse d'internat de médecine générale effectuée par M. NOUGARET Christophe (interne de médecine générale), sous la responsabilité du Pr JOSEPH Jean-Philippe (Directeur du département de médecine générale UFR Bordeaux). Ce questionnaire est anonyme et strictement confidentiel.

Sexe : M / F

Age :

Entourez la réponse correcte. (NSP = ne se prononce pas)

1) Etes-vous suivi par votre ophtalmologue pour un glaucome chronique ?

Oui / Non

2) Prenez-vous un traitement par voie ophtalmique (collyre) pour ce glaucome ?

Oui / Non / NSP

3) Avez-vous informé votre médecin traitant que vous aviez un glaucome chronique ?

Oui / Non / NSP

si réponse négative, pourquoi ?

4) Selon vous, votre médecin traitant est-il informé de votre glaucome chronique par votre ophtalmologue (courrier, mail, contact téléphonique...)?

Oui / Non / NSP

Merci de tourner la page pour suite du questionnaire

5) Votre médecin traitant connaît-il le nom de votre traitement par voie ophtalmique (collyre) ?

Oui / Non / NSP

6) Avez-vous été hospitalisé au cours de l'année précédente pour un quelconque motif ?

Oui / Non

7) Si oui : avez-vous apporté votre traitement par voie ophtalmique (collyre) avec vous lors de cette hospitalisation ?

Oui / Non

Si réponse négative, pourquoi ?

8) Avez-vous informé l'équipe médicale du service d'hospitalisation de votre glaucome chronique ?

Oui / Non / NSP

9) Si réponse négative à la question précédente : avez-vous reçu un traitement par voie ophtalmique (collyre) lors de cette hospitalisation ?

Oui / Non

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

## ANNEXE II :

# CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2170557 v 0**

du 06 avril 2018

Monsieur NOUGARET Christophe  
RUE DE KÉRISTIN  
0621599822  
29252 PLOUÉZOCH

#### À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

#### Organisme déclarant

**Nom :** Monsieur NOUGARET Christophe

**Service :**

**Adresse :** RUE DE KÉRISTIN 0621599822

**Code postal :** 29252

**Ville :** PLOUÉZOCH

**N° SIREN ou SIRET :**

**Code NAF ou APE :**

**Tél. :** 0621599822

**Fax. :** 0621599822

#### Traitement déclaré

**Finalité :** MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 06 avril 2018  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## ABSTRACT

**Introduction** : Glaucoma is a chronic degenerative neuropathy affecting the optic nerve and responsible for a progressive decrease in visual field that can lead to blindness. It is the second leading cause of blindness in France. Its treatment is mainly by medication and daily instillation of ophthalmic topical treatment (eye drops). The initiation of the treatment and follow-up of the disease is performed by the ophthalmologist, but the renewal of prescription can be carried out by the patient's attending physician. Hence the role of the general practitioner is predominant as coordinator in the follow-up and adherence of the treatment.

**Method** : The purpose of the study was to evaluate the transmission of glaucoma status information from the patient to the attending physician or medical team during hospitalisation. The secondary objective was to assess the spontaneous bringing of his treatment by the patient at hospital and the number of patients who didn't received any treatment during a hospital stay. The evaluation was carried out by a questionnaire given to each glaucoma patient during the visit of the ophthalmologist.

**Results** : 944 patients were included in the study, with a mean age of 68.1 years. , 87% of patients provided the information about the disease to their general practitioner. 164 glaucoma patients with eye drops were hospitalised during the year, 80% of whom informed the medical team and 66% brought their treatment with them. Among the patients who did not inform the medical team and did not provide treatment, none received hypotensive treatment. There was a significant between the information provided by the physician and the information provided by the hospital ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion** : This study shows that one to two out of ten patients do not receive hypotensive treatment during a hospital stay. Patient information and communication between general practionner, ophthalmologist and hospital is crucial to improve glaucoma care.

## RÉSUMÉ

**Introduction** : Le glaucome est une neuropathie dégénérative chronique affectant le nerf optique et responsable d'une diminution progressive du champ visuel qui peut entraîner la cécité. C'est la deuxième cause de cécité en France. Son traitement est principalement médicamenteux et par instillation quotidienne d'un traitement topique ophtalmique (collyre). L'initiation du traitement et le suivi de la maladie sont assurés par l'ophtalmologiste, mais le renouvellement de la prescription peut être effectué par le médecin traitant du patient. Le rôle du médecin généraliste est donc prédominant en tant que coordinateur dans le suivi et l'observance du traitement.

**Méthode** : Le but de l'étude était d'évaluer la transmission de l'information sur l'état du glaucome du patient au médecin traitant ou à l'équipe médicale lors d'une hospitalisation. L'objectif secondaire était d'évaluer l'apport spontané de son traitement par le patient à l'hôpital et le nombre de patients n'ayant reçu aucun traitement pendant leur séjour hospitalier. L'évaluation a été réalisée par un questionnaire remis à chaque patient glaucomateux lors de la visite chez l'ophtalmologiste.

**Résultats** : 944 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen étant de 68,1 ans. 87 % des patients ont fourni des informations sur la maladie à leur médecin généraliste. 164 patients atteints de glaucome avec collyre ont été hospitalisés au cours de l'année, dont 80% ont informé l'équipe médicale et 66% ont apporté leur traitement avec eux. Parmi les patients qui n'ont pas informé l'équipe médicale et qui n'ont pas fourni de traitement, aucun n'a reçu de traitement hypotenseur. Il existe un lien statistique significatif entre information du médecin traitant et information de l'équipe hospitalière ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion** : Cette étude montre qu'un à deux patients sur dix ne reçoivent pas de traitement hypotenseur pendant leur séjour à l'hôpital. L'information des patients et la communication entre le médecin généraliste, l'ophtalmologiste et l'hôpital sont essentielles pour améliorer la prise en charge du glaucome.

## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le glaucome est une neuropathie dégénérative chronique affectant le nerf optique et responsable d'une diminution progressive du champ visuel qui peut entraîner la cécité. C'est la deuxième cause de cécité en France. Son traitement est principalement médicamenteux et par instillation quotidienne d'un traitement topique ophtalmique (collyre). L'initiation du traitement et le suivi de la maladie sont assurés par l'ophtalmologiste, mais le renouvellement de la prescription peut être effectué par le médecin traitant du patient. Le rôle du médecin généraliste est donc prédominant en tant que coordinateur dans le suivi et l'observance du traitement.

**Méthode :** Le but de l'étude était d'évaluer la transmission de l'information sur l'état du glaucome du patient au médecin traitant ou à l'équipe médicale lors d'une hospitalisation. L'objectif secondaire était d'évaluer l'apport spontané de son traitement par le patient à l'hôpital et le nombre de patients n'ayant reçu aucun traitement pendant leur séjour hospitalier. L'évaluation a été réalisée par un questionnaire remis à chaque patient glaucomeux lors de la visite chez l'ophtalmologiste.

**Résultats :** 944 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen étant de 68,1 ans. 87 % des patients ont fourni des informations sur la maladie à leur médecin généraliste. 164 patients atteints de glaucome avec collyre ont été hospitalisés au cours de l'année, dont 80% ont informé l'équipe médicale et 66% ont apporté leur traitement avec eux. Parmi les patients qui n'ont pas informé l'équipe médicale et qui n'ont pas fourni de traitement, aucun n'a reçu de traitement hypotenseur. Il existe un lien statistique significatif entre l'information du médecin traitant et l'information de l'équipe hospitalière ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion :** Cette étude montre qu'un à deux patients sur dix ne reçoivent pas de traitement hypotenseur pendant leur séjour à l'hôpital. L'information des patients et la communication entre le médecin généraliste, l'ophtalmologiste et l'hôpital sont essentielles pour améliorer la prise en charge du glaucome.

## EVALUATION OF THE INFORMATION GAP BETWEEN THE PATIENT, THE GENERAL PRACTITIONER AND THE HOSPITAL TEAM IN THE FOLLOW-UP OF CHRONIC GLAUCOMA IN AQUITAINE IN 2018.

### ABSTRACT

**Introduction :** Glaucoma is a chronic degenerative neuropathy affecting the optic nerve and responsible for a progressive decrease in visual field that can lead to blindness. It is the second leading cause of blindness in France. Its treatment is mainly by medication and daily instillation of ophthalmic topical treatment (eye drops). The initiation of the treatment and follow-up of the disease is performed by the ophthalmologist, but the renewal of prescription can be carried out by the patient's attending physician. Hence the role of the general practitioner is predominant as coordinator in the follow-up and adherence of the treatment.

**Method :** The purpose of the study was to evaluate the transmission of glaucoma status information from the patient to the attending physician or medical team during hospitalisation. The secondary objective was to assess the spontaneous bringing of his treatment by the patient at hospital and the number of patients who didn't received any treatment during a hospital stay. The evaluation was carried out by a questionnaire given to each glaucoma patient during the visit of the ophthalmologist.

**Results :** 944 patients were included in the study, with a mean age of 68.1 years. , 87% of patients provided the information about the disease to their general practitioner. 164 glaucoma patients with eye drops were hospitalised during the year, 80% of whom informed the medical team and 66% brought their treatment with them. Among the patients who did not inform the medical team and did not provide treatment, none received hypotensive treatment. There was a significant between the information provided by the physician and the information provided by the hospital ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion :** This study shows that one to two out of ten patients do not receive hypotensive treatment during a hospital stay. Patient information and communication between general practitioner, ophthalmologist and hospital is crucial to improve glaucoma care.

### MOTS CLÉS :

-glaucome/glaucoma

-collyre/eye drop

-rupture d'information/information gap

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

