



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Hélène Diguët

**La collaboration entre
médecins
généralistes et
orthoptistes dans le
dépistage des
troubles visuels de
l'enfant de moins de
6 ans : état des lieux,
obstacles et pistes
d'amélioration.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 27 mars 2019**

devant le jury composé de :

Frédéric MOURIAUX

Professeur des universités - CHU Rennes /
Président

Ronan GARLANTEZEC

Maître de conférences des universités - CHU
Rennes / *Assesseur*

Delphine JULIENNE-DAVID

Orthoptiste - La Mézière / *Assesseur*

Vanessa LE GALL

Maître de conférences associé - Département de
Médecine Générale, Rennes / *Directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|---------------------|-----------------|------------|--|
| ANNE-GALIBERT | Marie-Dominique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BARDOU- JACQUET | Edouard | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BELAUD- ROTUREAU | Marc-Antoine | PU-PH | Histologie ; embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT | Eric | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| BELOEIL | Hélène | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |
| BENDAVID | Claude | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH | Karim | PU-PH | Urologie |
| BEUCHEE | Alain | PU-PH | Pédiatrie |
| BONAN | Isabelle | PU-PH | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET | Fabrice | PU-PH | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA | Karim | PU-PH | Chirurgie générale |
| BOUGET | Jacques | Pr Emérite | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| BOUGUEN | Guillaume | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BRASSIER | Gilles | PU-PH | Neurochirurgie |
| BRISSOT | Pierre | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| CARRE | François | PU-PH | Physiologie |
| CATROS | Véronique | PU-PH | Biologie cellulaire |
| CATTOIR | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| CHALES | Gérard | Pr Emérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA | Marc | PU-PH | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT | Pierre | PU-PH | Anatomie |
| DAUBERT | Jean-Claude | Pr Emérite | Cardiologie |
| DAVID | Véronique | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN | Jacques | Pr Associé | Cardiologie |
| DE CREVOISIER | Renaud | PU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| DECAUX | Olivier | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie |
| DESRUES | Benoît | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |

| | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|--|
| DEUGNIER | Yves | Pr Emérite | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DONAL | Erwan | PU-PH | Cardiologie |
| DRAPIER | Dominique | PU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| DUPUY | Alain | PU-PH | Dermato-vénérologie |
| ECOFFEY | Claude | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |
| EDAN | Gilles | PU-PH consultant | Neurologie |
| FERRE | Jean-Christophe | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| FEST | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| FLECHER | Erwan | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| GANDEMER | Virginie | PU-PH | Pédiatrie |
| GANDON | Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| GANGNEUX | Jean-Pierre | PU-PH | Parasitologie et mycologie |
| GARIN | Etienne | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT | Jean-Yves | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| GODEY | Benoît | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL | Pascal | PU-PH | Rhumatologie |
| GUILLE | François | PU-PH | Urologie |
| GUYADER | Dominique | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| HAEGELEN | Claire | PU-PH | Anatomie |
| HOUOT | Roch | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JEGO | Patrick | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| JEGOUX | Franck | PU-PH | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU | Stéphane | PU-PH | Pneumologie ; addictologie |
| KAYAL | Samer | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LAMY DE LA CHAPELLE | Thierry | PU-PH | Hématologie ; transfusion |
| LAVIOLLE | Bruno | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| LAVOUE | Vincent | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LE BRETON | Hervé | PU-PH | Cardiologie |
| LE GUEUT | Mariannick | PU-PH consultant | Médecine légale et droit de la santé |
| LE TULZO | Yves | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| LECLERCQ | Christophe | PU-PH | Cardiologie |

| | | | |
|----------------------|------------|------------|---|
| LEDERLIN | Mathieu | PU-PH | Radiologie et imagerie médicale |
| LEGUERRIER | Alain | Pr Emérite | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE | Florence | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE | Jean | PU-PH | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LIEVRE | Astrid | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MABO | Philippe | PU-PH | Cardiologie |
| MAHE | Guillaume | PU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| MALLEDANT | Yannick | Pr Emérite | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |
| MENER | Eric | Pr Associé | Médecine générale |
| MEUNIER | Bernard | PU-PH | Chirurgie digestive |
| MICHELET | Christian | Pr Emérite | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| MOIRAND | Romain | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MORANDI | Xavier | PU-PH | Anatomie |
| MOREL | Vincent | Pr Associé | Epistémologie clinique |
| MOSSER | Jean | PU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOURIAUX | Frédéric | PU-PH | Ophthalmologie |
| MYHIE | Didier | Pr Associé | Médecine générale |
| ODENT | Sylvie | PU-PH | Génétique |
| OGER | Emmanuel | PU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PARIS | Christophe | PU-PH | Médecine et santé au travail |
| PERDRIGER | Aleth | PU-PH | Rhumatologie |
| PLADYS | Patrick | PU-PH | Pédiatrie |
| RAVEL | Célia | PU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| REVEST | Matthieu | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| RICHARD DE LATOIR | Bertrand | Pr Associé | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| RIFFAUD | Laurent | PU-PH | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERCQ | Nathalie | PU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT- GANGNEUX | Florence | PU-PH | Parasitologie et mycologie |

| | | | |
|-----------------|---------------|------------|---|
| ROPARS | Mickaël | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SAINT-JAMES | Hervé | PU-PH | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAULEAU | Paul | PU-PH | Physiologie |
| SEGUIN | Philippe | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |
| SEMANA | Gilbert | PU-PH | Immunologie |
| SIPROUDHIS | Laurent | PU-PH | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| SOMME | Dominique | PU-PH | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SOULAT | Louis | Pr Associé | Médecine d'urgence |
| SULPICE | Laurent | PU-PH | Chirurgie générale |
| TADIE | Jean Marc | PU-PH | Médecine intensive-réanimation |
| TARTE | Karin | PU-PH | Immunologie |
| TATTEVIN | Pierre | PU-PH | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TATTEVIN-FABLET | Françoise | Pr Associé | Médecine générale |
| THIBAULT | Ronan | PU-PH | Nutrition |
| THIBAULT | Vincent | PU-PH | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU | Hervé | PU-PH | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TORDJMAN | Sylvie | PU-PH | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| VERHOYE | Jean-Philippe | PU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN | Marc | PU-PH | Neurologie |
| VIEL | Jean-François | PU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU | Cécile | PU-PH | Néphrologie |
| VIOLAS | Philippe | PU-PH | Chirurgie infantile |
| WATIER | Eric | PU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| WODEY | Eric | PU-PH | Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| NOM | PRENOM | TITRE | CNU |
|----------------------|---------------------|--------------|--|
| ALLORY | Emmanuel | MC Associé | Médecine générale |
| AME-THOMAS | Patricia | MCU-PH | Immunologie |
| AMIOT | Laurence | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| ANSEMI | Amédéo | MCU-PH | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BEGUE | Jean Marc | MCU-PH | Physiologie |
| BERTHEUIL | Nicolas | MCU-PH | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| BOUSSEMART | Lise | MCU-PH | Dermato-vénérologie |
| BROCHARD | Charlène | MCU-PH | Physiologie |
| CABILLIC | Florian | MCU-PH | Biologie cellulaire |
| CAUBET | Alain | MCU-PH | Médecine et santé au travail |
| CHHOR-QUENIART | Sidonie | MC Associé | Médecine générale |
| DAMERON | Olivier | MCF | Informatique |
| DE TAYRAC | Marie | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH | Brigitte | MCU-PH | Parasitologie et mycologie |
| DROITCOURT | Catherine | MCU-PH | Dermato-vénérologie |
| DUBOURG | Christèle | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY | Frédéric | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN | Julien | MCU-PH | Cancérologie ; radiothérapie |
| FIQUET | Laure | MC Associé | Médecine générale |
| GARLANTEZEC | Ronan | MCU-PH | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GOUIN épouse THIBAUT | Isabelle | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| GUILLET | Benoit | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| JAILLARD | Sylvie | MCU-PH | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| KALADJI | Adrien | MCU-PH | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| KAMMERER-JACQUET | Solène- Florence | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LAVENU | Audrey | MCF | Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé |
| LE GALL | François | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE GALL | Vanessa | MC Associé | Médecine générale |
| LEMAITRE | Florian | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MARTINS | Pédro Raphaël | MCU-PH | Cardiologie |
| MATHIEU-SANQUER | Romain | MCU-PH | Urologie |
| MENARD | Cédric | MCU-PH | Immunologie |

| | | | |
|------------------------|--------------------|------------|---|
| MICHEL | Laure | MCU-PH | Neurologie |
| MOREAU | Caroline | MCU-PH | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI | Fouzia | MCF | Informatique |
| NAUDET | Florian | MCU-PH | Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie |
| PANGAULT | Céline | MCU-PH | Hématologie ; transfusion |
| RENAUT | Pierrick | MC Associé | Médecine générale |
| ROBERT | Gabriel | MCU-PH | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| SCHNELL | Frédéric | MCU-PH | Physiologie |
| THEAUDIN épouse SALIOU | Marie | MCU-PH | Neurologie |
| TURLIN | Bruno | MCU-PH | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER épouse LORNE | Marie- Clémence | MCU-PH | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| ZIELINSKI | Agata | MCF | Philosophie |

Remerciements

A Monsieur le Professeur MOURIAUX,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail, je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GARLANTEZEC,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre soutien et votre accompagnement, ils m'ont été précieux dans mes choix professionnels.

A Madame Delphine JULIENNE-DAVID,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de me faire l'honneur de juger ce travail avec votre expertise d'orthoptiste.

A Madame le Docteur Vanessa LE GALL,

Je te remercie de ton soutien et de ton implication tout au long de ce travail, en tant que directrice de thèse. Merci aussi pour ton écoute et tes précieux conseils concernant mes choix professionnels.

A toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail,

Aux orthoptistes et médecins généralistes ayant participé, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. A Alice, Lucile et Laurie, pour leur aide dans ce travail. Au docteur Laure FIQUET, pour ses précieux conseils méthodologiques. Au docteur Emmanuel ALLORY, pour son soutien et ses conseils. A André, pour son aide informatique. A Douby, pour son soutien si important et pour sa relecture. A Charles, Cynthia, Max et à tous les relecteurs.

Au docteur Chrystèle CERTAIN, pour m'avoir soutenue et encouragée dans ce travail, mais aussi tout au long de mon internat.

A mes colocataires, qui m'ont toujours supportée et soutenue, pour tous les échanges et les partages.

A mes parents et à ma sœur, pour leur amour et leur soutien indéfectible, pour tous les moments de bonheur partagés, passés et à venir.

A mes amis qui ont toujours été là pour moi, Candice, Emmanuelle, Mara et David, Olivia (et Luna), Emilie, Claire, Xavier, Hélène, Marie M et Marie P, P&P, Flo, Domi. A Anne-Lise, Noémie, Amélie, Max, Clara. A mes amis de médecine, sans qui tout cela n'aurait jamais eu la même saveur : Emi (pour ta présence à des moments si importants pour moi !), Pati, Jess, Anne-Claire, Nabil, Benoit, Pierre et mes amis du CUR : Camille, Chloé, Francky, Hélène, Morgane, Myriam, Sylvain avec qui tout a commencé à Rennes.

Table des matières

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Introduction | 11 |
| 2. | Matériel et méthodes | 12 |
| 3. | Résultats..... | 13 |
| 3.1. | La collaboration : état des lieux..... | 14 |
| 3.1.1. | Représentations..... | 14 |
| 3.1.2. | Un manque de collaboration..... | 14 |
| 3.1.3. | Des pratiques en évolution | 14 |
| 3.1.4. | Perceptions du rôle et de la place de chacun dans le dépistage | 15 |
| 3.2. | Les difficultés à collaborer : causes et conséquences | 15 |
| 3.2.1. | Les freins à la collaboration..... | 15 |
| 3.2.2. | Les conséquences d'un manque de collaboration dans le dépistage..... | 16 |
| 3.3. | La collaboration : attentes et pistes d'amélioration | 16 |
| 3.3.1. | Des rencontres pour déconstruire les représentations..... | 16 |
| 3.3.2. | Réorganisation de la filière visuelle | 17 |
| 3.3.3. | Nécessité d'un soutien organisationnel et institutionnel..... | 17 |
| 4. | Discussion | 19 |
| 4.1. | Principaux résultats | 19 |
| 4.2. | Forces et limites de l'étude..... | 19 |
| 4.3. | Freins et leviers de la collaboration | 19 |
| 4.3.1. | Représentations et manque de culture de la collaboration | 19 |
| 4.3.2. | Outils et dispositifs favorisant la collaboration..... | 20 |
| 4.4. | Accès direct à l'ophtalmologue..... | 21 |
| 4.5. | Dépistage systématique par les orthoptistes..... | 21 |
| 4.6. | Coopération et délégation de tâches..... | 22 |
| 5. | Conclusion..... | 24 |
| 6. | Références bibliographiques..... | 25 |
| 7. | Glossaire..... | 29 |

Liste des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1. Guide d'entretien des généralistes..... | 30 |
| Annexe 2. Guide d'entretien des orthoptistes | 32 |
| Annexe 3. Recueil du consentement..... | 34 |
| Annexe 4. Questionnaire des caractéristiques des participants | 35 |
| Annexe 5. Note d'information | 37 |
| Annexe 6. Avis du comité d'éthique du CHU de Rennes | 38 |

Liste des illustrations

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Caractéristiques des participants et des entretiens..... | 13 |
|---|----|

1. Introduction

En France, 10 à 15% des enfants de moins de 6 ans sont touchés par une anomalie de la vision (amétropie, strabisme et amblyopie pour les principales) (1–6). Des troubles tels que l'amblyopie sont susceptibles d'apparaître jusqu'à la fin de la maturation du système visuel, soit jusqu'à 6 ou 7 ans (2,3). Plus la pathologie, notamment l'amblyopie, est prise en charge précocement, meilleure est la récupération de la fonction visuelle (1–4,7). De plus, un déficit visuel précoce pourrait interférer avec les apprentissages de l'enfant (1–9).

En 2009, la Société Française de Pédiatrie a émis des recommandations concernant le dépistage des troubles visuels chez l'enfant (10), complétant celles de la Haute Autorité de Santé de 2005 (11). Le médecin généraliste en est un acteur important car il assure plus de 80% de la prise en charge des enfants (12). Plusieurs études montrent cependant que le dépistage réalisé par les généralistes n'est pas toujours conforme aux recommandations (13–16). De plus, du fait du nombre insuffisant de spécialistes, tous les enfants de moins de 6 ans ne peuvent être vus par un ophtalmologue et les délais sont souvent très longs (17,18). Ces recommandations soulignent le recours possible à l'orthoptiste en cas de difficultés liées à la réalisation des tests de dépistage ou de doutes sur un strabisme en l'absence d'ophtalmologue.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 (19) a introduit la notion d'interprofessionnalité. La collaboration interprofessionnelle correspond selon D'Amour à « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience » pour les mettre au service des patients, dans un « processus conjoint de prise de décision partagée » (20).

La difficulté actuelle d'accès aux soins ophtalmologiques en France implique de faire évoluer les pratiques entre les acteurs du dépistage des troubles visuels de l'enfant. La législation s'est progressivement modifiée, impliquant davantage les orthoptistes dans ce dépistage (17,21–23). Or la communication entre médecins généralistes et orthoptistes reste bien souvent faible (24). Une meilleure collaboration entre eux semble indispensable pour atteindre l'un des objectifs des recommandations de 2009 qui est de réduire la prévalence de l'amblyopie de 3 à 1% (10).

Nous avons voulu faire l'état des lieux de la collaboration entre médecins généralistes et orthoptistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans. L'objectif principal était d'explorer leurs pratiques collaboratives dans ce cadre. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les obstacles et les pistes d'amélioration pour un dépistage plus efficient.

2. Matériel et méthodes

Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée auprès d'orthoptistes et de médecins généralistes prenant en charge des enfants de moins de 6 ans et exerçant en Ille-et-Vilaine. Le guide d'entretien a été réalisé à partir de la littérature et d'entretiens exploratoires conduits auprès d'un généraliste et d'un orthoptiste d'un autre département. Il a ensuite été affiné au fur et à mesure des entretiens. Deux guides ont ainsi été élaborés pour chacune des professions (Annexes 1 et 2).

Un échantillonnage mixte, en recherche de variation maximale et par effet boule de neige, a été réalisé en recrutant autant de généralistes que d'orthoptistes. Les critères de variation étaient les suivants : sexe, âge, nombre d'années d'exercice professionnel, lieux d'activité (urbain, semi-rural, rural), modalités d'exercice (libéral, salariat, seul ou cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle, salarié d'un cabinet d'ophtalmologue pour les orthoptistes). Les participants ont été contactés par mail ou par téléphone, à partir de l'annuaire des professionnels de santé de l'Assurance Maladie en ligne. Le choix de la date et du lieu était libre.

Les entretiens ont été conduits par le seul chercheur entre juin et septembre 2018, jusqu'à saturation théorique des données. Le consentement écrit du professionnel a été recueilli au début de chaque entretien (Annexe 3). Un questionnaire de recueil des caractéristiques des participants a également été rempli (Annexe 4).

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Les propos ont été anonymisés lors de la retranscription et une note d'information a été donnée à ce propos à chaque participant (Annexe 5). Une analyse thématique a été réalisée au fur et à mesure des entretiens dans une perspective de théorie ancrée, à l'aide du logiciel NVivo®. L'ensemble des entretiens a été analysé de manière indépendante par deux chercheurs. Puis les éléments analysés ont été mis en commun et discutés entre les chercheurs, permettant de construire un cadre d'analyse et d'identifier les thèmes et les sous-thèmes d'analyse.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (Annexe 6).

3. Résultats

Vingt-quatre entretiens ont été réalisés auprès de douze médecins généralistes et douze orthoptistes, dont les caractéristiques figurent dans le tableau 1. Quatre généralistes et trois orthoptistes ont refusé de participer, soit par manque de temps, soit parce qu'ils ne réalisaient pas de dépistages pédiatriques. Les entretiens ont duré en moyenne 41 minutes et ont été menés au cabinet des participants. Seuls trois entretiens ont eu lieu au domicile du chercheur à la demande des soignants. La saturation des données a été obtenue au vingt-troisième entretien et confirmée par un entretien supplémentaire.

Tableau 1. Caractéristiques des participants et des entretiens

| Entretien | Genre | Tranche d'âge (années) | Nombre d'années d'exercice professionnel | Lieux d'exercice | Modalités d'exercice | Durée de l'entretien (minutes) |
|-----------|-------|------------------------|--|---------------------------------|---|--------------------------------|
| O1 | F | 41-50 | > 20 | urbain | 1 : libéral, groupe 2 : salariat, centre de rééducation | 31 |
| M1 | F | 41-50 | 10 à 20 | urbain - QP | libéral, groupe, MSP | 30 |
| M2 | F | > 60 | > 20 | rural - ZIP | libéral, groupe, MSP | 31 |
| O2 | F | 41-50 | 10 à 20 | urbain et semi-rural | 1 : libéral, groupe 2 : libéral, groupe, MSP, ophtalmologue dans les mêmes locaux | 49 |
| O3 | F | 31-40 | 10 à 20 | semi-rural - ZAC | libéral, groupe | 55 |
| O4 | F | 51-60 | > 20 | semi-rural - ZAC | libéral, groupe | 54 |
| M3 | F | 51-60 | > 20 | semi-rural | libéral, groupe, MSP | 36 |
| M4 | F | 51-60 | 10 à 20 | semi-rural | libéral, groupe | 39 |
| O5 | F | 51-60 | > 20 | urbain | libéral, seul | 38 |
| O6 | H | 51-60 | > 20 | urbain et semi-rural - ZAC | 1 : libéral, groupe, au sein d'un établissement privé, ophtalmologues dans les mêmes locaux 2 : salariat au sein d'un cabinet ophtalmologique dans un établissement privé | 62 |
| M5 | F | 41-50 | > 20 | semi-rural | libéral, groupe, MSP | 55 |
| O7 | H | 21-30 | < 5 | urbain | 1 : libéral, groupe, au sein d'un établissement privé, ophtalmologues dans les mêmes locaux 2 : salariat au sein d'un cabinet ophtalmologique dans un établissement privé | 50 |
| M6 | H | 31-40 | < 5 | urbain - QP | libéral, groupe, MSP | 34 |
| O8 | F | 51-60 | > 20 | urbain - QP | libéral, groupe | 50 |
| M7 | H | 31-40 | 5 à 10 | semi-rural - ZAC | libéral, groupe | 34 |
| M8 | H | 31-40 | < 5 | rural - ZAC | remplaçant régulier, libéral, groupe | 33 |
| O9 | F | 51-60 | > 20 | urbain | libéral, groupe | 43 |
| O10 | H | 21-30 | 5 à 10 | semi-rural - ZAC | libéral, groupe, ophtalmologues dans les mêmes locaux | 40 |
| O11 | F | 21-30 | 5 à 10 | urbain - QP et semi-rural - ZAC | 1 : remplaçante, libéral, groupe, MSP 2 : installée, libéral, groupe | 37 |
| M9 | H | 51-60 | > 20 | rural - ZAC | libéral, seul | 32 |
| M10 | F | 31-40 | 5 à 10 | rural - ZAC | libéral, groupe | 41 |
| M11 | H | 41-50 | 10 à 20 | urbain | libéral, groupe | 36 |
| M12 | F | 51-60 | > 20 | urbain | libéral, groupe | 37 |
| O12 | F | 41-50 | 10 à 20 | urbain - QP | libéral, groupe, MSP | 42 |

O : Orthoptiste, M : Médecin généraliste, F : Femme, H : Homme, MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; rural < 5 000 habitants, urbain > 10 000 habitants ou densité > 500 habitants/km² (INSEE 2015), ZIP : zone d'intervention prioritaire, ZAC : zone d'action complémentaire (Zonage médecin ARS Bretagne 2018), QP : quartier prioritaire (Contrat de Ville Rennes Métropole 2015-2020)

3.1. La collaboration : état des lieux

3.1.1. Représentations

Pour la plupart des participants, la collaboration était essentielle à toute pratique : « *Indispensable, moi c'est la base de mon travail* » (M4). Collaborer voulait dire échanger, il s'agissait surtout d'une « *circulation d'informations* » (M2). Certains percevaient qu'elle permettait de structurer les échanges : « *c'est mettre en réseau* » (M1). Pour d'autres, la collaboration signifiait même se coordonner pour orienter les prises en charge : « *c'est pas juste j'adresse, je reçois. Voilà. Collaboration ça va être se mettre autour de la table [...] on va co-construire ensemble* » (M6). La notion de pluriprofessionnalité semblait ainsi aller de pair avec la collaboration.

3.1.2. Un manque de collaboration

La collaboration semblait essentielle pour les professionnels mais elle était finalement peu développée entre généralistes et orthoptistes : « *On peut pas vraiment parler de collaboration [...] il y a pas forcément beaucoup d'interactions* » (M7). Les participants déclaraient entretenir des liens confraternels envers l'autre profession. Mais ces liens restaient lointains et les rencontres étaient rares. Les échanges se bornaient surtout à une correspondance écrite : ordonnance avec courrier d'adressage et compte-rendu de consultation en retour, « *il y a pas d'échanges directs ou formalisés ou réguliers* » (M7).

La relation entre eux était souvent asymétrique. Les sollicitations allaient plutôt dans un seul sens, du généraliste vers l'orthoptiste, l'orthoptie étant une profession soumise à prescription médicale : « *c'est quand même le médecin qui donne l'ordonnance* » (O8). Les généralistes reconnaissaient malgré tout l'interdépendance et la complémentarité de ces deux professions : « *chacun a ses champs de compétences, moi j'ai pas les champs de compétences de l'orthoptiste, donc du coup j'ai besoin d'elle [...] c'est complémentaire* » (M3). Le recours à l'orthoptiste était la plupart du temps à l'initiative du généraliste en cas d'anomalie clinique ou d'antécédent familial. Mais il pouvait aussi être à l'initiative d'un autre professionnel paramédical, d'un instituteur ou bien des parents eux-mêmes.

Les liens dépendaient également des modalités d'exercice de chacun. Les relations étaient plus rares si l'orthoptiste était salarié d'un ophtalmologue : « *en général le courrier [du généraliste] il est adressé à l'ophtalmo* » (O6).

3.1.3. Des pratiques en évolution

Les participants percevaient quasiment tous une progression des relations et une évolution des pratiques. La prescription d'orthoptie ne relevait plus du seul domaine des ophtalmologues, mais était à présent partagée avec les généralistes et les pédiatres : « *j'ai plus d'ordonnances de généralistes que d'ophtalmos maintenant* » (O9). L'orthoptie semblait mieux connue des médecins, en particulier des jeunes généralistes qui leur adressaient plus facilement des patients que leurs prédécesseurs.

Le manque d'ophtalmologues, notamment ceux acceptant de recevoir des enfants, allongeait les délais de rendez-vous, ce qui était une véritable problématique pour tous : « *Il y a une vraie difficulté d'accès* » (M12), « *en dessous de six ans ils les veulent plus* » (O9). L'ophtalmologue était perçu par la majorité comme un praticien peu accessible, participant ainsi à renforcer les liens entre généralistes et orthoptistes : « *les généralistes nous envoient [des patients] quand ils n'arrivent pas à avoir un rendez-vous chez l'ophtalmo [...] on travaille plus ensemble aussi de ce fait-là* » (O12). Cette pénurie avait peu

à peu transformé la filière visuelle, revalorisant les compétences des orthoptistes et modifiant leurs modalités d'exercice : « *La pratique habituelle actuellement c'est que l'ophtalmo ne s'installe plus sans orthoptiste, donc en gros il salarie l'orthoptiste quasi systématiquement* » (M6).

3.1.4. Perceptions du rôle et de la place de chacun dans le dépistage

Le généraliste semblait jouer un rôle central dans ce dépistage. Il était décrit comme le médecin de premier recours pour le repérage précoce des troubles : « *on est une porte d'entrée principale sur le système de santé* » (M6). Pour certains, il était « *le coordinateur des soins* » (O1), seul lien entre les différents intervenants. Il se chargeait de mettre en place la démarche diagnostique et adressait le patient aux différents spécialistes. Mais le généraliste jouait parfois le rôle de simple prescripteur de bilan à la demande des parents ou d'autres professionnels : « *on nous demande des ordonnances pour faire des séances de rééducation orthoptique, mais le motif, on l'a pas forcément [...] j'aimerais bien qu'on m'explique* » (M9).

L'orthoptiste apparaissait comme un véritable partenaire de soins. Il jouait un rôle dans le dépistage, le diagnostic et la rééducation des troubles visuels. En l'absence de parcours formalisé, les généralistes avaient organisé eux-mêmes le parcours de soins de leurs patients au sein de la filière visuelle. La majorité percevait l'orthoptiste comme un « *maillon indispensable* » (M4) de la filière, en amont de l'ophtalmologue. Seuls deux médecins n'adressaient que peu vers l'orthoptiste, considérant ne pas avoir les compétences nécessaires pour savoir quand faire appel à lui. Mais pour la plupart, il s'avérait être un spécialiste de second recours, à la jonction entre généralistes et ophtalmologues, parfois chargé du lien entre eux. Il avait une « *vraie expertise* » (M6) permettant de décider de la nécessité et du degré d'urgence de l'orientation vers l'ophtalmologue : « *c'est notre relais à nous [...] ils sont vraiment le lien avec l'ophtalmo et à eux du coup de décider de l'orientation ou pas* » (M1).

3.2. Les difficultés à collaborer : causes et conséquences

3.2.1. Les freins à la collaboration

3.2.1.1. *Représentations et manque de culture de la collaboration*

Les participants évoquaient plusieurs freins à la collaboration. Ils citaient le plus souvent le manque de connaissances du métier et des champs de compétences de l'autre : « *Les représentations qu'a chacun de l'autre métier, ce qui est un frein habituel, et la connaissance du métier [...] Si je connais pas, je réfère pas* » (M6). Les généralistes en particulier méconnaissaient le métier d'orthoptiste : « *je dois pas être le seul à pas trop savoir ce qu'ils font* » (M8). Plusieurs généralistes déploraient un manque de formation initiale en orthoptie et en ophtalmologie pédiatrique. Les modes de formation actuels semblaient favoriser un cloisonnement des professions, généralistes et orthoptistes avouant pour la plupart ne s'être jamais rencontrés pendant leur cursus initial. Ce cloisonnement allait parfois jusqu'à méconnaître les autres professionnels de santé de leur propre secteur d'exercice, mettant ainsi en avant un véritable manque de culture de la collaboration : « *parfois on sait même pas qu'il y a tels professionnels autour de nous [...] on est pas trop habitués à faire en sorte de se connaître [...] on est pas encore dans une culture réseau* » (M3).

Outre une méconnaissance de l'autre, il existait un manque de reconnaissance des compétences de chacun. Les rapports hiérarchiques et le manque de confiance pesaient parfois négativement sur les liens : « *nous en tant que paramédical [...] c'est vrai qu'on a un complexe d'infériorité [...] il y a un manque de considération* » (O9), « *ils ont peur qu'on fasse des bêtises* » (O2).

3.2.1.2. Contraintes organisationnelles

Les freins étaient également organisationnels. Les participants soulignaient le problème de rémunération et le caractère chronophage de la collaboration dans le secteur libéral : « *moi j'avais commencé à le faire, mais c'est impossible [...] je passais trois heures, et après moi je bosse plus pendant ce temps-là [...] financièrement c'est pas possible* » (O9). Le manque de temps et de disponibilité était une réelle contrainte et pouvait entraver la création de réseaux informels. L'éloignement géographique entre professionnels était aussi perçu comme un obstacle.

3.2.1.3. Défaut de communication

Malgré de nombreux outils (courrier, ordonnance, compte-rendu, carnet de santé, mail, messagerie sécurisée, fax ou encore téléphone), il existait « *un manque de communication assez important* » (O7) entre professionnels. La majorité des participants déplorait surtout l'absence de communication des ophtalmologues, mettant parfois généralistes et orthoptistes en difficulté dans leurs prises en charge par manque d'informations : « *vous avez déjà vu des comptes-rendus d'ophtalmos ? [...] j'ai pas de retours [...] On a zéro échange* » (M5).

3.2.2. Les conséquences d'un manque de collaboration dans le dépistage

Le manque de collaboration entre généralistes et orthoptistes dans ce dépistage avait des conséquences négatives aussi bien pour les patients que pour les professionnels.

Pour les patients, la principale conséquence était le « *retard de diagnostic* » (M1). Le retard de prise en charge était responsable d'« *une perte de chance pour le patient* » (M6). Selon les soignants, les troubles visuels pouvaient avoir de lourdes conséquences sur le développement et les apprentissages scolaires : « *la vue c'est tellement tellement important pour les apprentissages* » (O4).

Pour les professionnels, le manque de collaboration pouvait entraîner une perte d'informations. Ils perdaient alors du temps à récupérer les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient, ou à « *refaire des choses qu'on a déjà faites, refaire des choses inutiles* » (O4). Le manque de coordination entre professionnels, parfois responsable d'incohérence dans les prises en charge, pouvait être source de conflits et de frustrations.

3.3. La collaboration : attentes et pistes d'amélioration

3.3.1. Des rencontres pour déconstruire les représentations

Le développement de la collaboration nécessitait une meilleure compréhension de chacun, notamment grâce à des formations communes : « *Si on connaît pas, en fait on va même pas y penser. Et pour connaître, il faut aller se former* » (M3). Une majorité souhaitait encourager les rencontres interprofessionnelles, en particulier entre professionnels d'un même secteur. De telles rencontres

permettaient de « *définir effectivement le rôle et les compétences de chacun* » (M12). Les « *congrès* » interprofessionnels (O7), les « *groupes de pairs* » (M8) ou les « *groupes qualité* » (O3), en laissant par exemple un orthoptiste intervenir sur le dépistage des troubles visuels chez l'enfant, étaient autant d'occasions de rencontres et de formations citées par les participants. Se rencontrer signifiait « *Se comprendre. S'approprier. Mieux se représenter. Travailler donc sur nos propres représentations* » (M6). Ces rencontres pouvaient ainsi favoriser le décroisement des professions et permettre une prise en charge plus globale du patient, le but étant d'« *ouvrir, arrêter de rester un peu centré sur soi* » (O7).

3.3.2. Réorganisation de la filière visuelle

Les participants souhaitaient une réorganisation de la filière. Certains pointaient la nécessité d'une meilleure utilisation des compétences des ophtalmologues : « *Je trouve ça complètement aberrant que les ophtalmos voient des gens pour une presbytie tous les deux ans pour juste voir s'il faut ajouter un petit bout de correction [...] c'est un gâchis de compétences [...] il y aurait moyen d'être beaucoup plus efficace en termes de prise en charge des troubles bénins de la vue* » (M12). La télémédecine et les délégations de tâches semblaient pouvoir améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques.

D'autres désiraient fermer l'accès direct à l'ophtalmologue, renforçant ainsi le rôle pivot du généraliste : « *Je suis persuadé que si justement, sur les secteurs tendus, on fermait l'accès direct à l'ophtalmo et qu'on demandait aux patients de passer par leur médecin généraliste, on diminuerait drastiquement en fait le délai d'attente* » (M6). Les orthoptistes souhaitaient plus de coopération avec les généralistes par le développement de « *protocoles de dépistage* » (O11) des troubles visuels de l'enfant, à l'instar du dépistage de la rétinopathie diabétique : « *Finalement, les médecins [généralistes] pourraient faire l'ordonnance, les patients dilatent [...] et puis nous on les voit dilatés* » (O10). Les soignants soulignaient tout de même l'importance du choix du médecin en charge de l'interprétation et du traitement des résultats d'un tel bilan.

Plusieurs soignants évoquaient la mise en place d'un dépistage scolaire systématique par l'orthoptiste avant l'entrée au primaire. Deux professionnels citaient en exemple la convention des orthoptistes avec l'Assurance Maladie autorisant l'expérimentation d'un tel dispositif sous certaines conditions. Les participants désiraient également impliquer davantage les instituteurs, soulignant ainsi l'importance du rôle de l'école dans ce dépistage.

Enfin, certains orthoptistes souhaitaient voir leur droit de prescription et leurs compétences s'élargir : « *ce serait bien qu'on ait le droit de prescription sur pas mal de cas, sur les cas basiques [...] Ça ferait un bon tri pour les ophtalmos quand même* » (O10).

3.3.3. Nécessité d'un soutien organisationnel et institutionnel

Pour la majorité, le développement de la collaboration nécessitait un soutien organisationnel. Les participants pointaient la nécessité d'outils de communication adaptés. Le dossier médical partagé (DMP), vu comme « *une plateforme numérique où on pourrait tout synthétiser* » (O10), semblait pouvoir favoriser la transmission d'informations.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) semblaient également faciliter la collaboration : « *je pense qu'à partir du moment où on se côtoie, ou même on se croise, c'est déjà dix fois plus facile de se*

parler d'un cas » (O10). Les temps informels représentaient une part importante des échanges. Mais pour certains, il était nécessaire de formaliser des temps dédiés afin d'alimenter et d'enrichir la collaboration. Les MSP, en favorisant les échanges, permettaient l'interconnaissance des compétences de chacun.

Les réseaux étaient aussi vus comme des outils de collaboration : « *Pourquoi pas un réseau ophtalmo avec ophtalmo pédiat, [...] je pense que c'est un des seuls moyens d'arriver à travailler ensemble en collaboration avec des échanges* » (M1).

Enfin, certains professionnels désiraient un plus grand soutien institutionnel : « *moi j'aurais besoin que l'Agence Régionale de Santé [ARS] nous soutienne sur la mise en place des protocoles de coopération entre ophtalmos, équipes de soins primaires et orthoptistes [...] Et là-dessus je pense qu'aussi le service d'ophtalmo du CHU a son rôle à jouer* » (M6). Les institutions semblaient ainsi jouer un rôle important pour accompagner les professionnels dans le déploiement de dispositifs de collaboration sur le terrain.

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Les échanges entre orthoptistes et généralistes ont progressé ces dernières années, notamment en raison de la pénurie d'ophtalmologues. Pour autant, cela n'a pas permis le développement de pratiques collaboratives entre eux, alors même que la collaboration était pour beaucoup essentielle à toute pratique. Les principaux freins évoqués étaient le manque de connaissance et de reconnaissance des compétences de chacun, ainsi que le manque de temps et de communication. La formation initiale actuelle semblait plutôt favoriser le cloisonnement entre groupes professionnels, entraînant une coordination insuffisante. Les conditions d'exercice libéral s'avéraient peu propices au développement de la collaboration. Beaucoup souhaitaient apprendre à mieux se connaître via des formations communes ou des temps de rencontres et d'échanges. Les dispositifs et outils tels que les MSP et le DMP, paraissaient favoriser la coordination. Pour améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques, les soignants envisageaient la régulation de la filière visuelle en fermant l'accès direct à l'ophtalmologue. La mise en place d'un dépistage systématique par l'orthoptiste et le développement de protocoles de coopération entre généralistes et orthoptistes semblaient également pouvoir améliorer l'efficacité du dépistage des troubles visuels de l'enfant.

4.2. Forces et limites de l'étude

Ce travail est original car il n'existe pas, à ce jour, d'étude qualitative sur les relations entre orthoptistes et généralistes dans le cadre du dépistage chez l'enfant. La méthode choisie a permis d'explorer les ressentis et attentes des professionnels. Cette étude a cependant plusieurs limites. Les soignants interrogés étaient tous volontaires pour participer à l'étude, ce qui représente un biais de sélection. Le statut d'interne en médecine générale du seul chercheur a aussi pu influencer les réponses des participants au regard de la dimension hiérarchique existant entre professionnels de santé, constituant un biais d'intervention. Ce statut n'était cependant pas spécifiquement précisé lors des entretiens, sauf demande expresse du participant. La variation de l'échantillon sur plusieurs critères (âge, modalités et lieux d'exercice...) a permis de recruter des profils de professionnels assez différents et la triangulation de l'analyse a limité les biais d'interprétation. Néanmoins, ce travail n'a interrogé que deux professions intervenant dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant. De futures études pourraient être menées afin d'explorer le point de vue des autres professionnels impliqués, comme les ophtalmologues, les pédiatres ou les médecins du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

4.3. Freins et leviers de la collaboration

4.3.1. Représentations et manque de culture de la collaboration

La littérature retrouve les freins et leviers de la collaboration cités par les participants (20,25–29). Les représentations de chacun à l'égard de l'autre constituent bien souvent un obstacle aux relations interprofessionnelles (27,30–32). Dans une étude de Fournier *et al.* (33), l'interconnaissance entre

professionnels, appelée « proximité cognitive » apparaît comme déterminante, car elle facilite le développement de la confiance et la diminution de la « hiérarchie symbolique » entre professions médicales et non médicales. Cette notion de hiérarchie, identifiée par les soignants interrogés, entrave souvent les relations entre médecins et autres professions de santé (26,34). Selon Sarradon-Eck *et al.* (27), le décroisement entre professionnels de santé serait un levier de la collaboration, mais implique que chacun reconnaisse la place de l'autre dans la chaîne de soins.

Les participants soulignaient aussi l'absence de rencontres entre les deux professions, que ce soit lors de leur formation initiale ou continue. Ils pointaient un manque de culture de la collaboration. L'Organisation Mondiale de la Santé (35) rappelle l'importance de développer une telle culture dès le début du cursus et cet objectif est inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (36). Mais la formation initiale en France reste encore très cloisonnée entre groupes professionnels, à la différence d'autres pays comme le Royaume-Uni ou le Canada (37). Le séminaire interprofessionnel de Rennes, organisé annuellement depuis 2009, constitue en ce sens une formation innovante (38). Il a été repris et adapté dans d'autres villes françaises. Ce type de formation développerait ainsi une culture commune. Plusieurs études (13–16) confirment le manque de formation initiale des généralistes en ophtalmologie pédiatrique évoqué par les participants. Il pourrait donc être intéressant d'intégrer des formations interprofessionnelles communes entre généralistes, ophtalmologues et orthoptistes, sur cette thématique, permettant ainsi d'envisager un travail pluriprofessionnel dès le cursus initial.

4.3.2. Outils et dispositifs favorisant la collaboration

Les participants percevaient le DMP comme un outil d'amélioration de la communication. Il a été mis en place en 2018 pour favoriser la coordination (39) entre professionnels de santé selon certaines conditions d'accès (40). Cependant, la matrice d'habilitations de ce dossier (41) questionne sur le plan du secret médical. En effet, elle autorise assez largement l'accès à divers professionnels de santé à des données médicales sensibles. De plus, une analyse de 2013 sur l'expérimentation du DMP en Picardie (42) souligne que peu de généralistes utilisaient cet outil, car nécessitant trop de temps pour l'alimenter et retrouver les informations pertinentes. Le DMP paraît intéressant en termes de continuité des soins mais semble encore perfectible.

Selon les participants, les MSP paraissaient également favoriser la collaboration. Elles facilitaient les rencontres et les temps d'échanges formels et informels entre professionnels. Bien que leur nombre soit en constante augmentation, un bilan de 2017 (43) dénote la faible part des MSP disposant d'un projet de coopération pluriprofessionnelle formalisé. Un des freins évoqués concerne les modes de financement. Ce problème de rémunération de la collaboration en libéral était aussi abordé par les soignants de l'étude. En ce sens, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) a été mis en place en 2017 comme nouveau mode de rémunération des MSP (44) pour favoriser la collaboration, en indemnisant les temps de coordination et de concertation pluriprofessionnelle. Mais cet accord impose également l'installation de logiciels labellisés, coûteux et posant question dans leur utilisation pratique. Le passage d'un logiciel métier, actuellement utilisé par la plupart des soignants, à un dossier électronique partagé du patient est nécessaire dans le cadre d'une démarche qualité de l'offre de soins primaires (45), afin d'améliorer la communication et la coordination entre professionnels. Mais cela nécessite que les professionnels soient formés et accompagnés dans ce changement et que les logiciels proposés soient adaptés à leurs besoins quotidiens.

4.4. Accès direct à l'ophtalmologue

De Pouvourville *et al.* (46) décrivent globalement deux modèles de filière visuelle : un premier où l'ophtalmologue est en accès direct, jouant le rôle de pivot entre les différents acteurs et déléguant certaines tâches, et un deuxième où il est le spécialiste de second recours.

A l'instar du deuxième modèle, certains participants souhaitaient fermer l'accès direct à l'ophtalmologue, laissant ainsi au seul médecin généraliste le rôle de véritable gate-keeper du système de soins. Environ 30% des consultations ophtalmologiques en France sont spontanées, à l'initiative du patient (18). Une meilleure régulation de ces consultations pourrait donc être une solution pour désengorger la filière. Une étude réalisée aux Pays-Bas (47) montre une préférence des professionnels pour un gate-keeper médical plutôt que paramédical, puis conclue sur un rôle combiné du généraliste et de l'optométriste avant d'en référer à d'autres spécialistes. La comparaison de l'organisation de la filière française avec l'étranger est cependant délicate, notamment en raison de l'existence de l'optométrie dans certains pays, profession qui n'est pas reconnue par le Code de la Santé Publique.

En France, les mesures prises face à la pénurie d'ophtalmologues (48) et les différents rapports du Syndicat National des Ophtalmologistes (17,49) vont dans le sens du premier modèle. Ce modèle impose une solide communication de leur part pour coordonner les différents acteurs. Or quasiment tous les participants de l'étude ont souligné leur manque de communication. Peu d'études existent sur cette question. Seul un autre travail de thèse (50) révèle que l'ophtalmologie et la psychiatrie sont les spécialités les plus citées par les généralistes pour la mauvaise qualité des informations transmises. La conservation de ce modèle d'ophtalmologues pivots en France rend donc primordiale l'amélioration de la communication entre tous les acteurs de la filière pour permettre une coordination plus efficiente.

4.5. Dépistage systématique par les orthoptistes

Plusieurs participants ont proposé la mise en place d'un dépistage organisé des troubles visuels chez les enfants par les orthoptistes. Au Royaume-Uni, il existe un programme de dépistage conduit par les orthoptistes auprès des enfants de 4 et 5 ans (9,51). Plusieurs études (1,46) montrent que les orthoptistes réalisent des dépistages plus performants que les médecins de soins primaires. Cependant, ces mêmes études émettent des réserves sur la question coût-efficacité d'un tel programme. En France, les examens systématiques réalisés au cours de l'enfance par le généraliste intègrent la recherche de troubles visuels et certains donnent lieu à l'établissement d'un certificat, adressé aux services de PMI (8^e jour, 9^e et 24^e mois). D'après le Code de la Santé Publique (52), les services de PMI ont pour mission d'organiser des consultations et actions médico-sociales pour les enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles. Des actions intégrant la recherche de troubles sensoriels ont donc lieu au niveau scolaire en France, mais ce dépistage reste très hétérogène car organisé au niveau départemental et non national (2). L'école n'étant pas obligatoire avant l'âge de 6 ans, un certain nombre d'enfants échappe à ce repérage. Le retour de certaines expérimentations départementales appuie la réalisation d'un examen systématique par les orthoptistes (53) mais révèle aussi que plus d'un quart des enfants, pour lesquels une orientation avait été proposée, n'avaient pas bénéficié de prise en charge trois mois plus tard (54). Un net manque de coordination est donc à déplorer entre les services de PMI et la médecine ambulatoire. Des mesures permettant de mieux coordonner ces deux secteurs seraient souhaitables pour concourir à améliorer les dispositifs déjà existants en France.

En outre, la convention nationale entre les orthoptistes et l'Assurance Maladie (39) permet depuis 2017 l'expérimentation d'un dépistage collectif par les orthoptistes dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP), chez les enfants scolarisés de 3 à 8 ans. Ce choix de cibler les ZEP pourrait être expliqué par un déficit de repérage des troubles visuels plus prononcé dans ces zones (55). De nombreux participants souhaitaient la réalisation systématique d'un bilan par les orthoptistes mais seuls deux soignants, appartenant à la même MSP, ont cité l'expérimentation proposée par la convention. Cela laisse supposer un net manque de communication, d'accompagnement et de soutien de la part des autorités sanitaires pour la mise en place de tels dispositifs. Les soignants interrogés soulignaient d'ailleurs bien ce besoin de soutien institutionnel. Selon D'Amour (20), l'appui institutionnel au fonctionnement d'équipe est un des facteurs organisationnels déterminants dans la collaboration interprofessionnelle.

La mise en place d'un dépistage systématique par l'orthoptiste paraît difficile à l'heure actuelle en France. L'organisation départementale, le manque de soutien institutionnel et le coût financier que représenterait un tel dispositif sont autant d'obstacles.

4.6. Coopération et délégation de tâches

Les soignants souhaitent développer des protocoles de coopération et de délégation de tâches. Un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) (48) souligne le besoin de restructuration de la filière face à la pénurie d'ophtalmologues. Le développement des délégations de tâches entre ophtalmologues et orthoptistes et l'élargissement des compétences de ces derniers (21) vont dans ce sens. La délégation de tâches autorise le transfert de compétences entre soignants, impliquant le partage de certains savoirs et nécessitant de clarifier le rôle et le niveau d'intervention de chacun (25,30). Ce rapport conforte le rôle et les compétences de l'orthoptiste et encourage l'augmentation du travail aidé par un orthoptiste salarié, pour gagner du temps de consultation ophtalmologique.

Il n'existe pour le moment aucun protocole de délégation de tâches entre généraliste et orthoptiste. La convention nationale des orthoptistes (39) prévoit cependant plusieurs expérimentations dans le cadre de protocoles organisationnels au sein de MSP, pour améliorer l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire. Ce texte permet notamment la mise en place d'un dépistage précoce et individuel par l'orthoptiste pour les enfants de 9 mois à 3 ans, sur prescription des généralistes ou des pédiatres. L'interprétation des résultats serait alors effectuée par le médecin prescripteur avec orientation vers l'ophtalmologue en cas d'anomalies. La convention encourage également le développement de protocoles organisationnels de dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 3 ans, en se basant sur un modèle similaire à celui de la rétinopathie diabétique : le généraliste prescrit le bilan, l'orthoptiste le réalise et l'ophtalmologue interprète les résultats par télé-médecine.

D'après le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine de l'Ordre des médecins, aucune expérimentation de ce type n'a été mise en place dans le département à ce jour. Il n'y a pas eu non plus d'arbitrage sur cette question entre généralistes et orthoptistes. Selon l'Ordre, les généralistes semblent peu disposés à réaliser de telles prescriptions, par manque de formation en ophtalmologie pédiatrique. La question du choix du médecin prescripteur du bilan orthoptique est donc importante car il devra être en mesure d'en interpréter les résultats. A l'instar de ce qui existe pour la rétinopathie diabétique, le développement de protocoles de dépistage des troubles visuels chez l'enfant serait une piste envisageable selon

l'Ordre, car l'interprétation du bilan serait alors effectuée par un ophtalmologue. Les délais de traitement des résultats des bilans effectués devront cependant rester raisonnables pour ne pas entraîner de retard de prise en charge.

Les protocoles de coopération et de délégation de tâches peuvent donc permettre d'améliorer l'accès aux soins visuels mais ont tout de même leurs limites. Les inégalités sociales (56) de recours aux soins pourraient augmenter, les personnes aux revenus plus modestes consultant alors les acteurs paramédicaux plutôt que les médecins. Les inégalités géographiques d'accès aux soins sont également à considérer, avec des zones rurales souvent défavorisées sur le plan de la démographie médicale. Sur ce point, la mise en place de consultations avancées d'ophtalmologie, encouragées financièrement par l'ACI (57), pourrait être une des solutions dans les régions sous dotées. Les autorités sanitaires, notamment l'ARS, et les services d'ophtalmologie des CHU pourraient jouer un rôle important pour appuyer le déploiement de telles consultations, mais aussi pour soutenir le développement de protocoles organisationnels et de la télémédecine.

Le développement de protocoles organisationnels semble donc être une piste envisageable pour renforcer la collaboration entre généralistes et orthoptistes et améliorer ainsi l'efficacité du dépistage des troubles visuels chez l'enfant. Dans cette optique, il serait intéressant que de futures études explorent les apports et les difficultés rencontrées lors de la mise en place des protocoles organisationnels pour le repérage de la rétinopathie diabétique. Cela permettrait d'en étudier la faisabilité dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant.

5. Conclusion

Cette étude souligne une évolution des pratiques collaboratives entre généralistes et orthoptistes dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant, même si celles-ci restent encore insuffisantes et peu formalisées. Devant la difficulté de l'accès aux soins ophtalmologiques, il semble nécessaire d'améliorer le partenariat entre ces deux professions. Développer une véritable culture de la collaboration est indispensable dès la formation initiale et passe par des rencontres interprofessionnelles. Il s'agit de déconstruire les représentations et permettre la reconnaissance des compétences de chacun. Connaître l'autre, c'est savoir à quel moment et pour quels besoins il est opportun de mobiliser ses compétences, rendant le parcours de soins du patient plus cohérent. La fermeture de l'accès direct à l'ophtalmologue et la mise en place d'un dépistage scolaire systématique par l'orthoptiste paraissent difficilement réalisables à l'heure actuelle en France. Le développement de protocoles organisationnels semble être une piste intéressante. Améliorer la collaboration permettrait d'offrir au patient une prise en charge optimisée. Mais cela nécessite des outils et dispositifs adaptés aux besoins des professionnels ainsi qu'un soutien institutionnel afin de les accompagner dans ce changement de pratique. Les réflexions sur la place des orthoptistes dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant et leur participation aux objectifs de santé publique doivent être poursuivies, en impliquant dans ces réflexions aussi bien les orthoptistes que les autres professionnels de la chaîne de dépistage. Des études plus approfondies seraient nécessaires afin d'évaluer l'impact d'une meilleure collaboration entre généralistes et orthoptistes sur la qualité des soins et sur la régulation de la filière visuelle.

6. Références bibliographiques

1. Bailly D, Biette S, Billard C, Bothorel C, Brodin M, Dauman R, et al. Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi. Paris : Les éditions Inserm; 2009. 252 p. (Institut national de la santé et de la recherche médicale INSERM). Disponible: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/90>
2. Arnaud C, Bursztyn J, Charlier J, Defoort-Dhellemmes S, Kaplan J, Le Gargasson J-F, et al. Déficiences visuelles : Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Paris : Les éditions Inserm; 2002. 398 p. (Institut national de la santé et de la recherche médicale INSERM). Disponible: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/163>
3. ANAES. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Service des recommandations et références professionnelles; 2002. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Amblyopie_recos.pdf
4. Bois C, Binot MC, Jonqua F, Guillemot G, Brémond-Gignac D. Dépistage des troubles visuels entre 3 et 5 ans : expérience du service départemental de la Protection Maternelle et Infantile dans les Hauts-de-Seine. *J Fr Ophtalmol.* juin 2007;30(6):570-6.
5. Brémond-Gignac D. Chapitre 23 - Ophtalmologie. Dans: *Pédiatrie (6e édition)*. Paris : Elsevier Masson; 2011. p. 663-71. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713750500234>
6. Guignon N, Badéyan G. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. *DREES. Etudes et Résultats.* janv 2002;(155).
7. Swanson I, Yasuda K, Francke F, Grimm K, Harbaugh N, Herr T. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. *Pediatrics.* avr 2003;111(4 Pt 1):902-7.
8. American Academy of Pediatrics. Learning Disabilities, Dyslexia, and Vision. *Pediatrics.* 1 août 2009;124(2):837-44.
9. Solebo AL, Cumberland PM, Rahi JS. Whole-population vision screening in children aged 4–5 years to detect amblyopia. *The Lancet.* 6 juin 2015;385(9984):2308-19.
10. Beley G, Buisson G, Bursztyn J, Dupont A-C, Dureau P, Foucault C, et al. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant. *Société Française de Pédiatrie*; 2009. Disponible: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf
11. Haute Autorité de Santé, Service des recommandations professionnelles. Recommandations pour la pratique clinique : propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. sept 2005. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf
12. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Bulletin Officiel n°2004-52. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent; 2004. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>
13. Livinec F, Kaminski M, Bois C, Flahault A. Dépistage des déficiences de l'enfant en médecine générale. *INSERM*; 2004.
14. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagonne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Santé Publique.* 27 août 2008;20(3):259-68.

15. Paulic A. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant de 0 à 6 ans en médecine générale: enquête de pratique [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2013.
16. Saguet P, Lux A-L, Denion G, Denion E. Les items d'ophtalmologie du carnet de santé sont-ils réalistes ? Arch Pédiatrie. janv 2016;23(1):14-20.
17. SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France). Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 : projections des départs, besoins en nouveaux ophtalmologistes, aspects nationaux et régionaux, professions paramédicales associées et coopérations. Académie française d'ophtalmologie; mars 2011. (Commission Démographie et Santé Publique du SNOF). Disponible: http://www.ophtalmo.net/SNOF/temp/Rapport_Snof_2011_Final.pdf
18. Santiago PY, Becquet F, Zanlonghi X, Bosc JM. Étude qualitative et quantitative de la consultation ophtalmologique en France : enquête multicentrique descriptive. J Fr Ophtalmol. févr 2018;41(2):158-63.
19. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 21 juill 2009.
20. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Santé. 1999;17(3):67-94.
21. Legifrance. Article L4342-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art 131. Chapitre II : Orthoptiste. Code de la santé publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171320&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
22. Speeg-Schatz C. Le dépistage des troubles visuels chez l'enfant : nouveaux moyens d'examens et place de l'orthoptiste. Bull Académie Natl Médecine. oct 2012;196(7):1451-6.
23. La Rédaction Prescrire. Orthoptistes : davantage d'actes autorisés. Rev Prescrire. sept 2008;28(299):701.
24. Vives S. La part et le motif des prescriptions des médecins généralistes dans les consultations des orthoptistes [Thèse d'exercice]. Bordeaux : U.F.R des sciences médicales; 2015.
25. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:132-47.
26. Parent F, Jouquan J. Penser la formation des professionnels de la santé. De Boeck Supérieur; 2013. 440 p. (Pédagogies en développement). Disponible: <http://www.cairn.info/penser-la-formation-des-professionnels-de-la-sante--9782804182496.htm>
27. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2008;56(Supplement):197-206.
28. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. Int J Nurs Stud. 1 mars 2018;79:70-83.
29. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Dans: The Cochrane Collaboration, rédacteur. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2>
30. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver : Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Disponible: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCCompetencies_Feb1210.pdf

31. Huard P. La prise en charge des maladies chroniques - innovations organisationnelles et efficience. ISTE Editions. 2018. (Collection ingénierie de la santé et société).
32. Cramton Durnell C. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organ Sci.* 2001;(3):346.
33. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Quest D'Economie Santé.* août 2014;(200):8.
34. Olson R. How would an egalitarian health care system operate? Power and conflict in interprofessional education. *Med Educ.* 2015;49:353-4.
35. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; 2010;64.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
37. Rodger S, Hoffman SJ, Education on behalf of the WHOSG on I, Practice C. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *J Interprof Care.* 1 sept 2010;24(5):479-91.
38. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale.* mai 2015;16(2):105-17.
39. Journal Officiel de la République Française. Avis relatif à l'avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthoptistes et l'Assurance Maladie, signée le 19 avril 1999. Ministère des solidarités et de la santé; juin 2017. Disponible: https://www.acuite.fr/sites/acuite.fr/files/articles_pj/joe_20170623_0146_0085.pdf
40. Assurance Maladie. Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé; Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>
41. Assurance Maladie. Dossier Médical Partagé - Matrice d'habilitations des professionnels de santé (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline) - V2.1.0. 2018. Disponible: <https://www.dmp.fr/matrice-habilitation>
42. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. *Réseaux.* 4 juill 2013;n° 178-179(2):223-55.
43. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Rev Française Adm Publique.* 2017;N° 164(4):887-902.
44. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles - Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0182 du 05/08/2017 | Legifrance. 5 août 2017. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo>
45. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. *Médecine Mal Métaboliques.* févr 2017;11(1):18-21.
46. de Pourville G, Chaîne G, Nghiem-Buffer S, Noël E, Schwob R, Combière E, et al. La démographie en ophtalmologie 2000-2020 - Rapport présenté au Conseil Scientifique de la CNAMTS le 24 septembre 2003. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; 2003. Disponible: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_ophtalmologie.pdf

47. Stevens FCJ, van der Horst F, Hendrikse F. The gatekeeper in vision care. An analysis of the coordination of professional services in The Netherlands. *Health Policy Amst Neth.* juin 2002;60(3):285-97.
48. Voynet D. Restructuration de la filière visuelle. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales); juill 2015 p. 80.
49. Bour T, Corre C. L'ophtalmologie et la filière visuelle en France - Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France); janv 2006 p. 169.
50. Gaigneur C. La qualité des informations transmises aux médecins traitants par leurs partenaires de soins: enquête de satisfaction auprès des généralistes bretons [Thèse d'exercice]. France : Université européenne de Bretagne; 2011.
51. Public Health England. Child vision screening pathway. PHE publications gateway number 2017493; 2017. Disponible: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/652699/Child_vision_screening_pathway.pdf
52. Legifrance. Code de la Santé Publique. Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile - Article L2112-1 - Ordonnance n°2018-21; 17 janv 2018. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=5F85C04A6EB9FEC900D5E716096C58F1.tplgfr23s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171124&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190203
53. Millot B. Dépistage des troubles visuels dans les écoles maternelles de Dordogne. *Rev Francoph Orthopt.* Septembre 2009;2(3):132-5.
54. Peyronnet S, Garnier M-O. Dépistage des troubles sensoriels et du développement en école maternelle par le service de protection maternelle et infantile dans le département du Vaucluse : résultats, orientations, limites. *Arch Pédiatrie.* nov 2011;18(11):1148-53.
55. Guignon N, Delmas M-C, Fonteneau L, Perrine A-L. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. DREES. *Etudes & Résultats.* févr 2017;(0993). Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>
56. Elbaum M, (Sous la direction de). *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé.* Paris; déc 2007 p. 320. (Haute Autorité de Santé).
57. Assurance Maladie. ACI pour la rémunération des structures pluri-professionnelles - fiche indicateur; oct 2017. Disponible: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400387/document/annexe_5_fiches_indicateurs_aci.pdf

7. Glossaire

| | |
|------|---|
| ACI | Accord Conventionnel Interprofessionnel |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| DMP | Dossier Médical Partagé |
| HPST | Hôpital, Patients, Santé, Territoires |
| IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| MSP | Maison de Santé Pluriprofessionnelle |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| QP | Quartier Prioritaire |
| ZAC | Zone d'Action Complémentaire |
| ZEP | Zone d'Education Prioritaire |
| ZIP | Zone d'Intervention Prioritaire |

Annexe 1. Guide d'entretien des généralistes

Bonjour, je suis Hélène, je réalise un travail de fin d'études sur le dépistage des troubles visuels chez l'enfant de moins de 6 ans.

Question brise-glace : racontez-moi votre parcours professionnel

-études, choix professionnels, installation, type de patientèle

1. Pour vous, comment se passe le dépistage des troubles visuels d'un enfant en pratique ?

-Consultation type, description, outils utilisés (mallette)

-Liens avec d'autres professionnels du dépistage des troubles visuels ?

-Difficultés rencontrées personnellement dans ce dépistage ? Liées à l'exercice de la médecine ? A l'enfant ? Aux parents ?

2. Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage ? Et celui de l'orthoptiste ?

-Ressenti, représentations, regard porté sur le rôle de chacun

-Que pensez-vous de la place de chacun dans ce dépistage ?

-Articulation des deux professions, comment ? Où s'arrête la prise en charge de chaque profession ?

3. Pour vous, comment définiriez-vous/que signifie la collaboration interprofessionnelle ? Pour vous, ça veut dire quoi la collaboration entre médecins généralistes et orthoptistes ?

-Définition, ressenti, point de vue sur la collaboration

-Objectifs, intérêts pour le patient et pour les professionnels dans leur pratique, qu'est-ce que ça apporte ?

-Liens avec les autres professionnels de santé ? Quelles sont les professions avec lesquelles vous travaillez le plus ?

-Comment peut-elle se créer et s'appliquer en pratique ? Donner des exemples

-A quel moment dans votre journée de travail vous appuyez-vous le plus sur la collaboration ? Pendant une consultation ? Entre des consultations ? A la fin de la journée ?

-Expériences positives, négatives de collaboration en pratique avec certaines professions ?

4. Comment décririez-vous vos relations actuelles avec les orthoptistes ?

-Comment cela se passe quand vous faites appel à un orthoptiste ? Et quand un orthoptiste fait appel à vous ? Circonstances, situations, raisons de cet appel ?

-Outils, moyens de communication utilisés ?

-Fréquence des contacts ? Liens actuels suffisants ou pas, pourquoi ?

-Etat des relations en dehors du cadre de la consultation ? A quelles occasions vous rencontrez-vous ? Avec l'orthoptiste avec lequel vous êtes le plus en lien, comment le lien s'est créé ?

-Comment décririez-vous la collaboration existante actuellement avec les orthoptistes ?

5. Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer concernant la collaboration avec les orthoptistes ?

-Problèmes rencontrés, obstacles à la collaboration

-Obstacles à la communication, outils existants mal adaptés ou mal utilisés ?

-Quelles autres difficultés voyez-vous ?

-Pourquoi y a-t-il ces obstacles ?

-Conséquences possibles pour le patient ? Pour les professionnels ?

6. Quelles seraient vos attentes concernant cette collaboration dans le cadre du dépistage des troubles visuels de l'enfant ? De quoi auriez-vous besoin ?

-Par rapport à votre pratique ? Au patient ?

-Envie de s'appuyer sur la collaboration dans son quotidien ou non ? Envie de l'améliorer/la développer ?

-Que peuvent vous apporter les orthoptistes ? Que pouvez-vous leur apporter ?

-Bénéfices attendus pour le patient dans le dépistage ? Pour les professionnels ?

7. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette collaboration ?

-Quelles solutions/pistes d'amélioration peut-on envisager ? Comment améliorer/développer la collaboration ?

-Comment mieux travailler ensemble ?

-Par quels moyens ? Quels outils ?

-Avec les professionnels de santé avec lesquels vous avez des contacts fréquents, comment s'est créée cette collaboration ? Transférabilité à la collaboration avec les orthoptistes ?

Quelque chose à ajouter ?

Annexe 2. Guide d'entretien des orthoptistes

Bonjour, je suis Hélène, je réalise un travail de fin d'études sur le dépistage des troubles visuels chez l'enfant de moins de 6 ans.

Question brise-glace : racontez-moi votre parcours professionnel

-études, choix professionnels, installation, type de clientèle

1. Pour vous, comment se passe le dépistage des troubles visuels d'un enfant en pratique ?

-Consultation type, description, outils utilisés

-Liens avec d'autres professionnels du dépistage des troubles visuels ?

-Difficultés rencontrées personnellement dans ce dépistage ? Liées à l'exercice de l'orthoptie ? A l'enfant ? Aux parents ?

2. Pour vous, quel est le rôle de l'orthoptiste dans ce dépistage ? Et celui du médecin généraliste ?

-Ressenti, représentations, regard porté sur le rôle de chacun

-Que pensez-vous de la place de chacun dans ce dépistage ?

-Articulation des deux professions, comment ? Où s'arrête la prise en charge de chaque profession ?

3. Pour vous, comment définiriez-vous/que signifie la collaboration interprofessionnelle ? Pour vous, ça veut dire quoi la collaboration entre médecins généralistes et orthoptistes ?

-Définition, ressenti, point de vue sur la collaboration

-Objectifs, intérêts pour le patient et pour les professionnels dans leur pratique, qu'est-ce que ça apporte ?

-Liens avec les autres professionnels de santé ? Quelles sont les professions avec lesquelles vous travaillez le plus ?

-Comment peut-elle se créer et s'appliquer en pratique ? Donner des exemples

-A quel moment dans votre journée de travail vous appuyez-vous le plus sur la collaboration ? Pendant une consultation ? Entre des consultations ? A la fin de la journée ?

-Expériences positives, négatives de collaboration en pratique avec certaines professions ?

4. Comment décririez-vous vos relations actuelles avec les médecins généralistes ?

-Comment cela se passe quand vous faites appel à un médecin généraliste ? Et quand un généraliste fait appel à vous ? Circonstances, situations, raisons de cet appel ?

-Outils, moyens de communication utilisés ?

-Fréquence des contacts ? Liens actuels suffisants ou pas, pourquoi ?

-Etat des relations en dehors du cadre de la consultation ? A quelles occasions vous rencontrez-vous ? Avec le généraliste avec lequel vous êtes le plus en lien, comment le lien s'est créé ?

-Comment décririez-vous la collaboration existante actuellement avec les généralistes ?

5. Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer concernant la collaboration avec les généralistes ?

-Problèmes rencontrés, obstacles à la collaboration

-Obstacles à la communication, outils existants mal adaptés ou mal utilisés ?

-Quelles autres difficultés voyez-vous ?

-Pourquoi y a-t-il ces obstacles ?

-Conséquences possibles pour le patient ? Pour les professionnels ?

6. Quelles seraient vos attentes concernant cette collaboration dans le cadre du dépistage des troubles visuels de l'enfant ? De quoi auriez-vous besoin ?

-Par rapport à votre pratique ? Au patient ?

-Envie de s'appuyer sur la collaboration dans son quotidien ou non ? Envie de l'améliorer/la développer ?

-Que peuvent vous apporter les généralistes ? Que pouvez-vous leur apporter ?

-Bénéfices attendus pour le patient dans le dépistage ? Pour les professionnels ?

7. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette collaboration ?

-Quelles solutions/pistes d'amélioration peut-on envisager ? Comment améliorer/développer la collaboration ?

-Comment mieux travailler ensemble ?

-Par quels moyens ? Quels outils ?

-Avec les professionnels de santé avec lesquels vous avez des contacts fréquents, comment s'est créée cette collaboration ? Transférabilité à la collaboration avec les généralistes ?

Quelque chose à ajouter ?

Annexe 3. Recueil du consentement

J'accepte de participer à cette étude sur le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans.
Je suis informé(e) que les données de cet entretien seront enregistrées et retranscrites avec anonymisation des données.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 4. Questionnaire des caractéristiques des participants

Vous êtes :

- orthoptiste
- médecin généraliste

Sexe :

- féminin
- masculin

Age :

- 20-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60 ans
- > 60 ans

Nombre d'années d'exercice professionnel :

- < 5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- > 20 ans

Modalités d'exercice (plusieurs réponses possibles) :

- libéral
- seul
- remplaçant
- maison de santé pluriprofessionnelle
- au sein d'un cabinet d'ophtalmologie (pour les orthoptistes)
- établissement de santé
- salariat
- cabinet de groupe
- installé

Lieu d'activité :

- urbain
- semi-rural
- rural

Type de patientèle :

- pédiatrie
- gériatrie
- autre :

Niveau social de votre patientèle :

- élevé
- moyen
- bas

Participez-vous à la formation des étudiants (maître de stage, enseignant...) ou bien êtes-vous formateur (FMC) ? Oui Non

Si oui, de quelle manière ?

Avez-vous des formations complémentaires diplômantes ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Appartenez-vous à un réseau ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Annexe 5. Note d'information

Vous avez accepté de participer à l'étude portant sur la collaboration entre orthoptistes et médecins généralistes dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans. Il s'agit d'un travail qualitatif, par entretiens individuels menés auprès d'orthoptistes et de médecins généralistes, afin de permettre de croiser les points de vue de chacun.

Les entretiens sont enregistrés par dictaphones pour pouvoir les retranscrire et permettre de travailler à partir des données brutes. Toutes les données sont anonymisées lors de la retranscription. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de ces données.

Annexe 6. Avis du comité d'éthique du CHU de Rennes

COMITE D'ETHIQUE DU CHU

Dr Vincent MOREL
Praticien Hospitalier
☎ 02 99 87 35 53
Fax 02 99 87 35 54
comite.ethique@chu-rennes.fr

Dr Hélène Diguet

Données à caractère
personnel

Avis n° 18.80

Rennes, le 16/10/2018

Monsieur et cher Confrère,

Après étude du projet de recherche

Le comité d'éthique du CHU de Rennes estime que ce projet de recherche ne contrevient pas à l'éthique médicale.

La collaboration entre médecins généralistes et orthoptistes dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans : état des lieux, obstacles et pistes d'amélioration

Cet avis du comité d'éthique a été émis à l'unanimité de ses membres présents.

En vous souhaitant bonne réception.

Veillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de ma considération la meilleure.

Pour le comité d'éthique
Vincent Morel

DIGUET Hélène. La collaboration entre médecins généralistes et orthoptistes dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans : état des lieux, obstacles et pistes d'amélioration.

38 feuilles, 1 tableau, 30 cm - Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N° .

Résumé français : Contexte : Le dépistage des troubles visuels de l'enfant reste insuffisant en France. **Objectifs :** Explorer les pratiques collaboratives entre médecins généralistes et orthoptistes d'Ille-et-Vilaine dans le dépistage des troubles visuels de l'enfant de moins de 6 ans, les obstacles et les pistes d'amélioration. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 12 généralistes et 12 orthoptistes, avec retranscription puis analyse thématique. **Résultats :** Les participants considéraient la collaboration comme essentielle mais elle était peu développée en pratique. Le manque de connaissance et de reconnaissance des compétences de chacun semblait faire obstacle. Les soignants souhaitaient plus de collaboration entre eux. **Conclusion :** Il semble nécessaire de réorganiser la filière visuelle et de développer une véritable culture de la collaboration.

Résumé anglais : Background: Screening for children's visual disorders remains insufficient in France. **Objectives:** To explore collaborative practices between general practitioners (GP) and orthoptists in the screening of visual disorders in children under 6 years of age, encountered difficulties and opportunities for improvement. **Methods:** A qualitative study carried out by semi-structured interviews with 12 GP and 12 orthoptists, transcription then thematic analysis. **Results:** The participants considered collaboration to be essential but it was not well developed in practice. The lack of knowledge and recognition of each other's skills seemed to be an obstacle. The caregivers wanted more collaboration amongst themselves. **Conclusion:** It seems necessary to reorganize the visual sector and develop a genuine culture of collaboration.

Rubrique de classement : OPHTALMOLOGIE PEDIATRIQUE

Mots-clés :
Collaboration
Dépistage
Troubles visuels
Orthoptie
Enfant

Mots-clés anglais MeSH :
Collaboration
Screening
Visual disorders
Orthoptics
Child

Président : Monsieur le Professeur Frédéric MOURIAUX

JURY :
Asseseurs : Madame le Docteur Vanessa LE GALL [directrice de thèse]

Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC

Madame Delphine JULIENNE-DAVID

