



HAL
open science

Évaluation du suivi ophtalmologique des patients de plus de 65 ans en médecine générale

Clara Burel

► **To cite this version:**

Clara Burel. Évaluation du suivi ophtalmologique des patients de plus de 65 ans en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03764312

HAL Id: dumas-03764312

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03764312>

Submitted on 30 Aug 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Clara BUREL

Présentée et soutenue publiquement le *7 juin 2022*

**EVALUATION DU SUIVI OPHTALMOLOGIQUE DES PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS EN
MEDECINE GENERALE**

Président : Monsieur le Professeur Michel WEBER

Directeur de thèse : Dr Jean Baptiste DUCLOYER

Membres du Jury :

- Dr Cyrille VARTANIAN
- Dr Guillaume CHAPELET

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel Weber

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de représenter la médecine générale dans ce jury. Je vous prie de bien vouloir accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Guillaume Chapelet

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Un grand remerciement également pour votre implication dans la relecture de cette thèse et vos conseils pour l'améliorer. Veuillez trouver le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse, monsieur le Docteur Jean Baptiste Ducloyer

Un très grand merci pour avoir accepté sans hésitation de réaliser ce sujet de thèse, pour m'avoir guidé tout du long et avoir été disponible pour répondre à mes questions. Merci également pour le temps passé à la relecture et les nombreux conseils que tu as pu me donner.

A Nicolas

Merci d'être toujours là pour moi, de m'avoir soutenue pendant toutes ces années d'externat et d'internat. J'ai hâte de continuer ma vie avec toi. Je ne vais pas en écrire beaucoup plus parce que tu dois déjà être un peu malaisé.

Un dernier petit mot quand même pour te dire merci de m'avoir aidé à trouver ce sujet de thèse. Je t'aime.

A mes parents

Un très grand merci pour m'avoir toujours soutenue et encouragée pendant ces nombreuses années. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

Je vous aime très fort.

A mon petit frère, Guillaume

Merci d'être là pour les moments importants.

A mes grands parents

Merci d'avoir suivi mon parcours pendant toutes ces années et d'avoir cru en moi. J'espère que vous serez fiers.

A mes futurs beaux-parents, Caroline et Thierry

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille si chaleureusement.

A Océane et Amélie,

Mes deux supers témoins.

Merci pour toutes nos années de fac passées ensemble. C'est vrai que l'on se voit un peu moins depuis que vous êtes à Paris mais j'espère qu'on continuera à s'organiser des petits week-ends et des vacances ensemble pendant encore très longtemps.

A Marie, Flo et Pierre,

On aura quand même bien rigolé pendant toutes ces années, malgré le temps passé dans cette chère BU. En tout cas, j'ai hâte de venir à vos pots de thèse respectifs !

A la coloc de la Roche, Delphine et Manon,

Merci de nous avoir accueilli avec Lupus. C'était un super semestre ! Je suis heureuse d'avoir croisé votre chemin.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	2
MATERIEL ET METHODE	4
1- Type d'étude.....	4
2- Objectifs de l'étude.....	4
3- Population d'étude	4
4- Consultations médecin généraliste et ophtalmologiste	5
5- Suivi.....	5
6- Recueil de données.....	6
7- Approbation du protocole et consentements.....	6
8- Statistiques.....	6
RESULTATS	7
1- Résumé du protocole.....	7
2- Caractéristiques de la population.....	8
3- Objectif principal	9
3.1 – dans la population générale	9
3.2 – dans les sous-groupes	10
4- Objectifs secondaires	12
4.1 – patients ayant consulté un ophtalmologiste à la suite du conseil donné par le médecin généraliste.....	12
4.2 – analyse des consultations ophtalmologiques.....	12
4.3 – les freins des patients à la consultation ophtalmologique.....	14
DISCUSSION	15
1- Prévalence du suivi ophtalmologique.....	15
2- Recommandations nationales et internationales.....	17
3- Intérêt de l'intervention du médecin généraliste	19
4- Place de l'étude dans la prévention du bien vieillir	21
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	29

LISTE DES ABREVIATIONS

- DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
- SNOF : Syndicat national des ophtalmologistes de France
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- GNEDS : Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la santé
- ERMC : Erreur de réfraction mal corrigée
- BAV : Baisse d'acuité visuelle
- AV : Acuité visuelle
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- IADL : Activités instrumentales de la vie quotidienne
(Comprend 8 items : utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir le domicile, faire la lessive, utiliser les moyens de transport, prendre les médicaments, gérer le budget)
- ADL : Activités de la vie quotidienne
(Comprend 6 items : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, transfert, continence, repas)
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Du fait de l'allongement de la durée de vie, les sujets âgés présentant des troubles visuels sont plus nombreux et vivent de plus en plus longtemps avec leur handicap. De nombreuses études ont montré un taux élevé de troubles visuels non diagnostiqués et non traités chez les sujets âgés [1]. Pourtant les effets d'une baisse de vision non détectée sont significatifs sur la morbi-mortalité : augmentation du risque de chute et de fracture, institutionnalisation, déclin de la capacité à réaliser les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne, augmentation de la morbidité affective et cognitive [2]. Or il existe des thérapies efficaces pour la majorité des pathologies visuelles, telles que la chirurgie de la cataracte, les injections d'anti-VEGF pour la DMLA exsudative ou les traitements hypotonisants pour le glaucome. Il a d'ailleurs été prouvé que les patients qui bénéficient de ces thérapies ont une amélioration de la qualité de vie, une diminution du risque de chute et sont moins institutionnalisés [3,4,5].

Le syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) préconise de surveiller sa vue régulièrement chez l'ophtalmologiste. Après 65 ans, chez les patients asymptomatiques, un examen tous les 2 ans est recommandé [6]. Au niveau international, les sociétés savantes ne sont pas d'accord sur la question. D'un côté, les sociétés d'ophtalmologie et d'optométrie américaines et canadiennes recommandent également un examen ophtalmologique au moins tous les 2 ans chez les sujets asymptomatiques âgés de 65 ans ou plus [7,8,9,10]. De l'autre côté, les services de médecine préventive américains et canadiens ne sont pas en faveur de ce dépistage systématique [29, 30].

A ce jour, il n'existe pas de donnée publiée sur le respect de cette recommandation ni de recommandation sur le rôle du médecin généraliste. Cette recommandation est-elle vraiment suivie ? Y a-t-il un intérêt à ce que le médecin traitant vérifie si un suivi est réalisé ? Cette question est importante car la participation du médecin généraliste au sein du dépistage visuel pourrait permettre d'améliorer le suivi ophtalmologique des sujets âgés et leur qualité de vie.

Notre hypothèse est que cette recommandation n'est pas suivie par tous les patients et qu'il y a un bénéfice visuel pour les patients si le médecin généraliste conseille de réaliser une consultation de dépistage. Notre étude consiste à évaluer le suivi ophtalmologique des sujets de 65 ans ou plus se présentant chez leur médecin généraliste dans 2 cabinets de la région nantaise, et l'effet du conseil du médecin généraliste de consulter un ophtalmologiste si le patient n'a pas de suivi régulier ou s'il ressent une baisse de vision.

MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Une étude multicentrique observationnelle descriptive quantitative prospective a été menée afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. Elle s'est déroulée de mai à décembre 2021.

2) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le pourcentage de patients ayant un suivi ophtalmologique tel que recommandé par le SNOF.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Evaluer parmi les patients ayant un suivi datant de plus de 2 ans, la part des patients ayant consulté un ophtalmologiste à la suite du conseil donné par le médecin généraliste,
- Evaluer parmi eux la proportion de consultations ayant abouti à une décision thérapeutique,
- Analyser les décisions thérapeutiques prises,
- Analyser les freins des patients à la consultation ophtalmologique.

3) Population d'étude

Entre mai et octobre 2021, l'étude était proposée à tous les patients de 65 ans ou plus se présentant chez leur médecin généraliste au sein de 2 cabinets médicaux de la région nantaise : l'un à Rezé et l'autre en zone semi rurale, à Savenay. Les patients qui consentaient à participer à l'étude étaient interrogés sur leurs antécédents ophtalmologiques ainsi que la présence ou non d'un suivi ophtalmologique régulier. Si les patients n'avaient pas de consultation depuis moins de 2 ans ou s'ils décrivaient une baisse de vision, le médecin recommandait une consultation chez un ophtalmologiste.

4) Consultations médecin généraliste et ophtalmologiste

Dans le cadre de soins courants, le médecin généraliste interrogeait les patients sur différents items :

- Il cherchait à évaluer le suivi ophtalmologique en leur demandant la date de leur dernière consultation ophtalmologique.
- Il les questionnait également sur l'apparition ou non d'une sensation de baisse de vision depuis leur dernière consultation chez l'ophtalmologiste.
- Puis il recherchait les antécédents ophtalmologiques, notamment une chirurgie de cataracte, une DMLA, un glaucome ou une rétinopathie diabétique
- Et pour finir, il évaluait la présence ou non de signes d'alerte, en particulier une baisse d'acuité visuelle brutale, la présence de phosphènes ou de myodésopsies ou encore la présence de métamorphopsies.

Si le patient n'avait pas de consultation depuis moins de 2 ans ou si le patient décrivait une baisse de vision, le médecin recommandait une consultation chez un ophtalmologiste afin d'avoir un bilan visuel. Cette consultation avait lieu avec l'ophtalmologiste de leur choix ou s'ils le souhaitaient à l'hôpital Bellier ou au CHU de Nantes. Cette consultation ophtalmologique incluait au minimum un examen à la lampe à fente, une mesure de l'acuité visuelle et de la pression intra oculaire ainsi qu'un examen du fond d'œil.

En cas de signes d'alerte détectés, le patient était alors directement adressé aux urgences ophtalmologiques du CHU de Nantes.

5) Suivi

Un courrier d'adressage était remis au patient par le médecin généraliste lors de la consultation initiale afin que l'ophtalmologiste puisse renvoyer un compte rendu au médecin généraliste. Si les comptes rendus de consultations ophtalmologiques n'étaient pas récupérés par le médecin généraliste, un rappel téléphonique des patients était réalisé entre 3 et 6 mois après la consultation initiale afin de récupérer les données. Si les patients ne s'étaient pas rendus à la consultation ophtalmologique, il leur était alors demandé le motif.

6) Recueil des données

L'investigateur recueillait ensuite de façon rétrospective les données à partir du dossier médical du patient.

7) Approbation du protocole et consentements

Cette étude a été conduite en accord avec le groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la santé (GNEDS – voir annexe). Les patients étaient informés de l'étude via une note d'information remise lors de la consultation initiale chez le médecin généraliste. L'accord oral du patient était notifié dans le dossier médical, que les données recueillies dans le cadre de prise en charge médicale étaient utilisées à des fins de recherche, de façon anonyme.

8) Statistiques

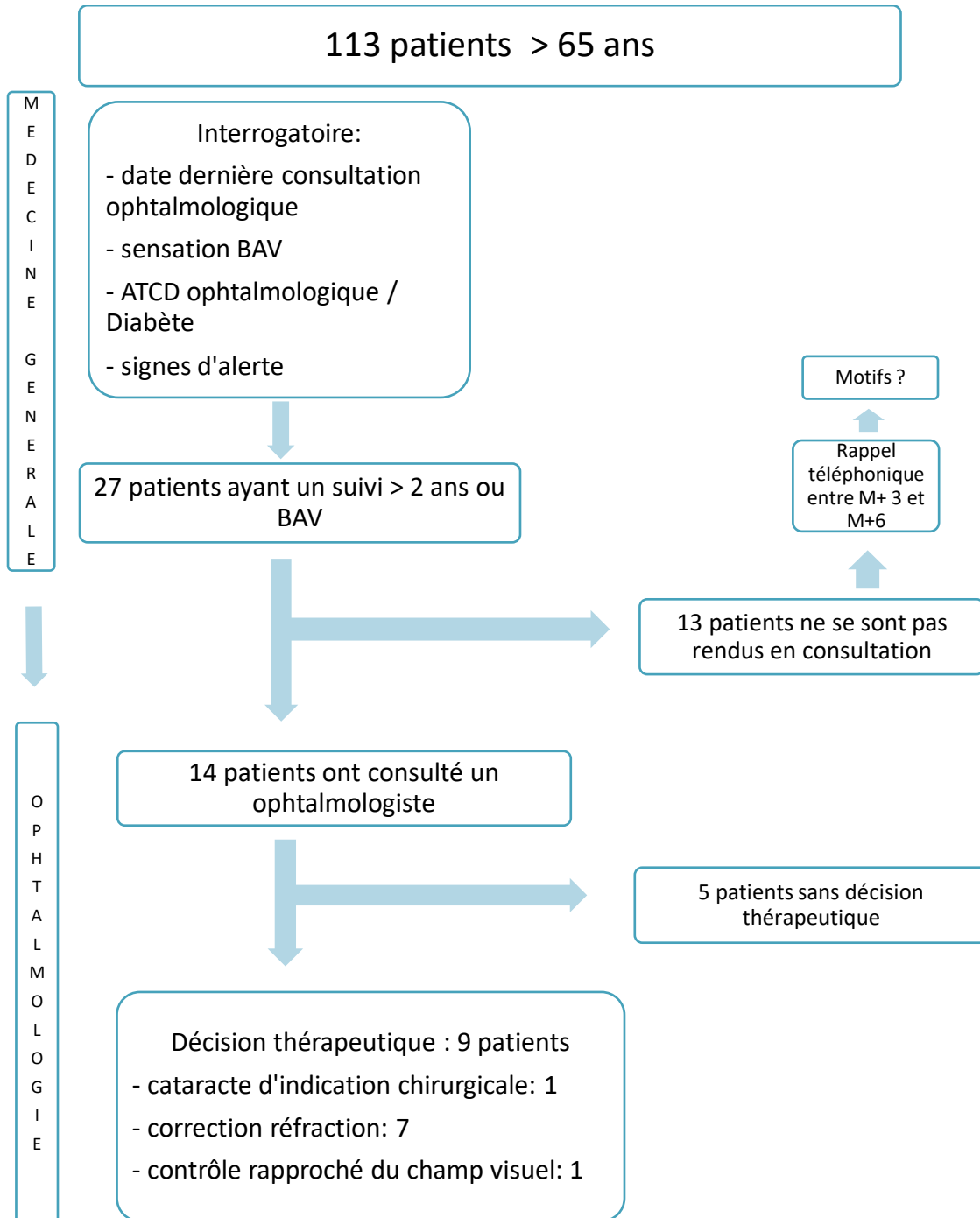
Nous avons réalisé des statistiques descriptives, concernant les variables qualitatives et quantitatives, à l'aide des logiciels Excel et R. Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en nombre de cas et en pourcentage. Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne et en écart type. Les comparaisons de pourcentage ont été réalisées avec un test de Chi² ou test exact de Fisher en fonction des effectifs. Les comparaisons de moyennes ont été réalisées grâce à un test de Student ou un test de Mann Whitney en fonction des effectifs.

RESULTATS

Entre le 3 mai et le 31 octobre 2021, 113 patients de plus de 65 ans ont été vus en consultation au sein de 2 cabinets médicaux de la région nantaise (le Pôle Loire et Sillon à Savenay et Acropole Santé à Rezé). Tous les patients ont consenti à participer à l'étude.

1) Résumé du protocole

Figure 1 : diagramme de flux



2) Caractéristiques de la population

Le Tableau 1 montre de façon détaillée les caractéristiques de la population. La moyenne d'âge était de 76,8 ans et 38,9% étaient des hommes. Concernant le lieu de vie, 9,7% des patients vivaient en institution. La répartition entre le milieu semi rural et le milieu urbain était quasiment identique puisque 53,9% des patients habitaient en zone urbaine. 21,2% des patients étaient diabétiques. Aucun patient n'a présenté de signe d'alerte lors de la consultation et seulement 6,19% des patients se sont plaint de ressentir une baisse d'acuité visuelle d'apparition progressive.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

Caractéristiques	Population (n = 113 patients)
Age (années)	76,8 +/- 8,05
Hommes	44 (38,9%)
Vit en institution	11 (9,7%)
Vit en zone urbaine*	61 (53,9%)
Diabétique	24 (21,2%)
Ayant des antécédents ophtalmologiques	54 (47,8%)
Signes d'alerte**	0
Sensation de Baisse d'acuité visuelle	7 (6,19%)

n (%), moyenne +/-écart type

*zone urbaine : Rezé, Nantes, les Sorinières, Bouguenais

**signes d'alerte : BAV brutale ou récente, Métamorphopsie, Phosphènes ou myodésopsies aiguës

En ce qui concerne les antécédents ophtalmologiques, environ la moitié des patients (47,8%) présentaient des pathologies ophtalmologiques déjà connues. Le type et la répartition des antécédents ophtalmologiques sont montrés dans le tableau 2. Parmi ces antécédents ophtalmologiques, la cataracte déjà opérée était la pathologie la plus fréquente (66,6%). Huit patients avaient été diagnostiqués avec un glaucome ou une hypertension oculaire et cinq avec une DMLA. Seulement un patient présentait une rétinopathie diabétique. Pour terminer, 12,9% des patients présentaient une autre pathologie ophtalmologique que celles mentionnées ci-dessus.

Tableau 2 : Répartition des antécédents ophtalmologiques :

	Population (n = 54)	%
Cataracte opérée	36	(66,6)
Glaucome	8	(14,8)
DMLA	5	(9,26)
Rétinopathie Diabétique	1	(1,85)
Autres *	7	(12,9)

*Autres : Décollement de rétine, cécité post traumatique, kératocône, membrane épirétinienne, dystrophie maculaire

3) Objectif principal

a) Dans la population générale :

Parmi les 113 patients ayant participé à l'étude, 86 patients soit 76,1% avaient un suivi ophtalmologique tel que recommandé par la SNOF, c'est-à-dire une dernière consultation ophtalmologique au cours des deux années précédentes pour la population générale ou une consultation ophtalmologique annuelle pour les patients diabétiques.

Le temps moyen depuis la dernière consultation ophtalmologique était de 9,88 mois (+/- 7,23) chez les patients avec un suivi recommandé (n=86), qu'ils soient diabétiques ou non diabétiques.

b) Dans les sous-groupes :

Les comparaisons entre les sous-groupes sont montrées dans les tableaux 3 et 4.

- En ce qui concerne le sous-groupe de patients diabétiques et non diabétiques :

Chez les patients diabétiques (n = 24), 16 patients soit 66,6% avaient un suivi tel que recommandé par la SNOF, c'est-à-dire une consultation annuelle. Le temps moyen depuis la dernière consultation ophtalmologique était de 7,31 mois chez ces patients bien suivis (n=16).

Chez les patients non diabétiques (n= 89), 70 patients soit 78,6% avaient un suivi tel que recommandé par la SNOF, c'est-à-dire une dernière consultation dans les 2 ans. Le temps moyen depuis la dernière consultation chez ces patients bien suivi (n=70) était de 10,47 mois.

En ce qui concerne le suivi des patients diabétiques, il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport aux patients non diabétiques. Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative en ce qui concerne le temps moyen depuis la dernière consultation ophtalmologique.

- En ce qui concerne le sous-groupe de patients vivant en zone urbaine et ceux vivant en zone semi rurale :

Chez les patients vivant en zone semi rurale (n= 52), 44 patients soit 84,6 % avaient un suivi tel que recommandé par la SNOF. Le temps moyen depuis la dernière consultation était de 11,01 mois chez ces patients bien suivis (n=44).

Chez les patients vivant en zone urbaine (n=61), 42 patients soit 68,8% avaient un suivi tel que recommandé par la SNOF. Le temps moyen depuis la dernière consultation chez les patients avec un suivi recommandé (n=42) était de 8,70 mois.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le suivi ophtalmologique entre les patients vivant en zone urbaine et ceux vivant en zone semi rurale. Il n'y avait pas non plus de différence significative en ce qui concerne le temps moyen depuis la dernière consultation ophtalmologique.

- En ce qui concerne le sous-groupe de patients ayant des maladies ophtalmologiques connues et ceux n'ayant pas d'antécédents ou uniquement la chirurgie de cataracte :

Chez les patients n'ayant pas d'antécédent ophtalmologique connu en dehors d'une éventuelle chirurgie de cataracte (n=87), 66 patients soit 75,86% avaient un suivi tel que recommandé par la SNOF. Le temps moyen depuis la dernière consultation chez l'ophtalmologiste pour ces patients bien suivis (n = 66) était de 10,70 mois.

Chez les patients avec une maladie ophtalmologique connue (n=26), 21 patients soit 80,77% avaient un suivi tel que recommandé. Le temps moyen depuis la dernière consultation était de 6,93 mois.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le suivi ophtalmologique entre les patients avec ou sans antécédents. Il y avait en revanche une différence en ce qui concerne le temps moyen depuis la dernière consultation chez l'ophtalmologiste pour les patients ayant un suivi tel que recommandé, en effet celui-ci était significativement plus court chez les patients ayant une maladie ophtalmologique connue.

Tableau 3 : Proportion de patients suivant la recommandation :

		Population générale 86 (76,1)		<i>p</i> value
Proportion de patients suivant la recommandation	Diabétique 16 (66,6)	Non diabétique 70 (78,6)		0,341
	Zone urbaine 42 (68,8)	Zone semi rurale 44 (84,6)		0,08236
	Pas d'antécédent ou cataracte 66 (75,86)	Maladie ophtalmologique connue 21 (80,77)		0,7979

n (%), différence statistiquement significative si $p < 0,05$

Tableau 4 : Délai depuis la dernière consultation ophtalmologique chez les patients suivant la recommandation :

	Population générale		pvalue
	9,88 +/- 7,23		
Temps moyen depuis la dernière consultation chez les patients bien suivis (en mois)	Diabétique	Non diabétique	0,1298
	7,31 +/- 3,09	10,47 +/- 7,77	
	Zone urbaine	Zone semi rurale	0,706
8,70 +/- 6,75	11,01 +/- 7,57		
	Pas d'antécédent ou cataracte	Maladie ophtalmologique connue	0,01755
	10,70 +/- 7,50	6,93 +/- 5,59	

Moyenne +/- écart type, différence statistiquement significative si $p < 0,05$

4) Objectifs secondaires :

- a) Patients ayant consulté un ophtalmologiste à la suite du conseil donné par le médecin généraliste :

La part de patient ayant une indication à consulter un ophtalmologiste était de 27/113.

Parmi ces 27 patients, seuls 26 courriers d'adressage ont été remis, un patient ayant refusé d'emblée de se rendre en consultation ophtalmologique pour le motif suivant : pas de plainte visuelle et trop nombreux rendez-vous médicaux déjà prévus.

Parmi les 26 courriers d'adressage remis, 14 patients ont consulté un ophtalmologiste comme conseillé soit 53,8 %.

- b) Analyse des consultations ophtalmologiques :

Sur les 14 patients ayant consulté un ophtalmologiste, 13 ont eu un diagnostic ophtalmologique soit 92,8 %.

Les diagnostics ophtalmologiques peuvent se diviser en 4 catégories :

- ERM (Erreur de réfraction mal corrigée)
- Cataracte
- Altération du champ visuel
- DMLA atrophique

La répartition des diagnostics est montrée dans le tableau 5.

Un des 13 patients avait deux diagnostics (ERMC et Cataracte). La majorité des diagnostics correspondent à des erreurs de réfraction et représentent 53,8%. 5 patients sur 13 avaient une cataracte au moins débutante voire évoluée. 1 patient avait une DMLA sèche et 1 autre une altération du champ visuel.

Tableau 5 : Répartition des diagnostics ophtalmologiques

Diagnostiques	Population (n=13)
Erreur de réfraction mal corrigée	7 (53,8)
Cataracte	5 (38,4)
DMLA atrophique	1 (7,69)
Altération du champ visuel	1 (7,69)

n (%)

Suite à ces diagnostics ophtalmologiques, une décision thérapeutique a été prise pour 9 patients.

Les décisions thérapeutiques prises ont été les suivantes :

- Modification de la correction
- Cataracte d'indication chirurgicale
- Contrôle rapproché du champ visuel

Les 7 patients ayant des erreurs de réfractations, ont tous eu une modification de leur correction. Pour 5 patients sur 7, cette modification leur a permis d'obtenir une acuité visuelle de loin supérieure ou égale à 8/10^e. Pour les 2 autres patients, un a pu obtenir 7/10^e sur l'œil droit et 6,3/10^e sur l'œil gauche, l'autre seulement 3,2/10^e sur l'œil droit et 4/10^e sur l'œil gauche.

Sur les 5 patients ayant eu un diagnostic de cataracte, seul 1 patient avait une indication chirurgicale, les 4 autres ayant une acuité visuelle de loin supérieure ou égale à 7/10^e sans plainte visuelle associée.

Un patient suivi pour un glaucome du myope fort a présenté une altération du champ visuel lors de la consultation nécessitant un contrôle rapproché à 3 mois.

Une analyse descriptive des patients pour lesquels une décision thérapeutique a été prise ou non est montré dans le tableau 6. Aucun critère analysé, que ce soit l'âge, le sexe, la vie en institution ou la plainte visuelle, ne semble influencer la décision thérapeutique.

Tableau 6 : Analyse descriptive des patients avec ou sans décision thérapeutique

	Décision thérapeutique		Pvalue
	oui (n = 9)	non (n= 5)	
Age	76,55 +/- 10,78	78,8 +/- 8,47	0,1898
Homme	5 (55,5)	2 (0,4)	1
Institution	0	1 (0,2)	0,3571
BAV	0	2 (0,4)	0,1099

Moyenne +/- écart type, n (%), différence significative si $p < 0.05$

c) Les freins des patients à la consultation ophtalmologique

Sur les 26 courriers d'adressage remis, seuls 14 patients se sont rendus en consultation chez l'ophtalmologiste. Les 12 patients pour lesquels aucun compte rendu n'a été récupéré ont été rappelé entre 3 et 6 mois après leur consultation initiale. 3 patients n'ont pas répondu lors de l'appel. Parmi les 9 patients restants, 2 ont refusé sans explications de se rendre à la consultation ophtalmologique, ces 2 patients avaient des troubles cognitifs connus. Les motifs déclarés par les 7 autres patients sont montrés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Freins des patients à la consultation ophtalmologique :

Motifs	Population (n= 9 patients)
Pas de plainte visuelle	1 (11,1%)
Pas pris le temps de prendre rendez vous	4 (44,4%)
Difficultés à trouver un rendez-vous / Délai trop long	2 (22,2%)
Troubles cognitifs	2 (22,2%)

n (%)

La majorité des freins à la consultation ophtalmologique (77,7%) sont donc intrinsèques aux patients. En effet seuls 2 patients sur 9 ont déclaré avoir rencontré des difficultés d'accès à une consultation ophtalmologique.

DISCUSSION

1) Prévalence du suivi ophtalmologique

Les résultats de l'étude montrent un fort taux de patients avec un suivi ophtalmologique tel que recommandé par la SNOF puisque 76,1% de la population d'étude avait eu une consultation ophtalmologique dans les deux ans ou dans l'année précédente si le patient était diabétique.

Ce taux élevé de suivi peut en partie s'expliquer par la densité d'ophtalmologistes exerçant dans le département de la Loire Atlantique. En effet selon le rapport de l'Observatoire régional de santé de septembre 2020 concernant l'ophtalmologie, la densité d'ophtalmologistes (en comptabilisant les ophtalmologistes salariés, les libéraux et ceux ayant une activité mixte, y compris les médecins remplaçants) varie fortement en fonction des départements au sein de la région Pays de la Loire avec notamment une densité d'ophtalmologistes élevée en Loire Atlantique à 9,9 pour 100 000 habitants voire même très élevée en prenant en compte uniquement les ophtalmologistes libéraux puisque dans ce cas-là, la densité est à 20,9 pour 100 000 habitants [12], ce qui est largement au-dessus de la moyenne régionale, celle-ci étant à 7,9 pour 100 000 habitants mais également au-dessus de la moyenne nationale (8,7 pour 100 000 habitants) [11].

D'après nos connaissances, très peu d'études ont étudié la prévalence du suivi ophtalmologique chez les sujets âgés, les données disponibles sont peu nombreuses et souvent régionales.

En 2018, une étude a été réalisée dans le cadre d'une thèse sur la réalité du suivi ophtalmologique des patients en EHPAD en Midi Pyrénées [13]. Celle-ci retrouve une prévalence du suivi ophtalmologique bien plus faible que dans notre étude. En effet seulement 17,6 % des patients non diabétiques avaient un suivi annuel, malheureusement le pourcentage de suivi biannuel comme recommandé n'a pas été mesuré. Par ailleurs, seulement 7,3% des patients avaient une consultation à l'entrée en EHPAD, 4,5% avait une consultation au décours d'une chute et 36,4% avait une consultation annuelle s'ils étaient diabétiques.

Notre étude ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les patients diabétiques et les non diabétiques. Cette différence peut être liée à la définition du suivi ophtalmologique puisque dans notre étude pour les patients non diabétiques, les recommandations étaient d'une consultation dans les 2 années précédentes et non annuelle. Une analyse a également été réalisée selon le lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain) et les résultats ne sont pas significatifs, ce que nous retrouvons également.

En 2009, une étude américaine a étudié la prévalence des soins ophtalmologiques en se basant sur l'auto-déclaration de la date de la consultation avec un ophtalmologiste au cours de la dernière année chez les adultes [14]. Celle-ci retrouve un taux de soins ophtalmologiques, toutes populations confondues (<65ans et >65 ans), de 50 à 58% en cas de plainte visuelle et de seulement 34% chez les patients sans aucune plainte. Il a également été mis en évidence que le suivi ophtalmologique était sous optimal chez les patients de plus de 65 ans, avec une prévalence de soins ophtalmologiques de seulement 52 à 65%. Cette étude étant américaine, le coût des soins intervenait forcément, leur système de santé étant très différent du système de santé français. Il a d'ailleurs été mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le faible taux de soins ophtalmologiques et l'absence d'assurance santé. Ce facteur n'étant pas présent en France, cela peut peut-être expliquer le meilleur résultat de prévalence obtenu dans notre étude. Par ailleurs, cette étude américaine a également démontré qu'un faible degré de plaintes visuelle ainsi qu'un faible niveau d'éducation étaient associés à une diminution du suivi ophtalmologique.

Dans notre étude, la mesure du suivi a pu se faire grâce à l'inclusion consécutive des patients sans qu'il y ait de perdu de vue. Mais comme pour l'étude américaine de 2009, le recueil de la plus grande partie des résultats a été déclaratif. En effet, le médecin questionnait le patient sur la date de sa dernière consultation et notait les informations obtenues dans le dossier médical sans avoir de compte rendu de consultation ophtalmologique à l'appui sauf pour quelques-uns (notamment en cas d'intervention chirurgicale récente). La date de la dernière consultation a donc parfois pu être sur ou sous-estimée.

2) Recommandations nationales et internationales

Les résultats secondaires de notre étude sont en faveur d'un dépistage ophtalmologique systématique des sujets de plus de 65 ans puisque 64,3% des consultations ont abouti à une décision thérapeutique. La majorité des décisions thérapeutiques consistait en une modification de la correction.

Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans une étude française de 2019 qui a étudié la prévalence et les facteurs associés aux erreurs de réfractions mal corrigées chez les sujets âgés [15]. Celle-ci met en évidence que chez les personnes âgées, la principale cause de troubles visuels est liée aux erreurs de réfraction (amétropies telles que la myopie, astigmatisme ou encore l'hypermétropie) mal ou non corrigées. Cette étude montre que la prévalence des ERMCM est élevée chez les personnes avec et sans pathologie oculaire, sans différence significative et qu'un gain en acuité visuelle est possible quelle que soit l'acuité visuelle initiale.

Une autre étude française a étudié les liens entre troubles visuels, erreurs de réfraction et limitations des activités chez les sujets âgés [16]. Celle-ci montre que les troubles visuels de loin sont associés à des prévalences plus élevées de limitations de mobilité et de limitations aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) chez les participants avec une AV de loin $< 8/10^e$. Pour la participation à la vie sociale, les limitations survenaient à partir d'une AV comprise entre 3 et 5/10ème. En revanche, aucune association n'a été retrouvée pour les limitations aux activités de la vie quotidienne (ADL). La correction des ERMCM permettrait d'éviter respectivement 6,1% (IC 95% : 3,8 – 8,5) des cas de mobilité, 15,8% (IC 95% : 11,5 – 20,1) des cas d'IADL et 21,4% (IC 95% : 13,8 – 28,5) des cas de restrictions de participation à la vie sociale.

De tels résultats apportent des arguments pour justifier de la mise en place de stratégies de prévention de la dépendance.

Le syndicat national des ophtalmologistes français [6] ainsi que les associations américaines d'optométrie [8] et d'ophtalmologie [7] recommandent un suivi au moins tous les 2 ans chez les sujets de plus de 65 ans. Les principales raisons avancées en faveur de ce dépistage sont les mêmes que celles retrouvées précédemment, à savoir : la prévalence des troubles visuels augmente avec l'âge, notamment après 65 ans, une grande partie de ces troubles visuels peuvent être corrigés ou traités s'ils sont découverts précocement, la prise en charge des troubles visuels chez les sujets âgés améliore la qualité de vie.

En effet plusieurs études ont démontré que les effets d'une baisse de vision non détectée sont significatifs et associés à de nombreux effets indésirables : augmentation du risque de chute et de fracture [17, 18, 19], augmentation du risque et de la sévérité des troubles cognitifs [20, 21, 22], association à un risque significatif de dépression [23, 24, 25], déclin de la capacité à réaliser les activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne [26, 27] et même, augmentation de la mortalité [28, 29]. Une récente étude vient d'ailleurs de trouver que la chirurgie de cataracte est associée de façon significative à un risque plus faible de développer une démence [33].

Cependant ce dépistage systématique des sujets âgés ne fait pas l'unanimité. La société canadienne d'ophtalmologie [10] est plus nuancée, en effet elle recommande tout de même un suivi tous les 2 ans des sujets de plus de 65 ans mais elle mentionne qu'un nombre significatif de patients ne voit pas de différence en termes de qualité visuelle après avoir été diagnostiqué. Le service de médecine préventive américain n'est pas en faveur de ce dépistage systématique, ne retrouvant pas assez de preuves pour déterminer la balance bénéfice risque [30, 31]. En effet, même si selon plusieurs études cela permet d'identifier les personnes avec des troubles visuels et qu'il existe des traitements pour les ERM, la cataracte et la DMLA, il n'y a aucune preuve d'une amélioration de l'acuité visuelle.

Toutefois les essais étudiés avaient plusieurs limites dont un grand nombre de perdus de vues et une faible utilisation des traitements, pouvant expliquer partiellement l'absence de différence significative.

3) Intérêt de l'intervention du médecin généraliste

Dans notre étude, l'intervention du médecin généraliste a pu se faire en aspect vraie vie à l'occasion d'une consultation pour renouvellement de traitement. Le médecin questionnait alors le patient sur son suivi ophtalmologique comme il peut le faire pour d'autres axes de prévention (dépistage des cancers du sein ou colorectal par exemple). Cette intervention du médecin généraliste pourrait donc permettre une prise en charge plus précoce des pathologies ophtalmologiques.

Certains essais étudiés ont d'ailleurs prouvé qu'une prise en charge précoce des ERMC, de la cataracte et de la DMLA, améliore ou prévient la perte de vision, sans qu'il y ait de risque important en contrepartie. Les risques identifiés en ce qui concerne la correction des erreurs de réfraction étaient l'augmentation du risque de chute en cas d'utilisation de verres multifocaux et ceux d'une chirurgie de cataracte étaient l'opacification de l'implant et l'endophtalmie [31]. D'autres études sont également en faveur du dépistage précoce des troubles visuels puisqu'il semble y avoir un lien entre troubles visuels non corrigés et augmentation de la fragilité chez les sujets âgés. Pourtant ce facteur de risque de fragilité a été peu étudié [39, 40, 41].

Par ailleurs, selon les recherches d'un groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif, les preuves des bénéfices du dépistage systématique sur la déficience visuelle sont de faible qualité, cependant ils ne retrouvent pas non plus de preuve d'un éventuel préjudice à effectuer ce dépistage. De plus, les patients ayant participé aux groupes de discussion exprimaient une préférence en faveur du dépistage systématique même si la probabilité d'en tirer un avantage n'était pas claire. Ils concluent en disant que les médecins de soins primaires pourraient envisager de confirmer si leurs patients âgés ont subi un examen de la vue chez un professionnel [32].

Cela est en accord avec le rapport de l'OMS de 2017 sur le vieillissement en bonne santé puisqu'il émet une recommandation forte malgré la faible qualité des preuves en ce qui concerne le dépistage visuel étant donné qu'aucun essai examiné n'a signalé de conséquence néfaste associées au dépistage de la vision et à la prestation de soins en temps opportun. Il recommande donc un dépistage visuel combiné à la fourniture immédiate de soins oculaires pour améliorer l'acuité visuelle des personnes âgées [37].

Ceci correspond finalement à ce qui a été réalisé dans notre étude par le médecin généraliste. En pratique quotidienne, cela revient uniquement à demander aux patients de plus de 65 ans s'ils ont vu leur ophtalmologiste au cours des deux dernières années et si ce n'est pas le cas, à les inciter à prendre un nouveau rendez-vous sans même forcément rédiger de courrier d'orientation, l'ophtalmologiste étant accessible en premier recours. Ceci est donc tout à fait réalisable lors d'une consultation pour renouvellement ou suivi, sans que cela empiète sur une autre dimension de la consultation, le temps passé à questionner le patient étant finalement très rapide.

Une des limites de notre étude est qu'elle a été réalisée dans seulement deux cabinets médicaux de Loire Atlantique, ce qui limite la généralisation des résultats. En effet la majorité des patients en Loire Atlantique est correctement suivie, sans qu'il y ait eu besoin de l'intervention du médecin généraliste. Mais peut être qu'avec un effectif plus grand, une différence entre les zones urbaines et rurales aurait pu être mise en évidence. En effet dans notre étude, le suivi des patients vivant en zone semi rural semble être meilleur que celui des patients vivant en zone urbaine (84,6% vs 68,8%). Cela peut sembler paradoxale mais cette tendance s'explique peut-être par une intervention plus importante des médecins généralistes dans ces régions rurales, l'offre de soins en ophtalmologie étant plus faible et plus difficile d'accès pour les patients. Cela pourrait également signifier que les freins d'accès aux soins sont donc différents dans une autre région notamment en cas de densité ophtalmologique plus faible.

Toutefois, en ce qui concerne la proportion de patients non suivis, il semble y avoir un intérêt à se rendre plus régulièrement chez l'ophtalmologiste. En effet sur les 14 patients de notre étude s'étant rendu en consultation à la suite du conseil du médecin, 13 ont eu un diagnostic ophtalmologique soit plus de 90% et parmi ces 13 patients, une décision thérapeutique a été prise pour 9 d'entre eux soit 64,3%. La majorité des décisions thérapeutiques consistait uniquement en une modification de correction mais celle-ci a permis d'améliorer l'acuité visuelle. Or comme démontré précédemment dans plusieurs études, l'amélioration de l'acuité visuelle permet de diminuer les limitations d'activités chez les sujets âgés et améliore leur qualité de vie.

4) Place de l'étude dans la prévention du bien vieillir

Le vieillissement massif de la population dans les prochaines années constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon un rapport de Santé publique France de juin 2019, un quart de la population est âgée de plus de 60 ans et ce chiffre pourrait atteindre un tiers de la population en 2040 [34]. Selon un communiqué de presse de l'OMS, le vieillissement croissant de la population va entraîner une hausse de la fréquence des maladies chroniques et une baisse de la qualité de vie. Vivre plus vieux ne veut pas nécessairement dire en meilleure santé [35].

Un article du Lancet de 2016 a identifié les principales causes d'années de vie avec handicap chez les sujets âgés de plus de 60 ans [36]. En première position se trouvent les troubles sensoriels, dont font partie les troubles visuels ainsi que les troubles auditifs. Cet article se base sur le rapport de l'OMS pour un vieillissement en bonne santé. La définition de ce vieillissement se base sur deux grandes notions : la capacité intrinsèque d'un individu (toutes les capacités physiques et mentales, y compris psychosociales, sur lesquelles une personne peut s'appuyer à tout moment) et sa capacité fonctionnelle (combinaison entre capacité intrinsèque et caractéristiques environnementales, et les interactions entre l'individu et ces caractéristiques) et le définit comme un processus de développement et de maintien de la capacité fonctionnelle qui permet le bien être chez les personnes âgées.

Pour permettre ce vieillissement en bonne santé, ils proposent des actions de santé publique qui peuvent être regroupées dans quatre champs de priorité. Tout d'abord, améliorer la coordination entre les acteurs de soins afin que le système de santé puisse répondre aux demandes multidimensionnelles des personnes âgées plutôt que de prendre en charge des maladies spécifiques de façon indépendante. Une des stratégies proposées est l'utilisation d'évaluations complètes pour identifier les patients fragiles. Ensuite, développer le système de santé pour qu'il fournisse des soins de longue durée. Puis mettre en place des stratégies pour que tout le monde puisse avoir la possibilité de vieillir dans un environnement adapté aux aînés. Et enfin, améliorer la mesure, la surveillance et la compréhension en s'assurant que les personnes âgées soient incluses dans les statistiques et les enquêtes sur la population générale.

Dans l'objectif de ce vieillissement en bonne santé, l'OMS a publié en 2017 des recommandations [37]. Celles-ci sont organisées en trois modules. Le premier module concerne le déclin des capacités physiques et mentales et comprends six items : la perte de mobilité, la malnutrition, les troubles visuels, les troubles auditifs, les troubles cognitifs et enfin les symptômes dépressifs. Le deuxième module concerne les syndromes gériatriques. Ceux-ci comprennent l'incontinence urinaire et le risque de chute. Le troisième module concerne quant à lui, le soutien aux aidants.

En ce qui concerne plus spécifiquement les troubles visuels, L'OMS recommande donc un dépistage systématique de la déficience visuelle qui devrait être réalisé en soins primaire et fournir en temps opportun des soins oculaires complets.

A partir de ces recommandations, un outil a été développé appelé « approche ICOPE » [38]. Cette approche met l'accent sur l'optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles en tant que clés d'un vieillissement en bonne santé. L'outil ICOPE commence par un test de dépistage comprenant six items et visant à identifier les personnes âgées les plus susceptibles de subir des pertes de capacité intrinsèque (voir annexes). Ce dépistage est suivi d'une évaluation axée sur la personne dans les soins primaires puis de l'élaboration d'un plan de soins personnalisé. Il faut ensuite assurer la filière d'orientation et le suivi du plan de soins et pour terminer, mobiliser les communautés et soutenir les aidants.

En ce qui concerne le dépistage de la déficience visuelle, les questions posées sont les suivantes : « avez-vous des problèmes oculaires ? », « avez-vous des difficultés pour voir de loin ou pour lire ? », « avez-vous des maladies oculaires ? », « êtes-vous actuellement sous traitement médical pour le diabète ou l'hypertension artérielle ? ». Si la réponse est oui au dépistage, l'évaluation se fait ensuite par l'échelle d'acuité visuelle simple de l'OMS (voir annexes).

Notre étude rejoint le dépistage de la déficience visuelle proposé par l'OMS en questionnant le patient sur sa vision et ses difficultés éventuelles. En revanche, pour les patients n'ayant ni plainte ni traitements médicamenteux pour le diabète ou l'hypertension artérielle, l'approche ICOPE ne prévoit pas forcément d'évaluation ophtalmologique contrairement à notre étude qui recommande une évaluation si la dernière remonte à plus de deux ans.

Dans notre étude, le dépistage des troubles visuels est réalisé par le médecin traitant puis l'évaluation est réalisée par un ophtalmologiste, celui-ci pouvant ensuite prescrire la correction adaptée. Dans l'approche ICOPE le dépistage et l'évaluation sont réalisées en soins primaires. Cependant, bien que les médecins généralistes puissent prescrire une correction optique, ils n'ont en général pas le matériel nécessaire à disposition pour mesurer correctement l'acuité visuelle. L'évaluation de l'acuité visuelle en médecine générale par l'échelle d'AV simple de l'OMS ne semble donc pas forcément adaptée, déjà parce que cela peut prendre un certain temps de consultation et ensuite parce que cette évaluation aboutira seulement à la constatation d'une baisse d'acuité visuelle sans prescription d'une correction ensuite.

Une limite de notre étude est qu'elle est uniquement focalisée sur le dépistage de la déficience visuelle et n'évalue pas la personne âgée dans sa globalité. Mais l'évaluation globale proposée par l'approche ICOPE ne semble pas pouvoir se faire en quinze minutes de consultation ce qui pourrait être un frein pour les médecins généralistes. Toutefois, le questionnement sur la déficience visuelle pourrait permettre d'amorcer le reste du dépistage en cas de réponse positive et prévoir dans ce cas-là, une consultation dédiée pour réaliser le dépistage dans son intégralité. Cette consultation pourrait être plus longue, par exemple 30 minutes, et avoir une cotation spécifique, comme ce qui existe déjà pour l'évaluation des troubles cognitifs.

Dans tous les cas, l'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes, ophtalmologistes et gériatres semble nécessaire à l'amélioration de la prise de charge de la personne âgée. En ce qui concerne les troubles visuels, cela pourrait déjà débiter par l'envoi du compte rendu de consultation ophtalmologique au médecin traitant pour tous les patients de plus de 65 ans afin d'avoir une meilleure appréhension du suivi ophtalmologique. En ce qui concerne l'évaluation globale du sujet âgé, les patients ayant été dépistés fragile lors du dépistage ICOPE réalisé par le médecin généraliste pourraient être orientés ensuite en gériatrie pour une évaluation plus complète afin d'optimiser et de faciliter leur quotidien.

CONCLUSION

En conclusion, les patients de plus de 65 ans pris en charge au sein de 2 cabinets de médecine générale de la région nantaise sont bien suivis sur le plan ophtalmologique puisque 76,1 % de la population d'étude avait un suivi tel que recommandé.

Pour les patients n'ayant pas de suivi régulier, la place du médecin généraliste dans le dépistage ophtalmologique semble avoir son importance. En effet, à la suite du conseil du médecin de consulter un ophtalmologiste, ces patients ont pu bénéficier de modifications thérapeutiques, celles-ci étant en majorité la correction d'erreurs de réfraction, permettant d'améliorer leur acuité visuelle.

Toutefois, même si dépister systématiquement les troubles visuels chez les sujets âgés semble réduire les limitations d'activité et améliorer leur qualité de vie, cela ne fait pas forcément l'unanimité. De prochaines études pourraient inclure un nombre plus important de patients ainsi qu'une durée de suivi plus longue. Cela permettrait d'étudier un nombre plus conséquent de consultations ophtalmologiques et peut être de mieux évaluer l'intérêt du dépistage systématique. De plus, cela pourrait également permettre d'identifier des critères qui pourraient influencer la décision thérapeutique afin de mieux cibler le dépistage par la suite.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Clarke EL, Evans JR, Smeeth L. Community screening for visual impairment in older people (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018, Issue 2. Art. No.: CD001054.
- 2- Susan Jung, MD, Anne Coleman, MD, PhD, and Nancy T. Weintraub, MD. Vision Screening in the Elderly. *Jamda*.2007 ;01.096.
- 3- Sloan FA, Hanrahan BW. The effects of technological advances on outcomes for elderly persons with exudative age-related macular degeneration. *JAMA Ophthalmol*. 2014 Apr 1;132(4):456-63. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.7647. PMID: 24458013; PMCID: PMC4159750.
- 4- Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. *Br J Ophthalmol*. 2007 Oct;91(10):1359-63. doi: 10.1136/bjo.2007.118547. Epub 2007 May 23. PMID: 17522143; PMCID: PMC2001009.
- 5- Feng YR, Meuleners LB, Fraser ML, Brameld KJ, Agramunt S. The impact of first and second eye cataract surgeries on falls: a prospective cohort study. *Clin Interv Aging*. 2018 Aug 23;13:1457-1464. doi: 10.2147/CIA.S164419. PMID: 30197507; PMCID: PMC6112809.
- 6- SNOF. Surveiller sa vue (en ligne). SNOF. Disponible à l'URL : <https://www.snof.org/public/conseiller/surveiller-sa-vue>
- 7- American Academy of Ophthalmology / The eye MD Association. Frequency of ocular examination. San Francisco : American academy of ophthalmology; 2015
- 8- American Optometric Association. Comprehensive adult eye and vision examination. St Louis: AOA evidence based optometry guideline development group; 2015.
- 9- Association Canadienne des optométristes. Fréquence des examens oculovisuels. Ottawa : ACO ; 2013.
- 10- Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in adults in Canada. *Can J Ophthalmol* 2007;42:39-45, 158-63
- 11- Démographie des médecins en Pays de la Loire. Ophtalmologistes. Situation 2020 et évolution. ORS Pays de la Loire #21, septembre 2020, 4 p.
- 12- Observatoire des territoires. Densité d'ophtalmologues libéraux (en ligne). Insee, Base permanente des équipements 2020, Recensement de la population 2018. Disponible à l'URL : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-dophtalmologues-liberaux>

- 13- Fanton, Camille (2018) *Réalité du suivi ophtalmologique des patients en EHPAD par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées*. Thèse d'exercice en Médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- 14- Lee DJ, Lam BL, Arora S, Arheart KL, McCollister KE, Zheng DD, Christ SL, Davila EP. Reported eye care utilization and health insurance status among US adults. *Arch Ophthalmol*. 2009 Mar;127(3):303-10. doi: 10.1001/archophthalmol.2008.567. PMID: 19273794.
- 15- Virginie Nael, Gwendoline Moreau, Solène Monfermé, Audrey Cougnard-Gregoire, Anne-Catherine Scherlen, et al.. Prevalence and Associated Factors of Uncorrected Refractive Error in Older Adults in a Population-Based Study in France. *JAMA Ophthalmology*, American Medical Association 2019, 137 (1), pp.3. (10.1001/jamaophthalmol.2018.4229). (hal-02412708)
- 16- Virginie Naël, Karine Pérès, Isabelle Carrière, Vincent Daien, Anne-Catherine Scherlen, Angelo Arleo, Jean-Francois Korobelnik, Cécile Delcourt, Catherine Helmer; Visual Impairment, Undercorrected Refractive Errors, and Activity Limitations in Older Adults: Findings From the Three-City Alienor Study. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2017;58(4):2359-2365. doi: <https://doi.org/10.1167/jovs.17-21525>.
- 17- Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P, Attebo K. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *J Am Geriatr Soc*. 1998 Jan;46(1):58-64. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb01014.x. PMID: 9434666.
- 18- Klein R, Klein BE, Linton KL, De Mets DL. The Beaver Dam Eye Study: visual acuity. *Ophthalmology*. 1991 Aug;98(8):1310-5. doi: 10.1016/s0161-6420(91)32137-7. PMID: 1923372.
- 19- Harwood RH. Visual problems and falls. *Age Ageing*. 2001 Nov;30 Suppl 4:13-8. doi: 10.1093/ageing/30.suppl_4.13. PMID: 11769782.
- 20- Anstey KJ, Luszcz MA, Sanchez L. Two-year decline in vision but not hearing is associated with memory decline in very old adults in a population-based sample. *Gerontology*. 2001 Sep-Oct;47(5):289-93. doi: 10.1159/000052814. PMID: 11490149.
- 21- Uhlmann RF, Larson EB, Koepsell TD, Rees TS, Duckert LG. Visual impairment and cognitive dysfunction in Alzheimer's disease. *J Gen Intern Med*. 1991 Mar-Apr;6(2):126-32. doi: 10.1007/BF02598307. PMID: 2023019.
- 22- Chen SP, Bhattacharya J, Pershing S. Association of Vision Loss With Cognition in Older Adults. *JAMA Ophthalmol*. 2017 Sep 1;135(9):963-970. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2017.2838. PMID: 28817745; PMCID: PMC5710542.
- 23- Appollonio I, Carabellese C, Frattola L, Trabucchi M. Effects of sensory aids on the quality of life and mortality of elderly people: a multivariate analysis. *Age Ageing*. 1996 Mar;25(2):89-96. doi: 10.1093/ageing/25.2.89. PMID: 8670534.

- 24- Hong T, Mitchell P, Burlutsky G, Gopinath B, Liew G, Wang JJ. Visual impairment and depressive symptoms in an older Australian cohort: longitudinal findings from the Blue Mountains Eye Study. *Br J Ophthalmol*. 2015 Aug;99(8):1017-21. doi: 10.1136/bjophthalmol-2014-306308. Epub 2015 Feb 26. PMID: 25722491.
- 25- Cosh S, Carriere I, Nael V, Tzourio C, Delcourt C, Helmer C; Sense-Cog Consortium. The association of vision loss and dimensions of depression over 12 years in older adults: Findings from the Three City study. *J Affect Disord*. 2019 Jan 15;243:477-484. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.071. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30273886.
- 26- Haymes SA, Johnston AW, Heyes AD. Relationship between vision impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2002 Mar;22(2):79-91. doi: 10.1046/j.1475-1313.2002.00016.x. PMID: 12014491.
- 27- Grue EV, Ranhoff AH, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdóttir AB, Ljunggren G, Bucht G, Björnson LJ, Jonsén E, Schroll M, Jónsson PV. Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):635-43. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00654.x. Epub 2009 Nov 12. PMID: 19068040.
- 28- Freeman EE, Egleston BL, West SK, Bandeen-Roche K, Rubin G. Visual acuity change and mortality in older adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005 Nov;46(11):4040-5. doi: 10.1167/iovs.05-0687. PMID: 16249478.
- 29- Karpa MJ, Mitchell P, Beath K, Rochtchina E, Cumming RG, Wang JJ. Direct and Indirect Effects of Visual Impairment on Mortality Risk in Older Persons: The Blue Mountains Eye Study. *Arch Ophthalmol*. 2009;127(10):1347–1353. doi:10.1001/archophthalmol.2009.240
- 30- Chou R, Dana T, Bougatsos C, Grusing S, Blazina I. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016 Mar 1;315(9):915-33. doi: 10.1001/jama.2016.0783. PMID: 26934261.
- 31- US Preventive Services Task Force (USPSTF), Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, García FA, Gillman M, Herzstein J, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Owens DK, Phillips WR, Phipps MG, Pignone MP. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016 Mar 1;315(9):908-14. doi: 10.1001/jama.2016.0763. PMID: 26934260.
- 32- BJ, Courage S, Bacchus M, et al. Screening for impaired vision in community-dwelling adults aged 65 years and older in primary care settings. *CMAJ*. 2018;190(19):E588-E594. doi:10.1503/cmaj.171430
- 33- Lee CS, Gibbons LE, Lee AY, et al. Association Between Cataract Extraction and Development of Dementia. *JAMA Intern Med*. 2022;182(2):134–141. doi:10.1001/jamainternmed.2021.6990

- 34- Santé publique France. Bien vieillir (en ligne). SantépubliqueFrance, 26 juin 2019. Disponible à l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
- 35- Organisation Mondiale de la Santé. Bien vieillir : une priorité mondiale (en ligne). WHO, 6 novembre 2014. Disponible à l'URL : <https://www.who.int/fr/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>
- 36- Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-2154. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4
- 37- Organisation Mondiale de la Santé. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity (en ligne). WHO, 1 janvier 2017. Disponible à l'URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 38- Organisation Mondiale de la Santé. Manuel : conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaire (en ligne). Afro WHO, 2019. Disponible à l'URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329945/9789290313274-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- 39- Gonzales-Turín JM, Rodríguez-Laso Á, Carnicero JA, García-García FJ, Rodríguez-Mañas L. Relationship between self-reported visual impairment and worsening frailty transition states in older people: a longitudinal study. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Sep;33(9):2491-2498. doi: 10.1007/s40520-020-01768-w. Epub 2021 Jan 3. PMID: 33392982.
- 40- Varadaraj V, Lee MJ, Tian J, Ramulu PY, Bandeen-Roche K, Swenor BK. Near Vision Impairment and Frailty: Evidence of an Association. *Am J Ophthalmol*. 2019 Dec;208:234-241. doi: 10.1016/j.ajo.2019.08.009. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31465753; PMCID: PMC6888870.
- 41- Swenor BK, Lee MJ, Tian J, Varadaraj V, Bandeen-Roche K. Visual Impairment and Frailty: Examining an Understudied Relationship. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Feb 14;75(3):596-602. doi: 10.1093/gerona/glz182. PMID: 31419280; PMCID: PMC7328203.

ANNEXES



Note d'information pour la participation à la recherche
**« Evaluation du suivi ophtalmologique en médecine générale
des sujets de 65 ans ou plus, étude multicentrique
observationnelle descriptive rétrospective. »**

Promoteur : CHU de Nantes

Ce document est remis à la personne participant à la recherche

Madame, Monsieur,

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes souhaite mener une recherche dont il est le promoteur (c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise). L'objectif de la recherche est d'évaluer le suivi ophtalmologique des sujets de 65 ans ou plus se présentant chez leur médecin généraliste dans 3 cabinets de la région nantaise. La recherche se déroule de mai 2021 à décembre 2021. Dans le cadre des soins courants, le médecin généraliste demande à tous les patients de 65 ans ou plus leurs antécédents visuels et s'ils avaient un suivi ophtalmologique régulier. Si le patient n'a pas de consultation depuis moins de 2 ans ou si le patient décrit une baisse de vision, le médecin recommande une consultation chez un ophtalmologiste et rappelle le patient à 3 mois pour connaître le résultat de la consultation d'ophtalmologie s'il n'a pas reçu de compte rendu de l'ophtalmologiste. L'investigateur recueille ensuite de façon rétrospective les données du dossier médical.

Cette recherche est réalisée à partir de données médicales collectées au cours de votre prise en charge relatives à vos habitudes de vie.

Cette recherche est réalisée en collaboration avec les médecins généralistes de 2 cabinets médicaux de la région Nantaise (cabinet médical Acropole Santé à Rezé et le Pôle de Santé Loire et Sillon à Savenay)

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Cette recherche n'implique aucun soin supplémentaire ni aucun rendez-vous supplémentaire par rapport aux soins habituels. Elle ne présente aucun risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus serviront à la recherche et n'apporteront pas d'informations supplémentaires concernant votre santé. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine du soin courant et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de diagnostic.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche.

Pour cela, les données vous concernant seront recueillies de façon anonyme dans un fichier informatique auquel aura accès le Promoteur de la recherche (CHU de Nantes).

Afin d'assurer leur confidentialité, ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Vos données pourront, dans des conditions assurant leur confidentialité, via des plateformes ou serveurs sécurisés, faire l'objet de transferts nationaux ou internationaux (comme, par exemple, aux personnes ou sociétés agissant pour le compte du CHU, aux autorités sanitaires habilitées) pour cette étude, ou pour d'autres recherches ultérieures, exclusivement à des fins scientifiques.

Au sein de l'Europe la protection de vos données est garantie (Règlement européen UE 2016/679). Hors Europe vos données pourront être transmises dans des états n'ayant pas le même niveau d'exigence en termes de protection des données. Le cas échéant, le Promoteur prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger les données recueillies et devra s'engager à assurer un niveau de sécurité équivalent à celui couvert par les lois françaises et européennes pour les données envoyées à l'étranger. Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir la copie de l'ensemble des mesures prises pour assurer l'ensemble de la protection de vos données auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

Vos données seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications ; votre anonymat sera préservé.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation et d'opposition du traitement de vos données personnelles. Quant au droit d'effacement, si vous décidez de retirer votre consentement pour participer à la recherche, les données obtenues avant que celui-ci n'ait été retiré seront utilisées conformément à l'article L.1122-1-1 du CSP. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>).

Ces données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 15 ans, puis détruites.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour en savoir plus ou exercer vos droits concernant vos données, voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

Cette recherche est conforme :

- à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

Votre participation à cette recherche est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés ; vous devez simplement en informer l'investigateur.

VOS CONTACTS :

Pour toute question concernant l'étude, retrait de consentement, ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...), votre contact privilégié est :

L'investigateur coordonnateur de la recherche :

Dr Jean-Baptiste DUCLOYER

✉ CHU Nantes, 1 place Alexis Ricordeau 44093 Nantes / jeanbaptiste.ducloyer@chu-nantes.fr

☎ 02.40.08.36.56

Pour toute question générale sur le traitement de vos données :

Le promoteur de la recherche, responsable du traitement :

CHU de Nantes, direction de la recherche
5 allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1

Le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr

Merci de conserver cette notice d'information

AVIS

Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	Suivi ophtalmologique en médecine générale des sujets de 65 ans et plus
Investigateur principal	Dr JB DUCLOYER
Lieu de l'étude	2 cabinets de médecins généralistes
Type de l'étude	Multicentrique, observationnelle Descriptive, rétrospective
Type patients/participants	Patients de 65 ans et plus consultant leur médecin généraliste
Nombre de patients/participants prévus	300
Objectif principal	Evaluer le suivi ophtalmologique en médecine générale
Objectif secondaire	Evaluer les suivis datant de plus de deux ans Proportion de consultation avec décision thérapeutique Analyser les décisions thérapeutiques

Documents communiqués

Justification de l'étude	Oui
Méthodologie	Oui
Lettre d'information et lettre de consentement	Oui

Remarque générale

I-A) GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	
Anonymat	
CNIL	RGPD MR004

Commentaires:

Information et consentement

Consentement:

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Oral
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires :

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Oui
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires:

Conclusion

Avis favorable	Oui
Révision nécessaire selon commentaires	
Avis défavorable	

GNEDS : Professeur Paul BARRIERE

Nantes, le 7 mai 2021

Outil de dépistage ICOPE

OUTIL DE DÉPISTAGE DE L'APPROCHE ICOPE DE L'OMS

Affections prioritaires associées au déclin des capacités intrinsèques	Tests	Procéder à une évaluation complète des domaines affichant un cercle coché
DÉCLIN COGNITIF (Chapitre 4)	<ol style="list-style-type: none">1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple)2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ?3. Recalls the three words?	<p><input type="radio"/> Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas</p> <p><input type="radio"/> Ne se rappelle pas les trois mots</p>
MOBILITÉ LIMITÉE (Chapitre 5)	Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?	<input type="radio"/> Non
MALNUTRITION (Chapitre 6)	<ol style="list-style-type: none">1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ?2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Oui</p>
DÉFICIENCE VISUELLE (Chapitre 7)	Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?	<input type="radio"/> Oui
DÉFICIENCE AUDITIVE (Chapitre 8)	- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), ou - Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, ou - Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	<input type="radio"/> Échec
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (Chapitre 9)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par : - la déprime ou le désespoir ? ou - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Oui</p>

Echelle d'acuité visuelle simple de l'OMS

7.1 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (QUATRE PETITS E POUR LA VISION DE LOIN)

- Les petits E mesurent 1,3 cm x 1,3 cm, et sont à 1,3 cm les uns des autres
- E en noir complet sur papier blanc uni.



7.2 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (QUATRE GRANDS E POUR LA VISION DE LOIN)

- Les grands E mesurent 4,2 cm x 4,2 cm, et sont à 4,5 cm les uns des autres
- E en noir complet sur papier blanc uni.



7.3 ÉCHELLE D'ACUITÉ VISUELLE SIMPLE DE L'OMS (VISION DE PRÈS)



Introduction : De nombreuses études ont montré un taux élevé de troubles visuels non diagnostiqués et non traités chez les sujets âgés malgré l'existence de thérapeutiques efficaces. Le syndicat national des ophtalmologistes de France préconise un examen tous les 2 ans après 65 ans, chez les patients asymptomatiques. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le pourcentage de patients ayant un suivi ophtalmologique tel que recommandé par le SNOF.

Matériel et méthode : cette étude multicentrique observationnelle descriptive quantitative prospective a inclus tous les patients de 65 ans ou plus se présentant chez leur médecin généraliste au sein de 2 cabinets médicaux de la région nantaise de mai à octobre 2021. Si le patient n'avait pas de consultation depuis moins de 2 ans ou s'il décrivait une baisse de vision, le médecin recommandait une consultation chez un ophtalmologiste puis récupérait les comptes rendus.

Résultats : Parmi les 113 patients ayant participé à l'étude, 86 patients avaient un suivi ophtalmologique tel que recommandé. Les comparaisons entre les différents sous-groupes n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative. Sur les 26 courriers d'adressage remis, 14 patients ont consulté un ophtalmologiste et une décision thérapeutique a été prise pour 9 patients.

Discussion : Pour les patients sans suivi régulier, la place du médecin généraliste dans le dépistage ophtalmologique semble importante. En effet, suite au conseil du médecin de consulter un ophtalmologiste, ces patients ont pu bénéficier de modifications thérapeutiques, celles-ci étant principalement la correction d'erreurs de réfraction, permettant d'améliorer leur acuité visuelle. Le dépistage des troubles visuels fait partie des items de l'approche ICOPE proposée par l'OMS pour évaluer la personne âgée dans son ensemble. Ce dépistage visuel pourrait ouvrir la porte à une évaluation plus large réalisée pendant un temps précis pour mieux appréhender les fragilités des sujets âgés.

NOM : BUREL

PRENOM : Clara

**Titre de Thèse : EVALUATION DU SUIVI OPHTALMOLOGIQUE
DES PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS EN MEDECINE GENERALE**

RESUME

Introduction: Many studies have shown a high rate of undiagnosed and untreated visual disturbances in the elderly. However, effective therapies exist for most of visual pathologies allowing an improvement in the quality of life. The national union of ophthalmologists of France (SNOF) recommends an examination every 2 years after 65 years, in asymptomatic patients. The main objective of the study was to assess the percentage of patients having ophthalmological follow-up as recommended by the SNOF.

Material and method: This prospective quantitative descriptive observational multicenter study included all patients aged 65 or over presenting to their general practitioner in 2 medical offices in the Nantes region from May to October 2021. If the patient did not have a consultation for less than 2 years or if he described a drop in vision, the physician recommended a consultation with an ophthalmologist then collected the reports.

Results: Among the 113 patients who participated in the study, 86 patients had ophthalmological follow-up as recommended. Comparisons between the different subgroups did not reveal any statistically significant difference. Of the 26 referral letters submitted, 14 patients consulted an ophthalmologist, and a treatment decision was made for 9 patients.

Discussion: For patients with no regular follow-up, the place of the general practitioner in ophthalmological screening seems to be important. Indeed, following the advice of the physician to consult an ophthalmologist, these patients were able to benefit from therapeutic modifications, these being mainly the correction of refractive errors, allowing to improve their visual acuity. Screening for visual disturbances is part of one of the items of the ICOPE approach proposed by the WHO to assess the elderly as a whole. This visual screening could open the door to a broader assessment carried out during a specific time to better understand the fragilities of elderly subjects.

MOTS-CLES : Suivi ophtalmologique, sujet âgé, troubles visuels, dépistage