



HAL
open science

Mise en place d'une prise en charge en réseau facilitant l'accès aux soins ophtalmologiques de patients vivant en situation de précarité : étude de faisabilité

Solène Terrier de La Chaise

► To cite this version:

Solène Terrier de La Chaise. Mise en place d'une prise en charge en réseau facilitant l'accès aux soins ophtalmologiques de patients vivant en situation de précarité : étude de faisabilité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932318

HAL Id: hal-01932318

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932318>

Submitted on 23 Nov 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2016

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Solène Terrier de la Chaise

Le 10 Novembre 2016

Mise en place d'une prise en charge en réseau facilitant l'accès
aux soins ophtalmologiques de patients vivant en situation de
précarité, étude de faisabilité.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Président et directeur

Monsieur le Professeur Jean-Paul BERROD

Juge

Monsieur le Professeur Roger JANKOWSKI

Juge

Monsieur le Docteur Alain CRITON

Juge

Madame le Docteur Eliane ABRAHAM

Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
 Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
 Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Président de thèse

Monsieur le professeur Jean-Marc BOIVIN
Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils durant le travail d'écriture de cette thèse, mais aussi durant notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Paul BERROD

Professeur d'Ophtalmologie

Vous nous avez fait l'honneur de vous intéresser, de participer et de juger notre travail. Nous vous remercions. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

A notre Juge

Monsieur le Professeur Roger JANKOWSKI
Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Alain CRITON

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils durant l'élaboration de ce travail, mais aussi durant notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

A notre Juge

Madame le Docteur Eliane ABRAHAM

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A ma famille,

Mes parents, pour votre soutien et vos encouragements en toutes circonstances, vous m'avez transmis votre joie de vivre, vos valeurs et votre amour, je vous en serai éternellement reconnaissante.

Mamie Janine, pour tout l'amour que tu portes à tes Sauterelles et les fameuses « knepfles – lapin » dont tu as le secret.

Mes sœurs, Mathilde et Laure, leur mari Mathieu et Damien, vous m'apportez tellement de bonheur, merci pour notre si bonne entente. Mathilde, avec toi, nous n'entendons jamais les mouches passer même si tout le monde a le petit doigt sur la braguette... Ton imagination est débordante, continue comme cela. Laure, ton chien tête en bas est parfait et ton Om si mélodieux... Namasté. Merci les filles TDLC !!

A mes neveux Charlotte, Gaspard et Hector, c'est une joie de vous voir grandir, mais s'il vous plaît, moins vite. Je vous aime.

A mes amies du Lycée, les Poupous, Laurianne, Aude, Jennifer et Mélanie... les rastas-poufs de Chopin, nous avons toutes suivi des directions différentes et pourtant 14 ans après, nos chemins se croisent et se re-croisent et j'espère encore pour longtemps !!!
Celine, merci pour ces soirées karaoké et Chardonnay !

A mes amis de la fac depuis maintenant plus de 10 ans et tellement de soirées, de vacances, de voyages, de souvenirs inoubliables en votre compagnie, j'espère que les décennies à venir auront le même goût, à quelques détails près...

Anne-Laure, est-ce mes pansements de fortune en Thaïlande qui t'ont donné l'envie d'être dermatologue ?

Clarisse, la Bomba de Calor de Cancun !!

Chloé, vivement la prochaine saison de l'AEDLP

Laurianne, j'espère que ton sens de l'organisation refera surface pour toutes les vacances à venir

Julie, ton hébergement 4 étoiles lors de nos soirées étudiantes sans oublier « Mo Mo Motus »,

Léa, aujourd'hui, à « faire Bambi », on risque la fracture du col

Lorraine, et ton déhanché année 80 !

Michaël, le 31 Décembre au bord de la Spree restera un souvenir inoubliable, ou pas;-)

TomTom, on se fait une partie de Loup-Garrou ? Promis, pas de triche

Said, à quand notre prochaine descente en canoë biplace ?

Martin, promet moi que tu dévaleras une nouvelle fois une piste de ski en bleu de travail

Mathieu, non ce n'est pas le propane...

Dan, désolé mais tu es bien le dernier...vivement le thèse bouquet final !!

David, tu m'appelles pour ta prochaine césarienne !!

Anne-Lise, pour la tête que tu fais à chaque nouvelle coupe de cheveux de Martin

Marion, Florian, Greg, Sophie, Arthur, Emma, Antoine, Léonie, Victoire...

Cécilia et Claire, comme quoi, 6 mois en Gériatrie, ça rapproche

A tous ceux que je n'ai pas cités mais que je n'ai évidemment pas oubliés!!

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Tables des Matières

Introduction	17
Article	19
Résumé	20
Introduction	21
Méthode.....	22
Résultats	24
Discussion	27
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Conclusion.....	32
Annexes	35

Introduction

Au cours des mes stages d'interne en médecine générale, j'ai souvent été confrontée à des patients vivant en situation de grande précarité. J'ai pris conscience qu'une attention particulière dans la prise en charge de ces patients s'avérait nécessaire. A travers mon expérience débutante de la médecine générale, il m'a semblé que pour accéder à une qualité de soins comparables, plus le patient était en situation précaire, plus il requérait du temps et de l'accompagnement.

J'ai réalisé lors de mon cinquième semestre d'internat un Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS). Ce stage m'a permis d'effectuer une vacation hebdomadaire au foyer du Grand Sauvoy de Maxéville au sein du service de stabilisation. Le rôle de l'interne était de mener des actions de soins et de prévention en lien avec les différents acteurs médico-sociaux. De façon plus concrète, un thème de santé préalablement choisi par les résidents était abordé pendant le temps du petit déjeuner. Cette intervention permettait d'interagir avec une population en situation de précarité en dehors du contexte d'une consultation de médecine générale. De nombreux sujets ont été traités tels que les infections sexuellement transmissibles, la consommation de drogue... Les résidents ont proposé comme sujet les problèmes de vision car tous présentaient des doléances en ce qui concernait leur santé visuelle. Peu de patients bénéficiaient d'un suivi ophtalmologique et certain n'en avait même jamais eu. Cette matinée a été l'occasion de réaliser de façon ludique des tests d'acuité visuelle et d'informer les patients sur la filière de soins concernant la santé visuelle et la possibilité pour chacun d'y accéder.

Les établissements sociaux interviennent dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement mais surtout de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion. Toutefois, une bonne vision est indispensable à une vie sociale et professionnelle et fait partie intégrante des déterminants de la qualité de vie. Les personnes en grande difficulté portent peu d'attention à leur santé et la vue fait partie des problématiques qui subissent en priorité ce manque d'attention. De plus, le parcours d'accès aux soins ophtalmologiques est aujourd'hui complexe et le plus souvent tardif.

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans le système de soins, il est le premier professionnel en contact avec la population. Son rôle est primordial dans la prise en charge globale tout en prenant en compte les particularités de chacun. Travailler auprès de la population en situation de précarité nécessite une connaissance des caractéristiques de celle-ci. Les professionnels des structures sociales témoignent souvent de l'importance d'une prise en charge médico-sociale conjointe pour permettre des soins adaptés à ces patients. La nécessité de travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux et de prendre en compte les particularités de chacun s'avère donc indispensable.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires définit les missions du médecin généraliste et entend lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins. Il est intéressant dans ce contexte de fournir des solutions pour la réintégration des patients en situation d'exclusion dans le parcours de soins du droit commun.

L'objectif de ce travail était de réaliser une étude interventionnelle démontrant qu'il était possible d'améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques des patients vivant en grande précarité. Ce travail avait pour but de mettre en place une action coordonnée des soins en faisant intervenir tous les professionnels concernés dans la prise en charge des patients précaires présentant un trouble visuel.

Article

Résumé

Objectif : Aujourd'hui, le renoncement aux soins des patients vivant en situation de précarité ne cesse d'augmenter et le parcours d'accès aux soins ophtalmologiques est complexe. L'objectif principal de cette étude était de tester la faisabilité d'une prise en charge organisée en réseau permettant l'amélioration de l'accès aux soins ophtalmologiques de patients vivant en situation de précarité.

Méthode : Une étude prospective interventionnelle a été réalisée au sein de 4 structures sociales d'hébergement. Nous avons réalisé un dépistage des troubles visuels et avons organisé, en partenariat avec le service d'ophtalmologie du CHRU de Nancy une prise en charge intégrale des troubles visuels avec l'aide de travailleurs sociaux, de paramédicaux, d'opticiens et l'auteur.

Résultats : Dix séances de dépistage ont été réalisées entre Décembre 2015 et Avril 2016 permettant un examen visuel de 65 patients logeant en hébergement social. Vingt-cinq patients ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée dans un délai inférieur à 3 mois auprès du service d'ophtalmologie, parmi eux, 19 ont été équipés de verres correcteurs, les 6 autres d'une autre prise en charge ophtalmologique.

Conclusion : Notre étude a permis de démontrer qu'une coopération d'acteurs volontaires est possible dans le but de permettre l'amélioration de l'accès aux soins des patients vivant en situation de précarité, en particulier dans le cadre d'une prise en charge ophtalmologique passant souvent au second plan lors d'une consultation de médecine générale.

Mots-clés : Inégalités devant les soins ; accès aux soins ; pauvreté ; réseaux de santé ; dépistage

Introduction

La vision est une fonction sensorielle indispensable à l'appréhension complète du monde mais également à l'interaction avec celui-ci. Elle fait partie intégrante des déterminants de la qualité de vie. Les troubles visuels ont des conséquences majeures pour l'individu et la société et constituent chez les patients vivant dans la précarité un problème de santé publique : détérioration de la qualité de vie, difficultés dans la vie quotidienne, l'autonomie et la réinsertion, augmentation du risque de dépression et de chute chez les personnes âgées, coûts directs (matériel optique, traitements médicaux) et indirects (aide sociale, perte de productivité) pour la société. L'étude « Précarité et accès à la santé visuelle » menée dans un centre d'hébergement Emmaüs en 2014, a retrouvé chez 94 % des personnes souffrant d'une vue défaillante interrogées, une situation d'équipement obsolète voire d'absence d'équipement. Huit personnes sur dix exprimaient des difficultés dans la vie quotidienne [1]. Les causes des troubles visuels sont principalement les erreurs réfractives non corrigées (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) et les maladies oculaires dégénératives (cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome, rétinopathie diabétique). Ces troubles visuels sont fréquents, particulièrement après 50 ans, si nous incluons la presbytie. D'après l'enquête santé et protection sociale 2012 de l'IRDES, menée auprès d'un échantillon d'assurés de l'Assurance maladie, 57,8 % des personnes portent des lunettes ou des lentilles (77 % des 40 à 64 ans, 91,6 % des 65 ans et plus), 58,8% déclarent avoir des difficultés à voir de près ou de loin sans lunettes ni lentilles. [2].

L'accès à un équipement optique requiert un examen médical aboutissant à la prescription de verres correcteurs, la délivrance par un opticien-lunetier du matériel après vérification de l'adéquation de la prescription et d'un suivi permettant la vérification de l'observance de la prescription et du soin pris de la correction. Aujourd'hui, le renoncement aux soins des patients en situation de haute précarité ne cesse d'augmenter et relève très souvent d'une situation de manque d'information ou de méconnaissance du système de santé visuelle [3]. De plus, la pénurie d'ophtalmologiste et les équipements optiques onéreux rendent le parcours d'accès à la correction visuelle difficile voire impossible parmi cette population. En conséquence, la prise en charge ophtalmologique par le médecin traitant, passe souvent au second plan par rapport aux nombreux autres problèmes de santé. De nombreux programmes de lutte contre les exclusions ont été initiés depuis la loi du 29 Juillet 1998 à travers les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de l'Aide Complémentaire Santé (ACS) [4]. La mise en application de ces programmes est renforcée par la loi HPST du 21 Juillet 2009 qui préconise une « *égalité d'accès aux soins pour toute la population quelle que soit sa condition sociale* ».

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans l'orientation des patients et le suivi tout au long du parcours de soins. Les professionnels des structures spécialisées dans la prise en charge des patients vivant en situation de précarité témoignent de l'importance d'une prise en charge médico-sociale conjointe pour permettre des soins adaptés. La création d'une stratégie de prise en charge en terme de santé permet une amélioration dans la prise en charge globale du patient, c'est-à-dire en tant que personne humaine, sociale et malade, en mobilisant tous les partenaires qui peuvent aider à l'amélioration de la qualité de vie du patient et à sa réinsertion sociale.

L'objectif principal de notre étude était de tester la faisabilité d'une prise en charge organisée en réseau permettant l'amélioration de la proportion des patients précaires accédant aux soins

ophtalmologiques.

Cette étude devait nous permettre de lister les besoins nécessaires au fonctionnement d'une telle stratégie, besoins essentiellement humains et en partie bénévoles. Notre étude devait également permettre de démontrer que les résultats étaient significatifs permettant d'envisager éventuellement leur reproductibilité.

Méthode

Nous avons réalisé une étude prospective interventionnelle multicentrique dont l'objectif principal était de tester la faisabilité d'une stratégie de prise en charge en réseau facilitant l'accès aux soins ophtalmologiques au sein d'une population précaire.

Cette étude s'est déroulée dans 4 foyers d'hébergement de Nancy (Meurthe et Moselle) et son agglomération entre Décembre 2015 et Mai 2016. Cette étude se déroulant dans le cadre des soins courants, il n'a pas été nécessaire d'obtenir de consentement et de saisir le Comité de Protection des Personnes (CPP). L'anonymat des patients a été respecté dans le cadre de notre étude.

Les structures concernées étaient des établissements sociaux intervenant dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle de personnes vivant en situation de haute précarité.

Cette prise en charge s'est déroulée en cinq étapes :

1- La première étape de l'étude a consisté en l'organisation de réunions d'informations avec les équipes sociales de chaque foyer afin de présenter le déroulement de l'action et d'impliquer les travailleurs sociaux et les personnels paramédicaux. Leur rôle consistait à informer et ainsi, à recruter les candidats aux séances de dépistage. Une affiche a été spécialement réalisée afin d'attirer l'attention des résidents et de leur communiquer la date et le lieu exact du déroulement des séances (Annexe 1).

2-L'intervention au sein de ces structures consistait dans un second temps au dépistage des troubles visuels au sein de chaque foyer réalisés par l'auteur (Solène Terrier de la Chaise). Les dépistages se sont déroulés lors d'après-midis dédiés au sein des foyers. Les examens ophtalmologiques duraient environ vingt minutes par patient. Les dépistages ont été réalisés par l'auteur accompagné dans un des foyers par une infirmière ou une aide soignante.

Les séances de dépistage se déroulaient ainsi:

- Interrogatoire du patient (données administratives, principaux antécédents et traitements en cours, antécédents ophtalmologiques). Examen clinique (évaluation orthoptique, mesure de l'acuité visuelle de près et de loin à l'aide des échelles de Monoyer et Parinaud, examen des paupières et de la surface oculaire, champ visuel par confrontation, recherche d'un syndrome maculaire, recherche de la lueur pupillaire).L'ensemble de ces examens étaient retranscrits sur un formulaire informatique.

3-Dans un troisième temps, les patients présentant des troubles visuels étaient adressés au service d'ophtalmologie du CHRU avec lequel un partenariat avait été conclu fin 2015. A l'issue de ce dépistage, un rendez-vous en consultation spécialisée ophtalmologique au CHRU était proposé aux patients présentant un trouble visuel objectivé lors de l'examen.

La prise de rendez-vous s'effectuait par courriel, par l'intermédiaire d'une messagerie électronique sécurisée, créée spécialement à cet effet. Le formulaire complété lors des examens de dépistage était joint à la demande de rendez-vous.

Les dates de rendez-vous étaient fixées également par courriel par le secrétariat du CHRU. La messagerie électronique était consultable par les équipes sociales des foyers afin d'organiser les rendez-vous avec les résidents.

4-La quatrième étape de l'étude était la consultation spécialisée en ophtalmologie réalisée au CHRU de Nancy. Les travailleurs sociaux étaient chargés d'organiser les rendez-vous avec les résidents (date et lieu du rendez-vous, documents administratifs, moyen de locomotion pour se rendre au CHU, accompagnement nécessaire).

5-La dernière étape a finalisé la démarche par la mise en œuvre de la prescription faite par l'ophtalmologiste pour les patients ayant un trouble de la réfraction et devant bénéficier de matériel optique. Le patient pouvait choisir l'opticien de son choix. Si le déplacement dans un magasin d'optique s'avérait difficile, il pouvait faire appel à un opticien proposant un service à domicile. Le travailleur social était chargé du suivi du patient en faisant le point à la suite du rendez-vous et en organisant la prise en charge complémentaire (examens complémentaires, suivi nécessaire...).

Cette prise en charge pluridisciplinaire a été rendue possible grâce à l'intervention coordonnée de travailleurs sociaux, du personnel paramédical, de certaines structures d'accueil, d'ophtalmologistes, d'opticiens et de l'auteur, médecin généraliste.

Population étudiée

Les dépistages ont été réalisés au sein de quatre foyers d'hébergement de Nancy et de son agglomération. Deux foyers étaient des résidences sociales, les deux autres, des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), un des CHRS possédait également des Lits Halte Soins Santé (LHSS). Toutes ces structures ont pour mission d'héberger et d'accompagner des personnes fragilisées par leur situation sociale et/ou économique afin de leur permettre de retrouver une autonomie globale. La majorité des résidents sont de sexe masculin sauf pour un foyer qui héberge principalement des femmes seules ou avec des enfants. Les patients dépistés étaient tous majeurs et volontaires pour la réalisation de l'examen.

Matériel

Nous avons utilisé, pour la réalisation des examens, une mallette de matériel de dépistage ophtalmologique destinée aux médecins généralistes comprenant : deux échelles à main, Parinaud et pour illettrés, deux échelles optométriques 5 m Monoyer, un cache-oeil cuillère, un ophtalmoscope, une lampe stylo. Un ordinateur était également mis à disposition afin de compléter les formulaires.

Financement

Ce travail n'a pas été financé, la mallette permettant la réalisation des dépistages a été prêtée par le réseau Gérard Cuny, réseau gérontologique de Nancy.

Résultats

Nous avons réalisé 11 séances de dépistage entre Décembre 2015 et Mai 2016. Soixante-cinq patients en ont bénéficié, et il a été proposé à 31 patients une prise en charge spécialisée en ophtalmologie.

Caractéristiques des patients dépistés

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des patients dépistés.

Effectif	65		
Age (années)	Moyen	Ecart type	Médiane
	48	15	51
Genre (%)	Féminin	Masculin	
	20	80	
Médecin traitant déclaré	Oui	Non	Ne sait pas
	73,8	17	9,2
Dernière consultation ophtalmologique (%)	Jamais	> 5 ans	< 5 ans
	31	29	40
Equipement optique (%)	Oui	Non	Emprunté
	32,3	66,2	1,5
Consultation spécialisé (%)	Nécessaire	Pas nécessaire	Refusée immédiatement
	46,2	52,3	1,5

La majorité des patients étaient des hommes, la moyenne d'âge était de 45 ans avec une médiane à 51 ans, un quart d'entre eux étaient de nationalité étrangère et 5 étaient analphabètes. La majorité des patients avait déclaré un médecin traitant. Tous les patients étaient affiliés à l'assurance maladie et bénéficiaient soit de la CMU soit d'une complémentaire santé.

Indication d'une consultation spécialisée

4 indications ont été retenues pour adresser les patients en consultation spécialisée :

- baisse d'acuité visuelle ressentie par le patient, trouble de la réfraction et absence d'équipement optique
- équipement optique ancien et/ou non adapté
- facteurs de risque de maladie oculaire (glaucome, DMLA, diabète)
- contrôle ou suivi d'une maladie oculaire déjà connue (glaucome, rétinopathie diabétique,...)

Caractéristiques des patients adressés en ophtalmologie

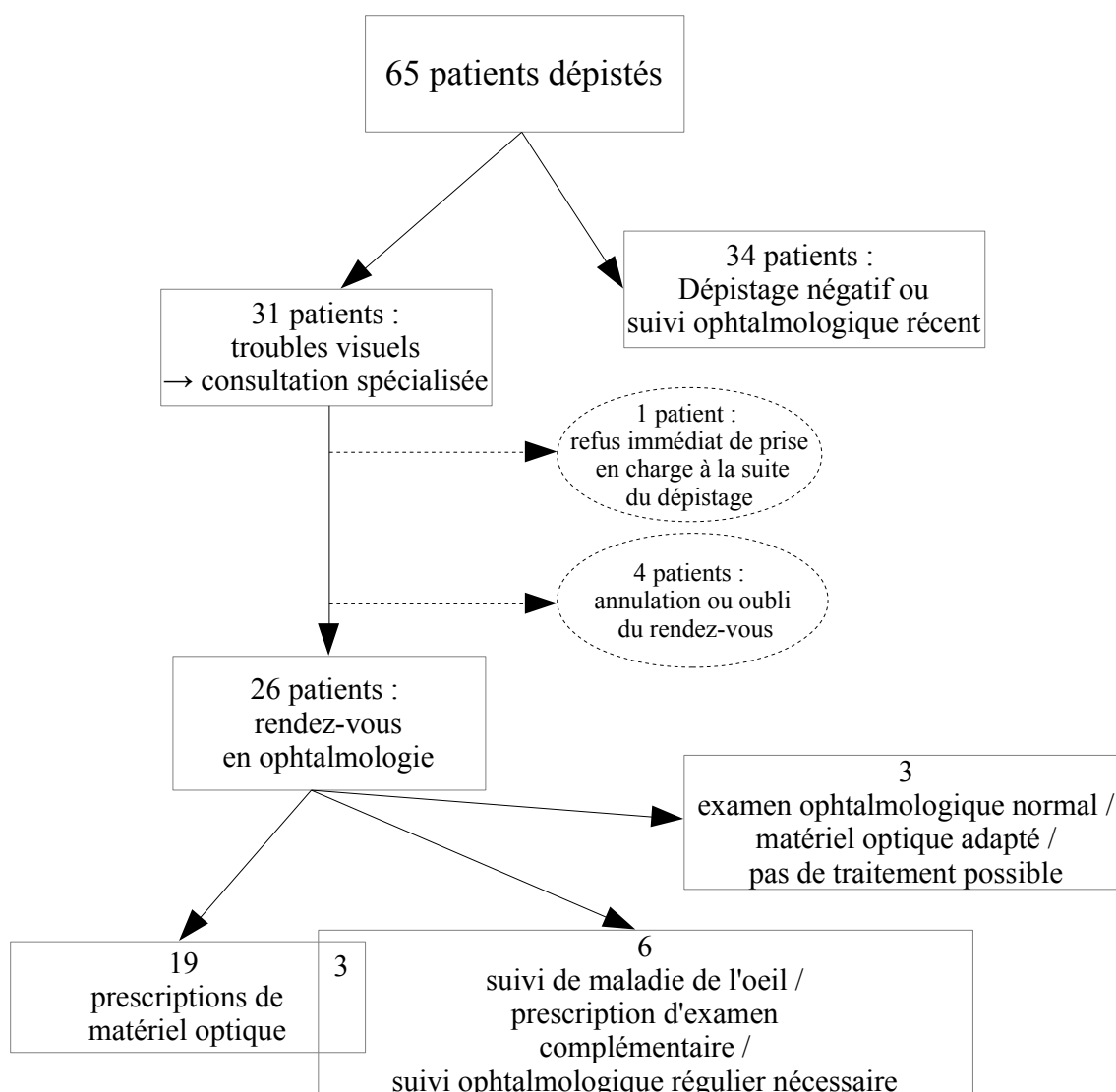
Tableau 2 : caractéristiques des patients adressés en ophtalmologie

Effectif	31		
Age (années)	Moyen	Ecart type	Médiane
	54	13	58
Genre	Féminin	Masculin	
	5	26	
Médecin traitant déclaré	Oui	Non	
	26	5	
Dernière consultation ophtalmologique	Jamais	> 5 ans	< 5 ans
	8	12	11
Equipement optique	Oui	Non	Emprunté
	10	20	1
Indication consultation spécialisée	Baisse d'acuité visuelle ressentie par le patient, absence d'équipement optique	Equipement optique ancien ou non adapté	Contrôle ou suivi d'une maladie de l'oeil connue / facteur de risque de maladie de l'oeil
	16	9	6

Résultats de la consultation d'ophtalmologie

Parmi les patients nécessitant une consultation spécialisée : deux rendez-vous en ophtalmologie ont été annulés, le premier car le patient avait été expulsé de la structure d'hébergement, et le deuxième par la patiente, évoquant l'absence de couverture par une complémentaire santé. Deux patients ne se sont pas rendus au rendez-vous. Au total, 26 patients se sont rendus en consultation spécialisée.

Diagramme 1 : résultats de la consultation d'ophtalmologie



Les rendez-vous ont été donnés avec un délai inférieur à 3 mois.

Mise en œuvre de la prescription de matériel optique

Les patients ayant bénéficié d'une prescription de matériel optique ont tous obtenu des verres correcteurs avec monture. Ils se sont rendus chez l'opticien de leur choix et sur les conseils des travailleurs sociaux, à proximité des foyers. Il a été proposé à 2 patients ne se sentant pas en mesure de se rendre dans un magasin d'optique de faire appel à un opticien à domicile. Les rendez-vous ont été organisés par les travailleurs sociaux. La prescription d'un matériel optique a permis de faire le point avec les patients sur les contrats optiques des mutuelles et d'étudier en fonction les devis proposés par les opticiens.

Satisfaction

A l'issue de cette étude, les travailleurs sociaux ainsi que les équipes paramédicales des 4 foyers ont tous exprimé leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge des résidents de leur structure, et également le désir de pérenniser cette action. Nous avons également interrogé les patients ayant bénéficié d'une prescription de matériel optique via un questionnaire de

satisfaction. 10 patients ont répondu à ce questionnaire. 7 patients ont été très satisfaits d'avoir pu bénéficier d'une consultation ophtalmologique, les 3 autres étaient plutôt satisfaits. Ils ont exprimé en majorité leur satisfaction quant au déroulement de leur rendez-vous en ophtalmologie ainsi que le fait d'avoir obtenu des lunettes adaptées à leur vue. Tous ont exprimé une amélioration globale de leur quotidien depuis l'obtention de lunettes.

Discussion

Cette étude a permis de montrer qu'une prise en charge coordonnée des troubles visuels des patients précaires est réalisable et permet une simplification et une amélioration de l'accès aux soins ophtalmologiques en proposant des solutions adaptées. En effet, il a été proposé à 48 % des patients dépistés, un rendez-vous spécialisé en ophtalmologie et 84 % des patients adressés au spécialiste ont honoré leur rendez-vous. Ce résultat est plutôt satisfaisant car instaurer un suivi avec une population précaire est souvent très difficile, la santé ne faisant pas partie de leurs priorités. Il peut être expliqué par le fait que les patients étaient tous volontaires à la réalisation d'un dépistage et pour la plupart demandeurs de soins ophtalmologiques.

Un travail d'information, de sensibilisation et un accompagnement adapté sont des leviers pour améliorer l'accès aux soins. En effet, le renoncement aux soins relève souvent d'une situation de manque d'information et de connaissance du système de santé visuelle. Les personnes en situation de précarité disposent majoritairement d'une couverture santé permettant une prise en charge significative voire totale de leurs frais de consultation chez l'ophtalmologiste et l'achat de lunettes. Dans notre étude, le renoncement au parcours d'équipement visuel classique est indéniable : la moitié des patients n'avait jamais consulté d'ophtalmologiste et le dernier contrôle remontait à plus de 5 ans pour un tiers d'entre eux. La majorité de ses patients ne sait pas si elle a accès ou non à un remboursement de ses frais d'ophtalmologiste et/ou de lunettes, voire pense à tort ne pas être couverte pour cela et n'a aucune notion du coût d'un équipement optique complet. La situation financière est en effet très souvent évoquée, ainsi en 2012, dans l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), les personnes appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres sont 15 % à déclarer un renoncement pour raisons financières à des soins d'optique soit plus de trois fois plus que celle appartenant aux 20 % de ménages les plus riches [2].

Certains ont également exprimé les difficultés à la prise de rendez-vous chez un ophtalmologiste et ont de ce fait renoncé aux soins. Cette difficulté a aussi été exprimée par les travailleurs sociaux qui sont amenés à gérer ces démarches administratives. La prise de rendez-vous est un acte complexe pour cette population, car nécessite un moyen téléphonique et surtout la capacité à se projeter dans l'avenir. L'hôpital public est devenu une modalité de recours aux soins de plus en plus importante, il est parmi les offreurs de soins celui qui a été le plus confronté à une fréquentation accrue des populations en situation de vulnérabilité sociale. Ces personnes utilisent les consultations de l'hôpital et principalement celles des services d'urgence comme source de soins primaires. Cela montre la difficulté de ces populations à initier un suivi médical et à faire appel au secteur ambulatoire [5][6]. Dans l'ESPS de 2012, 17 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long [2]. En effet, les délais d'attente à l'obtention d'un rendez-vous spécialisé en ophtalmologie sont les plus importants de toutes les spécialités, or l'ophtalmologiste est la porte d'entrée médicale pour un patient qui présente un trouble

touchant l'appareil oculaire et ses annexes [7]. Cette prise en charge ophtalmologique en centre hospitalo-universitaire présente 3 intérêts principaux et indispensables pour les patients précaires : absence d'avance de frais, de dépassement d'honoraires et délais de rendez-vous réduits.

Travailler auprès du public en situation de précarité implique de repenser les liens, les espaces communs entre le champ sanitaire et social afin de proposer un accompagnement adapté pour pallier à ces manques d'information. L'action directe au sein des structures a permis une sensibilisation, une formation et un accompagnement des professionnels de la solidarité. Ils ont en charge l'accompagnement dans la démarche de soins des personnes en situation de précarité. Cet accompagnement est de trois ordres, tout d'abord éducatif afin de favoriser la prise de conscience de l'importance de la santé en apportant une information adaptée sur les problèmes de santé et les bénéfices attendus à leur prise en charge. Ensuite, l'accompagnement social permet de passer l'information sur l'étendue des droits et favoriser la réintégration au système de droits courants ; il aide à l'ouverture et à la régularisation des droits sociaux, redonne une certaine dignité et un sens des responsabilités décisionnelles face à la santé en les aidant à retrouver un statut social. Enfin, l'accompagnement physique est l'aboutissement d'une prise en charge en amont avec la concrétisation d'un rendez-vous (ophtalmologiste, opticien) et la logistique afin d'y parvenir. Il n'est pas question dans cette étude de créer un nouveau dispositif pour la population précaire comme l'action bénévole menée par EMMAÛS Solidarité et VISIONSOLIDEV depuis 2014 à Paris qui permet l'accès à un équipement optique gratuit mais d'utiliser les compétences de chacun afin de réintégrer dans le parcours de soins traditionnel et de ce fait de lutter contre l'exclusion en termes de santé [1].

Le médecin généraliste garde son rôle d'orientation de ses patients vers un ophtalmologiste lorsqu'il a repéré une déficience visuelle et prodigue les conseils d'un bon suivi lorsque la pathologie visuelle du patient est déjà diagnostiquée. Il ne réalise pas de diagnostic et ne prescrit pas de lunetterie. D'un point de vue des opticiens, la plupart réalise des mesures d'acuité visuelle si les personnes n'ont pas d'ordonnance de leur ophtalmologiste mais cette question fait débat et l'examen clinique par un spécialiste ne peut être évité surtout chez une population souvent polyopathologique. Dans notre étude, un foyer a fait appel à un opticien se déplaçant à domicile. Cette possibilité a permis à des patients ne pouvant pas se déplacer et surtout ne se sentant pas à l'aise à l'idée de pousser la porte d'un magasin, d'obtenir un matériel de qualité et un service identique à celui d'un magasin.

Limites de l'intervention et son évaluation

Nous avons tenté d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un dépistage des troubles visuels dans des structures sociales accueillant une population précaire. Les moyens mobilisés étaient limités : un médecin sans autre personnel dédié spécialement à cette tâche, pas de logistique ni de budget consacrés à cette expérience. Les travailleurs sociaux et les personnels paramédicaux ont donné de leur temps afin d'organiser au mieux les séances de dépistage et la suite de la prise en charge mais cette fonction s'est rajoutée à leurs tâches habituelles au sein des foyers pendant leur temps de travail.

Perspective

Les résultats de cette étude nous ont amenés à réfléchir à la pérennisation de cette action au sein des foyers sociaux et plusieurs pistes peuvent être envisagées.

Il est primordial d'impliquer de façon pérenne chaque acteur impliqué dans cette action. Afin d'organiser au mieux la prise en charge des personnes en situation complexe, une personne

devrait être dédiée à l'organisation des soins. La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » [8]. Le médecin généraliste représente un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins. Il est primordial d'avoir une bonne connaissance des particularités de la population vivant en situation de précarité afin de pallier aux inégalités socio-culturelles d'accès à la santé [9]. Cette action nécessiterait l'intervention d'un médecin désirant s'impliquer dans la prise en charge de cette population.

Certaines structures offrent une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec une vie dans la rue. Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé et évite une rupture dans la continuité des soins. Il y a une offre de soins para-médicaux ou médicaux et un suivi thérapeutique. Les équipes paramédicales présentes au plus près des patients pourraient assurer la coordination au sein de la structure. L'intégration de professionnels de l'optique directement dans les structures d'accueil ou d'hébergement est également une piste à suivre. Il faut préciser le rôle social de la profession d'opticien tant au niveau de l'accueil de personnes en grande précarité, que sur le dépistage pathologique, les conseils sur la santé générale ou l'aide à la resocialisation par l'apport d'une vision nette. Il est également nécessaire de pérenniser le partenariat avec le service d'ophtalmologie du CHU afin de garantir une prise en charge optimale des patients bénéficiant de cette action.

Un réseau de santé est un acteur de santé dont la mission est définie par le code de la santé publique. « *Un réseau constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné.* » Ses objectifs généraux sont l'optimisation de l'accès aux soins de l'ensemble d'une population ciblée et l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des prises en charge. Notre action répond aux critères principaux définissant les réseaux de santé, et penser à avoir un interlocuteur privilégié sensibilisé à la prise en charge des patients démunis. La pratique « en réseau » implique des coûts nouveaux. La coordination implique des frais administratifs, de gestion, la mise en place d'un système d'information. Les nouvelles tâches qui sont allouées aux professionnels de santé nécessitent une incitation financière. Un fonctionnement sans aucune rémunération est difficilement viable. De plus, un financement permettrait l'achat du matériel nécessaire à la réalisation de dépistage des troubles visuels, d'un ordinateur portable permettant la saisie des données dans un logiciel métier et la mise en place d'une messagerie médicale sécurisée afin de communiquer au mieux entre les professionnels de santé. Ce financement pourrait être demandé à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il est important de définir quels pourraient être les bénéficiaires de ce cette action afin d'élargir à d'autres populations vivant en situation de précarité. Le père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement des Droits de l'homme ATD Quart Monde définit la précarité par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* » [10].

Dans notre étude, le critère principal définissant la précarité était le fait d'être hébergé dans une structure sociale. Cet hébergement est souvent la conséquence d'une perte d'emploi, d'une

rupture familiale, d'un problème de santé ou d'addiction amenant un état d'insécurité nécessitant une aide extérieure notamment en terme d'hébergement. Ce critère socio-administratif est largement suffisant pour définir une population en situation de précarité et donc en difficulté face à l'accès aux soins. Toutes les structures d'hébergement social sont donc ciblées pour cette action. Le but de cette action n'est pas de contourner le parcours standard d'accès aux soins ophtalmologiques mais de s'adapter à une population en situation de vulnérabilité sociale. Cibler cette population permet également de respecter les capacités d'accueil de l'hôpital.

Conclusion

La promotion de la santé s'appuie sur une conception positive et globale de la santé, comme un état de bien être physique, psychologique et social. Elle exige l'action coordonnée de tous, dans le but de créer des environnements favorables à la santé et de mobiliser les populations au niveau individuel et collectif. Le médecin généraliste constitue un acteur essentiel dans le système de soins, il fait partie des premiers professionnels de santé en contact avec la population précaire et doit permettre son intégration dans le système de droit commun.

Les personnes en grande difficulté sociale perdent la notion d'attention à leur santé et le rapport qu'elles entretiennent avec leur corps se dégrade au fil du temps ; la vue fait partie des problématiques qui subissent ce manque d'attention porté à soi-même. Il est nécessaire de proposer des solutions adaptées pour faciliter l'accès à la santé visuelle et à l'équipement des personnes en situation de précarité. Nous avons réussi à démontrer que des pistes concrètes existent sous condition d'une prise en charge coordonnée par la filière optique, les structures d'hébergement et leur personnel et l'entourage médical : une sensibilisation de la filière visuelle à l'accueil des personnes en situation de précarité, une simplification du parcours et des formalités de prise en charge pour les publics précaires et les professionnels de santé, une formation et un accompagnement des professionnels sociaux par des actions directes au sein des structures sociales.

Remerciements

Pr Berrod et le service d'ophtalmologie du CHU de Nancy, le réseau Gérard Cuny à Nancy, les équipes sociales des CHRS Pierre Vivier et Camille Mathis à Nancy, du foyer Aristide Briand à Neuves-Maisons et du foyer Jacques Cordier à Toul, Fresh Garden Design.

Bibliographie

- [1] Gallileo Business Consulting. Enquête. Précarité et accès à la santé visuelle. Restitution de la première étude sur l'accès aux soins optiques des publics précaires. Dossier de presse : conférence de presse, 2 avril 2015, maison de l'optique, Paris. Pour le compte de Vision SoliDev et Emmaus Solidarité. [Visité le 01/05/2016]. En ligne : <http://www.visionsolidev.org/espace-presse/accès-à-la-santé-visuelle/>.
- [2] Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé ; 2012. 308 p. [Visité le 01/05/2016]. En ligne : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquête-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>.
- [3] Voynet D. Restructuration de la filière visuelle. France : Inspection générale des affaires sociales. 2015. [Visité le 01/06/2016]. En ligne : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article489>
- [4] Ministère de la santé (France). Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Circulaire DGS/2007/430 du 07 décembre 2007. [Visité le 15/03/2016]. En ligne : <http://www.santé.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-01/a0010053.htm>.
- [5] Afrite A, Mousques J, Bourgeuil Y. Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centre de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS. Paris : Document de travail de l'IRDES ; 2014. Référence ???
- [6] Pascal Jean, Quélier Christine, Agard Christian, Nguyen Jean-Michel, Lombrail Pierre, « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », Sciences sociales et santé 3/2006 (Vol.24), p. 33-58. doi : 10.3917/sss.243.0033.
- [7] Bour, T. Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030. Projections des départements. Besoins en nouveaux ophtalmologistes. Aspects nationaux et régionaux. Professions paramédicales associées et coopérations. Paris : Académie française d'ophtalmologie, 2011. 125 p. [Visité le 01/05/2016]. En ligne : https://www.ophtalmo.net/SNOF/temp/Rapport_Snof_2011_Final.pdf.
- [8] République Française. Article L4130-1 du Code de la santé publique. [Visité le 01/05/2016]. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGI TEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- [9] Cécile Flye Sainte Marie *et al.*, « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé publique* 2015/5 (Vol. 27), p. 679-690.
- [10] Teulade R. Le rapport Wresinski. Revue Quart Monde [Internet]. 1987 [Visité le 01/05/2016]; 123. En ligne <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=4271>

Conclusion

Cette étude nous permet d'envisager une prise en charge en réseau des troubles ophtalmologiques des patients vivant en situation de précarité. Cette action a donné des résultats pertinents quant à l'amélioration de la prise en charge et a été possible grâce à une action coordonnée de tous les professionnels médico-sociaux intervenant auprès du public précaire et également un partenariat créé avec le service d'ophtalmologie du CHU de Nancy.

Cette démarche empirique a été possible grâce aux structures déjà en place. Il a été possible de créer des liens interdisciplinaires entre les professionnels sociaux et de santé concernés par la question des troubles visuels du patient précaire en valorisant l'existant dans sa globalité, en facilitant le recours à cet existant et le travail en coopération, et en développant les échanges entre les intervenants concernés. Ce travail est une approche transversale concernant un problème donné chez une population particulière. Nous avons créé un partenariat avec le service d'ophtalmologie du CHU qui s'engageait de recevoir 3 à 4 patients par semaine. Puis nous avons rencontré et impliqué les équipes sociales des structures d'hébergement. Nous avons également sollicité des opticiens, principalement un opticien travaillant à domicile. Toute cette démarche a été possible grâce à la motivation des intervenants de pallier un problème de santé commun.

Cette démarche a permis de montrer qu'il y avait une réelle demande de soins au sein des structures d'hébergement. Cette demande a été exprimée premièrement par les travailleurs sociaux et ensuite par les résidents qui ont été nombreux à se présenter lors des séances de dépistage. Notre intervention a permis de réintégrer la médecine générale au sein des structures sociales. La précarité n'est pas un frein à l'accès aux soins à condition d'adapter un minimum la prise en charge de cette population. C'est le rôle du médecin généraliste de repérer les patients en situation d'exclusion et de faire appel à des aides compétentes (assistante sociale, éducateurs spécialisés...).

Ce travail prouve qu'il est possible de ne pas cantonner les précaires dans « une médecine du pauvre » en les dirigeant uniquement vers des dispositifs dévolus aux populations exclues, mais de leur permettre l'accès au dispositif de droit commun pour bénéficier des soins adaptés. En effet, cette population renonce au parcours de soins classique malgré une prise en charge partielle ou totale par les couvertures santé. Ce renoncement relève plus souvent d'un manque d'information et de connaissance du système de santé visuelle que d'une question économique. Cette démarche permet de pallier ce déficit en proposant également une information adaptée à ce public.

Enfin, ce travail apporte un réel bénéfice pour la pratique de la médecine générale.

Au niveau personnel, ce travail m'a permis d'acquérir une meilleure connaissance des structures médico-sociales et de leur fonctionnement. Travailler auprès des travailleurs sociaux a permis de mieux comprendre leur rôle dans la prise en charge du patient. De plus, les équipes sociales des structures d'hébergement entretiennent une relation quotidienne avec leurs résidents et connaissent les caractéristiques et les particularités de chacun. Cette approche globale du patient est nécessaire afin d'établir une relation de confiance indispensable à la relation médecin-patient. De plus, les besoins de santé de ces patients doivent être analysés dans toutes leur dimension médicale, sociale psychologique et personnelle.

Travailler auprès d'une population vivant en situation d'exclusion m'a également permis de mieux appréhender la précarité. Les patients précaires présentent souvent de nombreuses problématiques en dehors du champ propre à la médecine ; la santé n'étant pas leur priorité. Cette particularité est parfois difficile à comprendre en tant que médecin et à prendre en charge. La compréhension de ce mode de vie permet une approche plus empathique et

l'instauration d'une relation de confiance avec cette population. Ces patients en situation d'exclusion se rencontrent dans tous les modes d'exercice de la médecine. Cette approche permet ainsi une prise en charge avec assurance de cette population.

De façon plus générale, d'après la WONCA, la médecine générale doit utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. Elle doit favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. Cette démarche de soins a été à l'initiative du médecin généraliste et a été réalisée de façon empirique afin d'apporter une solution à un problème identifié. Elle rentre parfaitement dans le domaine d'action du médecin généraliste.

Cette étude nous permet d'envisager cette prise en charge des troubles visuelles des patients précaires de façon pérenne. Nous pensons qu'il est envisageable de poursuivre ce travail à condition de renforcer les liens établis entre les différents acteurs de la filière visuelle. Un médecin généraliste ou interne en médecine générale peut être dédié à ce travail de dépistage et de coordination. En effet, il est nécessaire d'avoir des connaissances médicales mais également des compétences organisationnelles. La volonté de travailler auprès d'un public en situation de précarité est également indispensable. Les patients vivant en situation d'exclusion peuvent susciter une appréhension notamment pour les médecins qui connaissent mal les particularités inhérentes à la précarité. Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge de ces patients et peut contribuer ainsi à la réduction des inégalités de santé en apportant des solutions adaptées. Cette démarche de soins revêt un double sens car elle permet une réelle ouverture de la médecine générale sur la précarité et les structures sociales, et répond à un problème de santé.

Il est absolument nécessaire de décroiser les structures sociales, médico-sociales et sanitaires et de travailler en équipe et de façon coordonnée afin de répondre aux problèmes de santé actuels.

Annexes



Ne fermez plus
les yeux

SUR VOS PROBLÈMES DE VUE !

**VENEZ VOUS FAIRE DÉPISTER
GRATUITEMENT**

LE.....

VU

NANCY, le **28 septembre 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **30 septembre 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9311

NANCY, le **11 octobre 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT