



**Art contemporain ?
NON, DMLA.**

**5^{èmes} JOURNÉES NATIONALES
D'INFORMATION ET DE DÉPISTAGE DE LA DMLA
Du 27 juin au 1^{er} juillet 2011**

Tache centrale, lignes droites déformées, moindre perception des détails : ces signes peuvent être ceux de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age.

Vous avez plus de 55 ans ?
Faites-vous dépister.
www.journees-dmla.fr

N° Vert 0 800 00 24 26

ASSOCIATION DMLA SFO Société Française d'Ophtalmologie SNOF MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS EN PARTENARIAT AVEC NOVARTIS BAUSCH+LOMB NOVALIS ORGANISATION I.E.M.P. INSTITUT D'ÉDUCATION MÉDICALE ET DE PRÉVENTION

– Du lundi 27 juin au vendredi 1er juillet 2011 –

Dépister la DMLA pour éclaircir l'avenir

Dossier de presse

Mai 2011



AVEC LE SOUTIEN DE



NOVARTIS

BAUSCH+LOMB



NOVALIS

ORGANISATION



INSTITUT D'ÉDUCATION MÉDICALE
ET DE PRÉVENTION
www.institut-iemp.com

Sommaire

1	La DMLA en 2011	3
❖	Quelques chiffres	3
❖	La campagne 2011	3
2	Contexte de la campagne 2011	5
❖	Journées DMLA 2010 : le bilan	5
❖	Le fruit des expériences passées	5
❖	Mille et une pistes thérapeutiques pour les DMLA atrophiques	6
❖	Interview	7
3	L'information pour tous	9
❖	Connaître les facteurs de risque	9
❖	Diffuser les signes d'alerte	9
❖	Apprendre à connaître les DMLA	10
4	Candidats au dépistage : quel parcours en pratique ?	11
❖	Prendre date	11
❖	Première étape : examen de dépistage	11
❖	Des examens complémentaires... si nécessaire	12
❖	Un traitement pour certains	12
◆	Prévention : diététique et hygiène de vie	12
◆	DMLA exsudative : les antiVEGF en première ligne	13
◆	La rééducation basse vision pour conserver son autonomie	14
5	Le bien-fondé du dépistage	15
❖	Témoignages	16
◆	Pour que les lésions du premier œil ne passent plus inaperçues	16
◆	Pour sauver des vues, lutter contre les idées reçues	16
◆	Pour que les familles prennent conscience de leur propre risque de DMLA	17
◆	Pour améliorer l'information du public	18
◆	Pour limiter les lésions sur le premier œil	18
6	Les acteurs de la campagne	19
❖	L'Association DMLA	19
❖	La SFO	20
❖	Le SNOF	21
❖	Le SNAO	21
❖	NOVARTIS	23
❖	BAUSCH & LOMB	24
❖	NOVALIS	24

1 La DMLA en 2011

On ne présente plus la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge... De mieux en mieux connue du public, cette maladie de la rétine centrale, ou macula, n'en demeure pas moins la première cause de malvoyance et de cécité dite « légale » après 50 ans, dans les pays industrialisés.

❖ Quelques chiffres

La plupart des études épidémiologiques ont été réalisées dans les populations blanches des pays à haut niveau de vie. L'estimation actuelle de la prévalence de la DMLA repose sur des études ayant utilisé des méthodes de classification reconnues au niveau international : l'étude française POLA¹ (Pathologies Oculaires Liées à l'Âge), l'étude multicentrique européenne EUREYE² et une méta-analyse portant sur plus de 25 000 personnes résidant aux Etats-Unis, aux Pays-Bas et en Australie (*Baltimore Eye Study, Beaver Dam Study, Rotterdam Study, Blue Mountain Eye Study, Salisbury Eye Evaluation Project, Melbourne Visual Impairment Project*)³, dont les résultats concordent.

Ainsi la DMLA atteindrait :

- moins de 0,5% des personnes avant 65 ans ;
- environ 1 à 2% des 70-74 ans ;
- 2 à 4% des 75-79 ans ;
- et jusqu'à 10 à 15% des plus de 80 ans.

En 2007, les experts évaluaient à 608 000 le nombre de personnes atteintes de DMLA en France métropolitaine, soit près de 3% des 21 millions de sujets de plus de 50 ans résidant sur notre territoire. Selon les projections INSEE pour la population française, cette proportion pourrait augmenter de 50% en 20 ans et doubler en 30 ans⁴.

❖ La campagne 2011

Cinquième édition des « Journées DMLA », la prochaine campagne d'information et de dépistage de la DMLA se déroulera du lundi 27 juin au vendredi 1er juillet 2011.

Si nous ne savons pas guérir les DMLA, qui font partie des maladies chroniques, nous disposons de moyens d'action thérapeutiques ou préventifs capables, dans certains cas, de stabiliser les lésions ou de ralentir leur progression. Point essentiel, ces moyens sont d'autant plus efficaces qu'ils sont mis en place tôt, c'est-à-dire avant que la maladie n'ait détruit les cellules visuelles et réduit la vision de façon irréversible. Or, les lésions de DMLA évoluent longtemps silencieusement. Le jour où les complications se déclarent, il est déjà parfois trop tard. Pour préserver la vue, l'information et le dépistage précoce sont donc essentiels.

Le dépistage s'adresse :

- à toute personne de plus de 55 ans ;
- aux personnes dont le risque de DMLA est plus élevé, parce qu'elles sont fumeuses, qu'elles ont des antécédents familiaux, ou dont un examen du fond d'œil a déjà révélé des signes précurseurs de la maladie.

A partir de l'examen de la rétine maculaire (fond d'œil), les ophtalmologistes peuvent, grâce à des outils validés, évaluer en pourcentage, le risque, pour une personne donnée, de déclarer une DMLA dans les cinq ans qui suivent. Cette estimation permet d'adapter au cas par cas le rythme de la surveillance, les mesures préventives et d'entamer les traitements au bon moment, si cela s'avère nécessaire.

Les ophtalmologistes participant à la campagne recevront sur rendez-vous les personnes qui souhaitent bénéficier d'un dépistage. La liste de leurs coordonnées est consultable sur le site www.journees-dmla.fr ou en téléphonant au **N° Vert 0 800 00 24 26**.

2 Contexte de la campagne 2011

Les journées DMLA sont désormais inscrites dans les agendas, chaque année à la même époque.

Leur médiatisation catalyse l'information de la population.

❖ Journées DMLA 2010 : le bilan

Au cours du deuxième trimestre 2010, période de communication envers le grand public et de médiatisation des Journées DMLA, la fréquentation et la consultation du site www.journees-dmla.fr ont constamment progressé, au même titre que le nombre d'appels reçus sur la plate-forme téléphonique (30 à 100 par jour en juin dernier). Les demandes d'accompagnement, de guides d'information, de renseignements au sujet de la maladie et/ou d'orientation vers des praticiens ou d'autres patients, provenaient principalement de personnes souffrant de DMLA ou de leurs proches.

Depuis, le N°Vert a été maintenu de façon à orienter les appels hors campagne vers les praticiens et les centres hospitaliers du réseau de l'Association DMLA. Les informations délivrées via la plate-forme téléphonique évoluent compte tenu des questions les plus fréquemment posées.

Lors des Journées DMLA 2010, 30 000 guides, 8 000 affiches de la campagne et 45 000 flyers ont été diffusés, via principalement les laboratoires Bausch & Lomb (réseau des pharmacies et visiteurs médicaux), Novartis, la Mutuelle APREVA, le Groupe de Prévoyance NOVALIS, l'Association DMLA, les médecins et centres hospitaliers partenaires, les congrès médicaux, les réunions d'information et l'Association DMLA ; 22 médecins ophtalmologistes experts de la DMLA ont participé aux opérations de communication locales et nationales.

Cette mobilisation et la diversité des vecteurs d'information agissent au profit :

- du nombre des ophtalmologistes participants, qui s'impliquent de plus en plus, qu'ils exercent en libéral ou dans des services hospitaliers ;
- de l'organisation pratique des consultations de dépistage ;
- de la diffusion des messages clés (événements locaux : réunions d'information, conférences, débats ...) ;
- de la population, de mieux en mieux informée sur la DMLA.

❖ Le fruit des expériences passées

L'enquête réalisée en 2007 par l'institut de sondage LH2 avait montré que seules 3% des personnes de 50 à 70 ans interrogées connaissaient la DMLA, alors que 94% d'entre elles étaient informées sur la cataracte, autre maladie oculaire habituellement liée à l'âge ! La prochaine enquête, prévue pour 2012, pourra attester des progrès réalisés depuis. Toutefois, après quatre éditions de campagnes d'information et de dépistage organisées par l'Association DMLA et ses partenaires, cette pathologie semble sortie de l'ombre, ne serait-ce que par son évocation en 2010 à travers le 7^{ème} art.



2010 : la DMLA dans les salles obscures

Réalisé par Jean Becker, le film « La tête en friche » met en scène un duo attachant et émouvant interprété par Gérard Depardieu et Gisèle Casadesus. Germain, 45 ans, a toujours été malmené par l'existence. Il se lie d'amitié avec Marguerite, une dame âgée très cultivée qu'il a rencontrée dans un jardin public et qui l'initie à la littérature en lui lisant des extraits de romans. Mais Marguerite souffre d'une DMLA et la lecture lui devient de plus en plus pénible. Les rôles s'inversent alors et Germain, pour compenser cette vision déficiente, apprend à lui faire la lecture voix haute.

❖ Mille et une pistes thérapeutiques pour les DMLA atrophiques

La DMLA mobilise en permanence de nombreuses équipes de cliniciens, de soignants et de chercheurs. Le 5ème congrès international « Macula of Paris » (14 janvier 2011), était consacré à la DMLA atrophique, un sujet riche d'actualités.

Aucun traitement n'est à ce jour disponible pour la DMLA atrophique, dont les mécanismes intimes, génétiques, immunologiques et histochimiques, sont complexes, mais de nombreuses études cliniques sont en cours. Elles portent sur différentes approches thérapeutiques, comme : protéger les photorécepteurs et l'épithélium pigmentaire rétinien, prévenir les lésions oxydatives ou lutter contre les mécanismes inflammatoires impliqués dans la maladie. Découverte récente : la présence en excès de certaines séquences d'ARN, dites Alu, toxiques pour les cellules de l'épithélium pigmentaire ouvrent de nouvelles voies de recherche thérapeutique⁵.

Les chercheurs travaillent aussi sur les modes d'administration des médicaments, aspect particulièrement important en cas de maladie chronique. En effet, par voie générale le risque d'effets indésirables n'est pas négligeable et la répétition des injections intraoculaires est particulièrement contraignante. Des implants capables de délivrer un principe actif au long cours sont donc à l'étude.

Les méthodes d'investigation ont mis à jour de nombreuses formes de DMLA atrophique dont l'expression clinique (fond d'œil), la traduction visuelle, la vitesse d'évolution, les mécanismes, le terrain génétique, le pronostic, et sans doute à terme les traitements, sont différents.

❖ Interview



Eric SOUIED, Ophthalmologiste et Président de l'Association DMLA.

Chef de service à l'hôpital intercommunal de Créteil et Professeur à la faculté de médecine de Paris XII.

- La DMLA vous semble-t-elle connue du public ?

L'enquête réalisée en 2007 par LH2 montrait que la DMLA était alors très mal connue du grand public.

Au fil des campagnes et des opérations de sensibilisation, l'information semble circuler de mieux en mieux, mais cette impression, subjective, mérite d'être quantifiée. Une nouvelle enquête est donc programmée pour 2012, 5 ans après la première, pour préciser l'évolution des connaissances et de la prise de conscience dans la population.

- Où en sont les traitements ?

Le traitement de référence de la DMLA exsudative (humide) reste les injections intra-vitréennes (IVT) d'antiVEGF, de type ranibizumab (Lucentis®). La nécessité d'une surveillance mensuelle des patients est bien établie. C'est le prix à payer si nous voulons réduire la fréquence des IVT, car seul un suivi rapproché permet de déterminer, au cas par cas, le meilleur moment pour réinjecter.

Nous ne disposons pas à ce jour de nouvelles solutions thérapeutiques, mais de très nombreux travaux de recherches sont en cours. Les essais cliniques menés sur des anti-VEGF en collyres, que nous espérons depuis plusieurs années, n'ont pas abouti aux résultats escomptés.

- Pourquoi parler de bons et de mauvais répondeurs aux traitements ?

Les mécanismes, notamment génétiques, de la maladie dévoilent peu à peu leurs secrets. Les recherches ont notamment permis d'établir une nouvelle classification des DMLA que l'on scindait classiquement en formes exsudative et atrophique, sachant que cette dernière pouvait se compliquer de néovaisseaux. Nous savons aujourd'hui qu'il existe un continuum entre certains types de néovaisseaux, dits « occultes » et l'atrophie. Nous avons également identifié plusieurs formes de DMLA exsudative, dont l'évolution naturelle et la réponse au traitement sont différentes. Néanmoins, la précocité de la prise en charge et la fréquence du suivi, destinée à dépister et à traiter les complications sans tarder, permettent de moduler les « mauvaises réponses ».

Savoir dès le diagnostic à quel sous-type nous avons à faire, donc à quel degré de sévérité s'attendre (forte prédisposition), permet d'adapter la prise en charge des patients en modulant le rythme de la surveillance et/ou des traitements pour préserver au mieux la vision. Dans tous les cas, des décisions doivent être prises, qu'il s'agisse d'une surveillance attentive, de conseils préventifs ou d'une thérapeutique active.

- A quoi sert en pratique l'identification des gènes impliqués ?

La compréhension physiopathologique de la maladie passe par l'identification des gènes.

A Créteil nous travaillons sur un grand projet de génétique appliquée à la clinique afin de généraliser à court terme les tests génétiques dans la DMLA, à partir d'un recueil d'ADN salivaire. C'est déjà le cas dans le service d'ophtalmologie, mais nous travaillons sur la faisabilité des tests à grande échelle.

Notre objectif est de pouvoir, peut-être dès 2013, proposer un test à tous les patients dès la découverte des premières lésions du fond d'œil. En effet, le génotype (profil génétique) indique si l'on se dirige ou non vers une forme grave de DMLA, et permet d'adapter la prise en charge le plus tôt possible.

Pour des raisons d'ordre éthique, il n'est pas question d'appliquer ces techniques aux sujets sains.

3 L'information pour tous

La médiatisation et la couverture du territoire français par les campagnes d'information et de dépistage de la DMLA permettent de sensibiliser peu à peu la population. Quelques rappels.

La DMLA est multifactorielle, son développement et sa progression dépendent d'une prédisposition génétique et de facteurs environnementaux (mode de vie, alimentation...). Ses mécanismes rétiens sont complexes (dépôts, inflammation, stress oxydatif...) et des associations à d'autres pathologies ont été mises en évidence.

La DMLA atteint la macula, zone centrale de la rétine de quelques millimètres de diamètre par laquelle transitent 90% des informations visuelles destinées au cerveau. La macula est spécialisée dans la vision des détails, des couleurs et la fixation du regard. Elle est donc intimement liée à la précision des gestes et des activités. En l'absence de traitement, les lésions de la macula retentissent sur l'acuité visuelle, la lecture, l'écriture, la reconnaissance des visages, la conduite automobile.... Plus elles évoluent, plus ces activités deviennent difficiles, voire impossibles.

Sauf exception, la DMLA n'atteint pas la rétine extra-maculaire : **le champ visuel périphérique est conservé**. Cette vision périphérique permet aux personnes concernées d'entretenir une certaine autonomie.

❖ Connaître les facteurs de risque

L'âge et les antécédents familiaux ou personnels de DMLA sont des facteurs de risque forts, mais non modifiables.

Le **tabagisme** est le plus important des facteurs environnementaux favorisant la MLA et la DMLA⁶. Les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le surpoids et l'obésité, de mauvaises habitudes alimentaires, ou encore les déficits en certains pigments maculaires protecteurs (lutéine et zéaxanthine), peuvent aussi intervenir.

❖ Diffuser les signes d'alerte

Une DMLA peut être longtemps silencieuse (asymptomatique) puis se manifester par **un ou plusieurs des signes suivants** :

- baisse de la vision (acuité, contrastes), sensation d'assombrissement (nécessité d'un meilleur éclairage pour lire), de brouillard ou de flou visuels, ternissement des couleurs ;
- vision déformée ou métamorphopsies, particulièrement repérables sur des lignes droites (rebord d'un cadre, d'une fenêtre...) ;
- perception d'une tache, ou scotome, dans la vision centrale ;
- lettres manquantes dans un texte, difficultés à distinguer les détails.



Simulation : perception de déformation des lignes droites au cours d'une DMLA

L'apparition ou l'aggravation **d'un ou plusieurs de ces signes** peuvent témoigner d'une DMLA déjà avancée. Ils imposent une **consultation en urgence** auprès d'un **médecin ophtalmologiste**, seul habilité à en identifier la cause. En effet, ces symptômes ne sont **pas spécifiques de la DMLA**, ils peuvent être liés à d'autres pathologies.

❖ **Apprendre à connaître les DMLA**

- La maculopathie liée à l'âge (MLA) est le plus souvent asymptomatique. Seul l'examen du fond d'œil par l'ophtalmologiste peut la démasquer. Elle se présente notamment sous forme de dépôts sous-rétiniens blanchâtres appelés « drusen ». Une MLA peut évoluer vers une DMLA, mais ce n'est pas systématique.

- Les DMLA « exsudatives », ou « néovasculaires », dites aussi « humides » se caractérisent par la prolifération anormale de petits vaisseaux sanguins (néovaisseaux) sous la rétine, qui peuvent saigner ou suinter dans la macula. En l'absence de traitement, ou si le traitement intervient trop tard, ils conduisent à une dégradation irréversible de la vision centrale.

La tomographie en cohérence optique (OCT) a grandement contribué à identifier différentes formes de DMLA exsudatives, qui répondent plus ou moins bien aux thérapeutiques actuelles.

- La DMLA « atrophique » ou « sèche », évolue à bas bruit pendant plusieurs années, puis finit par atteindre le centre de la macula. S'ensuit une baisse importante de l'acuité visuelle, qui jusque-là était relativement bien conservée.

- Une DMLA atrophique peut évoluer vers une forme exsudative et inversement.

4 Candidats au dépistage : quel parcours en pratique ?

L'Association DMLA et ses partenaires, dont la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) et le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), organisent cette année les 5^{èmes} journées nationales d'information et de dépistage de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age, avec le soutien des laboratoires Novartis et Bausch & Lomb et du groupe de prévoyance NOVALIS.

Depuis 2007, un nombre croissant d'ophtalmologistes participent chaque année à cette campagne. Leurs motivations : promouvoir la connaissance de la maladie et de ses traitements au sein de la population, inciter le plus grand nombre au dépistage, positionner cette pathologie en tant qu'enjeu de santé publique majeur, réaffirmer leur rôle et leurs compétences de médecins spécialistes.

❖ Prendre date

Les ophtalmologistes participant à cette opération réserveront des plages horaires dans la semaine du lundi 27 juin au vendredi 1^{er} juillet 2011, afin de recevoir en consultation les personnes (de préférence celles âgées de plus de 55 ans) qui souhaitent bénéficier d'un dépistage de la DMLA par examen du fond de l'œil.

Afin que les candidats puissent contacter en amont leurs secrétariats téléphoniques, les coordonnées de ces médecins et des renseignements seront disponibles sur le site Internet www.journees-dmla.fr ou au

N° Vert 0 800 00 24 26.

Un rendez-vous précis leur sera proposé pour un examen du fond d'œil, voire, selon l'affluence et les capacités d'accueil du cabinet ou du centre médical, d'autres types d'actions, comme, par exemple, une opération « portes ouvertes » destinée à un public tout venant.

Chaque ophtalmologiste est libre d'utiliser la méthode d'examen de son choix, et d'effectuer ou non des photographies du fond d'œil (rétinographies).

La consultation sera gratuite ou facturée au tarif conventionné de la Sécurité sociale.

❖ Première étape : examen de dépistage

Le dépistage consiste à examiner le fond d'œil à la recherche de signes précurseurs de DMLA ou d'une DMLA avérée mais encore asymptomatique. Cet examen peut être réalisé en consultation d'ophtalmologie à travers un « biomicroscope » et une loupe spécifique.

Le dépistage peut aussi être effectué en prenant des photographies de la rétine. Les Rétinographes Non Mydriatiques (RNM) permettent de photographier le fond d'œil sans dilatation préalable de la pupille.

A l'occasion de cette consultation, chaque personne dépistée recevra des informations sur la DMLA, sous forme notamment d'un guide grand public.

Si les examens de dépistage révèlent des signes de DMLA, un bilan plus approfondi sera programmé, pour déterminer si un traitement ou d'autres mesures sont nécessaires.

❖ Des examens complémentaires... si nécessaire

Selon les constatations effectuées au fond d'œil par l'ophtalmologiste au cours du dépistage, les patients se verront orientés et conseillés au cas par cas.

- Si le fond d'œil est normal, une surveillance annuelle est recommandée, qui permet aussi de faire le point sur la santé oculaire en général (dépister un glaucome...).

- Si l'examen révèle des anomalies, des explorations complémentaires doivent être réalisées en ambulatoire pour en préciser la nature et l'étendue. Les décisions thérapeutiques et le suivi reposent sur les résultats de l'OCT (Tomographie en Cohérence Optique), des photographies et des angiographies rétiniennes.

- Une angiographie rétinienne commence par l'injection d'un produit de contraste (colorant) dans une veine de l'avant-bras. Lorsque ce colorant atteint la région oculaire, il imprègne transitoirement le fond d'œil. Il en révèle ainsi les détails, notamment la rétine, ses vaisseaux et leurs anomalies éventuelles, qu'une série de photographies permet de fixer et d'analyser.

- Tel un microscope *in vivo*, l'OCT, fournit des images en coupes de la rétine, dont les différentes couches et les anomalies apparaissent avec une précision de l'ordre de quelques microns. Il ne nécessite pas d'injection de produit de contraste.

Certains de ces examens imposent une dilatation préalable de la pupille par instillation de collyres mydriatiques qui troublent la vue pendant quelques heures, durant lesquelles la conduite automobile est contre-indiquée. Il est recommandé aux patients d'être accompagnés et de se munir de lunettes de soleil.

Selon les résultats du bilan, le patient se verra ou non proposer un traitement et recevra dans tous les cas des conseils et un programme de surveillance.

❖ Un traitement pour certains

Le traitement dépend du stade, du type et de la sévérité de la DMLA. Compte-tenu de la diversité des formes de DMLA, la prise en charge ne peut pas être stéréotypée. Elle doit être personnalisée.

◆ **Prévention : diététique et hygiène de vie**

Dans tous les cas, il est important de promouvoir une bonne hygiène de vie, d'autant que ses bienfaits dépassent largement le cadre de la DMLA. Il faut néanmoins savoir que ces mesures peuvent difficilement à elles seules contrer les effets des fortes prédispositions génétiques.

Différents nutriments contribuent à réduire le risque d'apparition ou de progression d'une DMLA.

Il y a dix ans, les premiers résultats tombaient, selon lesquels de fortes doses de zinc, de vitamine C et de vitamine E diminuaient de 25% la probabilité pour les personnes à haut risque de développer une DMLA dans les cinq ans⁷.

Depuis, d'autres données attendues ont été publiées : l'augmentation des apports alimentaires en lutéine, zéaxanthine et acides gras oméga 3 diminuent le risque de DMLA^{8,9}.

Ces résultats sont particulièrement intéressants dans la forme atrophique pour laquelle aucune thérapeutique n'est encore disponible.

Les conseils

- Pas de tabac ;
- Alimentation variée, saine et équilibrée, riche en fruits, légumes et poisson (afin d'assurer en particulier des apports suffisants en vitamines C et E, zinc, lutéine, zéaxanthine et acides gras oméga 3, notamment pour leurs effets antioxydants) ;
- Activité physique régulière, adaptée aux possibilités et aux goûts de chacun ;
- Contrôle de son poids, de sa pression artérielle et de sa cholestérolémie.

Selon le degré de risque, le type de DMLA, l'histoire personnelle et familiale, les traitements en cours, le mode de vie et les carences nutritionnelles de chacun, l'ophtalmologiste peut être amené à prescrire, en plus, des **compléments alimentaires** pour tenter de ralentir la progression des DMLA atrophique et exsudative.

◆ ***DMLA exsudative : les antiVEGF en première ligne***

Traitement de référence des DMLA néovasculaires, les anti-VEGF, de type ranibizumab, sont administrés dans le vitré de l'œil (injections intra-vitréennes ou IVT), après instillation de collyres anesthésiques, dans des conditions de sécurité bien établies et récemment mises à jour¹⁰.

En s'opposant localement au VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*), qui stimule la croissance des vaisseaux sanguins, ces médicaments freinent la prolifération des néovaisseaux pour, neuf fois sur dix, stabiliser voire améliorer l'acuité visuelle. Afin de maintenir le résultat obtenu, une moyenne de cinq à six IVT est nécessaire la première année, quatre la deuxième année, et sans doute moins la troisième année. Une surveillance ophtalmologique mensuelle est indiquée pendant plusieurs années (acuité visuelle, fond d'œil, OCT et angiographie si nécessaire). Dans certains cas, les anti-VEGF peuvent être associés à d'autres traitements, comme la photothérapie dynamique (PDT : injection intraveineuse de vertéporphine, produit photosensibilisant qui se fixe sur les néovaisseaux de la DMLA, puis application de laser « froid » pour occlure ces néovaisseaux), ou des corticoïdes en intra-vitréen (apparentés à la cortisone), qui agissent contre l'inflammation, l'œdème et la prolifération néovasculaire. De nombreux autres protocoles sont à l'étude¹¹.

Du fait de ses inconvénients, le laser « thermique » n'est quasiment plus utilisé.

La chirurgie est réservée à certaines complications.

Enfin, en cas de malvoyance, des dispositifs implantables, de type rétine artificielle ou système grossissant sont également à l'étude.

A ce jour, aucune thérapeutique ne permet de prévenir le développement de la DMLA atrophique mais une surveillance est indispensable pour traiter à temps les complications et accompagner les patients malvoyants, dans le cadre notamment de la rééducation basse vision.

◆ ***La rééducation basse vision pour conserver son autonomie***

Travail au long cours, mais efficace, la rééducation basse vision apprend aux personnes motivées dont la vision centrale a fortement et définitivement chuté, à exploiter au mieux leurs possibilités visuelles, en développant notamment leur vision périphérique, afin d'améliorer leur qualité de vie et de conserver la meilleure autonomie possible. Fondée sur un projet individualisé, elle peut être réalisée dans des centres dédiés, par des équipes pluridisciplinaires, ou en ville dans le cadre d'une collaboration entre ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens spécialisés.

5 Le bien-fondé du dépistage

A propos du dépistage en général, dont l'OMS a défini plusieurs types, la Haute Autorité de Santé précise que l'examen s'adresse à des « personnes *a priori* en bonne santé, car ne présentant pas de signes de la maladie. Il est une étape avant le diagnostic de certitude. Les outils utilisés pour le dépistage sont parfois différents des examens diagnostiques, car ils doivent pouvoir être utilisés sans risque sur de larges populations à un coût unitaire faible. » Ils permettent de distinguer, « les sujets probablement sains des sujets probablement malades », lesquels « seront ensuite (...) soumis à d'autres tests » pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

En 2004 l'Anaes établissait les critères qui permettent de juger de la pertinence d'un programme de dépistage, dont :

- les répercussions de la maladie sur l'individu et la société, en termes notamment de morbidité et d'impact socio-économique ;
- l'épidémiologie et l'histoire naturelle de la maladie, y compris le développement de la maladie du stade latent au stade déclaré ;
- les interventions de prévention primaire pouvant être mises en œuvre ;
- un test de dépistage simple, fiable, reproductible, valide, disponible et acceptable pour une population asymptomatique ;
- un accord dans la communauté scientifique sur les investigations diagnostiques à poursuivre chez les personnes dont le test est positif ;
- l'intervention envisagée chez les patients identifiés par le dépistage qui doit être efficace et apporter de meilleurs résultats qu'une intervention plus tardive.

(...)

Ces points s'appliquent à la DMLA car :

- les répercussions socioéconomiques de la déficience visuelle sont importantes. Outre le coût des soins et de la rééducation, les coûts liés à la perte de productivité des patients actifs ou à la dépendance des personnes âgées sont élevés¹² ;
- c'est une maladie fréquente, dont la prévalence devrait doubler en 30 ans, et qui évolue plusieurs années silencieusement ;
- il existe des moyens de prévention validés (AREDS) ;
- l'examen du fond d'œil, avec ou sans rétinographie, est simple, non invasif, peu coûteux et reproductible ;
- le diagnostic de certitude repose sur l'OCT et les angiographies ;
- l'intérêt des antiVEGF est démontré, et ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont administrés tôt, avant l'installation de lésions irréversibles.

Même en l'absence de symptôme, il est recommandé d'effectuer un examen ophtalmologique tous les deux ans à partir de 45 ans et jusqu'à 55 ans, puis tous les ans au-delà de 55-60 ans.

❖ Témoignages

◆ ***Pour que les lésions du premier œil ne passent plus inaperçues***

En 2005, Michèle D., domiciliée en région parisienne, est âgée de 71 ans. Elle constate par hasard, en frottant l'autre œil qui était irrité, une baisse importante de la luminosité de l'œil gauche. En consultation d'ophtalmologie, le diagnostic de DMLA humide est posé, suivi d'une photothérapie dynamique à la visudyne, traitement de référence à ce moment. L'atteinte de l'autre œil, annoncée au plus tard dans les cinq ans par l'ophtalmologiste, s'est déclarée en 2006. Après plusieurs injections intravitréennes de ranibizumab, l'acuité visuelle à droite comme à gauche est aujourd'hui de l'ordre de 1/10^{ème}. Mme D. suit des séances d'orthoptie pour apprendre à utiliser au mieux son potentiel visuel mais demeure très gênée au quotidien.

« *La DMLA ne se manifeste pas de la même façon chez toutes les personnes. Je n'ai par exemple jamais constaté cette tache noire dont parlent les spots télévisés mais plutôt des lettres manquantes dans les mots, un flou visuel et des déformations des lignes droites* » explique cet ancien professeur de biologie, curieuse de savoir où en sont les recherches en génétique concernant sa maladie. « *Surtout il faut insister auprès des gens pour qu'ils passent un examen ophtalmologique dès qu'un trouble visuel apparaît* » souligne-t-elle. « *Pour ma part, je voyais moins bien les signaux lumineux des passages piétons, ce peut donc être un signe. En cas de DMLA il faut se faire suivre et se faire traiter, je l'ai fait, mais il faut tout de même savoir que toutes les DMLA ne réagissent pas de la même façon. Certaines formes résistent au traitement et il n'y a pas de solution miracle* », déplore-t-elle. « *Ma mère m'a transmis sa DMLA, mes enfants se font dépister régulièrement* » conclut Mme D.

◆ ***Pour sauver des vues, lutter contre les idées reçues***

Mme Joëlle Dumas, attachée de recherche clinique, CHU Henri Mondor, Créteil, a participé à toutes les campagnes de dépistage organisées depuis cinq ans par l'Association DMLA et ses partenaires. Elle se souvient combien les centres itinérants, qui sillonnaient la France, avaient atteint leur cible ; « *les gens n'hésitaient pas à se déplacer et appréciaient particulièrement que nous venions à leur rencontre, dans leur région, heureux de ne pas être oubliés* » explique-t-elle.

Les journées de dépistage telles qu'elles se pratiquent désormais, notamment au cabinet des ophtalmologistes, demandent un effort de communication supplémentaire pour sensibiliser efficacement l'ensemble de la population. En effet, « *les expériences passées ont montré que l'information n'était pas toujours bien comprise. Résultat, certains ophtalmologistes n'ont reçu que très peu de personnes ou des patients qui consultaient pour tout autre motif que la DMLA* », commente Mme Dumas.

« Notre expérience à l'hôpital a montré les multiples avantages de ces campagnes :

- avant tout éradiquer l'idée, qui résiste malheureusement encore, qui voudrait que les DMLA soient une fatalité contre laquelle on ne peut rien ;
- identifier suffisamment tôt des DMLA accessibles au traitement, avant que les symptômes n'apparaissent et que les lésions ne soient trop évoluées ;
- informer, conseiller les personnes pour lesquelles nous n'avons pas encore de thérapeutique curative à proposer, et répondre à leurs questions ;
- entamer un suivi, nécessaire dans tous les cas, en collaboration avec l'ophtalmologiste traitant ;
- inciter la famille, notamment les enfants des personnes atteintes de DMLA, à bénéficier d'un dépistage, connaissant le rôle de la génétique dans cette maladie ;
- éviter les errances des personnes atteintes en les orientant d'emblée vers un circuit de soins spécialisés, car gain de temps rime bien souvent avec gain de vue ;
- « fidéliser » des personnes indemnes mais qui chaque année se font dépister ;
- sensibiliser le personnel de l'établissement de santé ;
- identifier d'autres maladies ou lésions oculaires qui nécessitent un traitement et/ou un suivi », conclut-elle.

◆ ***Pour que les familles prennent conscience de leur propre risque de DMLA***

Mme B., 68 ans, raconte l'histoire de sa mère, aujourd'hui âgée de 97 ans, qui vit en Bretagne. « La DMLA « humide » de ma mère s'est déclarée alors qu'elle avait 90 ans. Sa mauvaise vision l'a poussée à consulter. Un œil puis l'autre ont été atteints, traités à l'époque par plusieurs séances de photothérapie dynamique (PDT) à la visudyne. Après des complications hémorragiques, elle ne voit plus suffisamment pour lire, écrire ou regarder la télévision. En revanche elle nous étonne, car en orientant son regard d'une certaine façon elle est capable de repérer une tache sur un vêtement ! En effet, l'ophtalmologiste l'avait rassurée en lui disant qu'elle ne serait jamais aveugle », explique-t-elle.

Cette personne, dont la vision centrale est très dégradée, a spontanément appris à utiliser sa vision périphérique, saine. Un entourage mal informé pourrait donc croire qu'elle exagère ses problèmes de vue. Les patients qui sont dans cette situation se sentent parfois mal compris.

Mme B. ne connaît que depuis peu le caractère volontiers familial de la DMLA et les progrès diagnostiques et thérapeutiques de ces dernières années. Elle s'est déclarée intéressée par les possibilités de dépistage offertes par les journées DMLA et en informera son frère.

◆ **Pour améliorer l'information du public**

Dr Véronique Pagot-Mathis, ophtalmologiste au centre de la rétine du CHU de Toulouse évoque son expérience de la campagne 2010.

« Pour que les journées de dépistage de la DMLA soient un succès, la population doit être bien informée en amont. L'an dernier, relativement peu de personnes ont consulté à cette occasion au centre de la rétine de Toulouse. Soit les gens n'étaient pas suffisamment au courant, soit les affiches annonçant la campagne n'ont pas joué leur rôle, soit les travaux aux abords du CHU en ont rendu l'accès trop difficile.

Suite à cela, je pense que l'information a d'autant plus de chances d'atteindre sa cible qu'elle transite par la presse locale et régionale. Il me paraît important d'insister concrètement sur le déroulement du dépistage en indiquant notamment les dates, lieux et horaires précis auxquels les personnes qui le souhaitent pourront se présenter. Elles bénéficieront d'une consultation gratuite au cours de laquelle un examen du fond de l'œil sera réalisé. Ni dilatation de la pupille, ni précaution particulière ne sont nécessaires pour ce dépistage.

Enfin, les médecins généralistes me semblent les mieux placés pour relayer l'information » a estimé la spécialiste.

◆ **Pour limiter les lésions sur le premier œil**

« En 2010, j'ai reçu plus de demandes de dépistage que les années précédentes, soit une quinzaine de personnes par jour pendant la semaine dédiée » constate le Dr Wilfried Roquet, ophtalmologiste à Clermont-Ferrand. « L'examen du fond d'œil ne demande que quelques minutes. Soit il est normal et les patients repartent rassurés jusqu'à l'année suivante, soit il révèle des précurseurs de la DMLA et nous prenons rendez-vous pour une surveillance adaptée, soit enfin il découvre une DMLA avérée. Dans ce cas des examens complémentaires sont indiqués qui détermineront s'il faut ou non débuter un traitement » résume le spécialiste. « Si aucun dépistage n'est effectué, faute d'information, la plupart des personnes consultent alors que les lésions et la baisse de la vision sont déjà évoluées sur le premier œil atteint, ce qui assombrit le pronostic visuel ». En effet, si l'autre œil voit encore bien, il compense cette baisse de vision qui peut longtemps passer inaperçue. « Lorsque le deuxième œil est atteint à son tour, les patients consultent plus rapidement car ils sont informés et plus attentifs. Le pronostic visuel est meilleur. Le dépistage est donc très important pour préserver le premier œil » poursuit l'ophtalmologiste qui conclut « je souhaite bien sûr poursuivre ces campagnes de dépistage de la DMLA, essentielles pour l'avenir de nos patients ».

Les experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) planchent encore actuellement sur le thème « *DMLA : prise en charge diagnostique et thérapeutique* ». La publication de ce travail, débuté en 2009, est prévue pour septembre 2011.

6 Les acteurs de la campagne

❖ L'Association DMLA

www.association-dmla.com



Ecouter, Informer et Soutenir

Depuis sa création, en 2004, l'Association DMLA a créé :

- Un **N° Vert (0 800 880 660)** destiné aux patients, qui leur donne accès à un secrétariat permanent, un soutien psychologique téléphonique hebdomadaire (sur rendez-vous), des permanences médicales téléphoniques hebdomadaires (sur rendez-vous).
- Un journal trimestriel qui compile l'actualité de la DMLA et des informations utiles.
- Le « Club des bénévoles », constitué des membres adhérents les plus actifs, volontaires bénévoles au service des patients.
- Le groupe « Vision DMLA », composé d'opticiens et orthoptistes compétents en basse vision, spécialisés dans la DMLA.
- Le CD-MLA. Les réponses aux 40 questions les plus fréquemment posées au numéro vert ont été regroupées dans un CD audio, distribué gracieusement aux adhérents de l'Association DMLA.

Enseignement et recherche

- Le Réseau DMLA compte plus d'une centaine d'ophtalmologistes de l'Association DMLA, spécialistes de cette pathologie, répartis sur toute la France.
- En 2007, l'Association DMLA a lancé la première campagne nationale d'information et de dépistage de la DMLA, sous le haut patronage du ministère de la santé, en partenariat avec la SFO et le SNOF. Depuis, elle organise chaque année les journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA, qui se tiennent à la fin du mois de juin.

Depuis 2008, l'Association DMLA décerne chaque année un prix Gabriel Coscas, destiné à récompenser des travaux originaux sur la DMLA. La bourse de subvention à la recherche de l'Association DMLA a pour objectif de soutenir des travaux portant exclusivement sur la DMLA. Les dossiers de candidature sont expertisés par le comité scientifique de l'Association.

❖ La SFO

www.sfo.asso.fr



Fondée en 1883, et reconnue d'utilité publique en 1927, la Société Française d'Ophtalmologie a pour but « l'étude de toutes questions ayant trait à l'appareil visuel et aux maladies des yeux ainsi que l'organisation de la Formation Médicale Continue et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. » Elle tient des réunions annuelles et, depuis 1890, élabore chaque année un rapport. Le rapport 2007, coordonné par Le Pr

Gisèle Soubrane, était consacré aux DMLA. La SFO publie, depuis 1986, la revue mensuelle

«Ophtalmologie».

Avec ses 6 673 membres, dont 4 280 Français et 2 393 étrangers, la SFO est devenue, en 1998, la plus importante Société Francophone Internationale d'Ophtalmologie.

La SFO est la plus ancienne des sociétés savantes françaises, et, forte de 7 000 membres, la deuxième société mondiale dans sa spécialité. Elle œuvre pour la mise en place de bonnes pratiques médicales et des programmes de formation médicale continue. Elle représente aussi un interlocuteur privilégié des autorités de tutelle médicales, notamment de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Elle favorise et développe les initiatives en faveur de la prévention et de l'information du public, notamment :

- elle parraine depuis 2007 la campagne annuelle d'information et de dépistage de la DMLA, avec l'association DMLA et d'autres acteurs ;
- elle organise des journées "portes ouvertes", dans le cadre de son congrès annuel, en mai à Paris ;
- elle édite des fiches d'information des patients pour les traitements et explorations en ophtalmologie.

❖ Le SNOF

www.snof.org



Le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), défend, en France, l'ensemble des intérêts matériels et moraux des médecins ophtalmologistes et de l'ophtalmologie, qu'il représente. Proportionnellement, il arrive en tête des syndicats médicaux, puisqu'en 2008, 60 % de la profession y adhéraient.

L'action du SNOF rayonne dans cinq directions :

- améliorer la communication envers les patients et le public, en mettant en exergue le large domaine de compétences des ophtalmologistes, et leurs valeurs ;
- réaffirmer les composantes de cette spécialité que sont l'optique, l'étude de la réfraction oculaire⁽¹⁾, l'adaptation des lentilles de contact, la médecine et la chirurgie ;
- faire prendre conscience aux pouvoirs publics des réels besoins en ophtalmologistes de notre pays pour qu'ils attribuent le nombre de postes nécessaires à cette spécialité ;
- optimiser et étendre la délégation des tâches aux orthoptistes (décret de 2007) ;
- améliorer les conditions d'exercice de l'ophtalmologie, tout en les adaptant à l'évolution et aux demandes de la société.

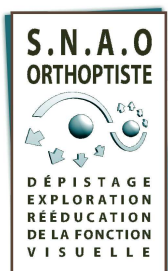
Le SNOF, dont les seules ressources proviennent des cotisations, fonctionne grâce à une douzaine d'ophtalmologistes bénévoles, qui s'investissent sans compter. Le Dr Jean-Bernard Rottier, président actuel, est entouré d'un bureau dont les membres exercent dans toute la France.

Le SNOF a agi et poursuit son action également dans bien d'autres domaines, notamment pour :

- la certification qualité ISO 9001 des cabinets d'ophtalmologie ;
- l'obtention pour les patients de l'accès direct spécifique à cette spécialité (dérogation à l'obligation de passer par le médecin traitant) ;
- la participation active à toutes les campagnes de dépistage des maladies oculaires ;
- le traitement de nombreux dossiers, tels par exemple la filière visuelle en France.

⁽¹⁾*Réfraction oculaire : déviation par l'œil des rayons lumineux. En ophtalmologie, la mesure de la réfraction oculaire permet de définir le cas échéant le degré de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et/ou de presbytie d'une personne, et ainsi de lui prescrire une correction optique si nécessaire (lunettes...).*

❖ Le Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)



Le SNAO est le premier syndicat représentatif des orthoptistes.

Premier historiquement puisque sa création date du 27 janvier 1959, mais aussi premier en nombre d'adhérents avec un taux de syndicalisation avoisinant les 50% des professionnels libéraux.

C'est sous l'impulsion de sa présidente de l'époque, Marie-Hélène Abadie et de sa vice-présidente et future directeur scientifique, Marie-France Clenet, que fut créé en 1985 un organisme de formation continue, l'UNRIO, qui a sensibilisé premier les orthoptistes à la prise en charge des personnes malvoyantes en particulier des patients atteints de DMLA.

La réadaptation des patients malvoyants connu, au cours des années, une « montée en puissance » régulière et de plus en plus d'orthoptistes vinrent se former.

En parallèle, le SNAO a réclamé une prise en charge par l'assurance maladie afin que les patients, déjà fort désorientés par leur pathologie, puissent obtenir un remboursement et que les orthoptistes puissent être rémunérés pour cette prise en charge particulière.

Après la mise en place de système provisoire, le SNAO a enfin obtenu la création d'une nomenclature Basse Vision en 2000.

Le Décret n°20071671 du 27 novembre 2007 (paru au JO du 28 novembre 2007) fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes stipule : « (les orthoptistes sont) habilités à effectuer des actes de rééducation de la vision fonctionnelle chez les personnes atteintes de déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle ».

Actuellement, de très nombreux orthoptistes découvrent, approfondissent et poursuivent leurs formations sur la Basse Vision et accueillent toujours plus de patients malvoyants au sein de leurs cabinets et dans les différentes structures médicales et médico-sociales.

Les orthoptistes comptent parmi les professionnels, au sein de la filière visuelle communément appelée les 3 « O » (ophtalmologistes – orthoptistes – opticiens), qui ont des contacts prolongés avec les patients malvoyants puisqu'ils les reçoivent pour des séries de rééducation de 10 à 15 séances qui durent de 40 minutes à 1 heure chacune.

Ils peuvent, tout en pratiquant les actes orthoptiques nécessaires, informer, rassurer, expliquer, soutenir, conseiller leurs patients.



www.novartis.fr

Le laboratoire Novartis, partenaire de l'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) pour l'accès à la santé, est un leader mondial dans l'offre de médicaments. Son objectif est de découvrir, de développer et de commercialiser des produits innovants pour traiter les patients, soulager la douleur et améliorer la qualité de vie.

Le Groupe Novartis emploie plus de 99 000 collaborateurs et déploie ses activités dans plus de 140 pays.

Dans le domaine de la DMLA, Novartis a développé et commercialise la Vertéporfine, utilisée pour la photothérapie dynamique, ainsi que le ranibizumab. Cet anti-VEGF est le premier traitement à s'être montré capable, non seulement de stabiliser les formes exsudatives, mais aussi, dans certains cas, d'améliorer l'acuité visuelle des patients.

Le site www.dmlainfo.fr est édité par le Laboratoire Novartis Pharma S.A.S. Il a pour but d'informer sur la dégénérescence maculaire liée à l'âge et les moyens d'y faire face (vidéos, quiz, brochure et magazine en ligne, conseils d'aménagement du domicile pour les patients, à travers la visite de la maison virtuelle...).

Chaque année depuis 2007, Novartis s'engage dans les campagnes et les journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA.



www.bausch.fr

Bausch & Lomb est une société internationale d'optique et d'ophtalmologie qui regroupe trois divisions : les lentilles de contact, la chirurgie et la pharmacie.

Elle emploie plus de 13 000 personnes dans 40 pays, dont 600 collaborateurs en France.

Engagé dans la lutte contre le vieillissement oculaire, le laboratoire Bausch & Lomb s'est impliqué activement dans les études cliniques AREDS 1 et 2, CARMA et NAT 2. Partenaire de l'Association DMLA, il participe à l'information des patients (campagnes d'information et de dépistage, brochures...). Grâce à sa collaboration avec un groupe d'experts en micro-nutrition oculaire (GEMO), il apporte aux médecins des informations fondées sur des données scientifiques actualisées. Ces dernières servent également de base à la formulation de ses compléments alimentaires conçus pour répondre aux trois principaux labels de qualité que sont FloraGlo pour la lutéine, Quality Silver pour la qualité des huiles, EPAX pour les oméga 3 issus du poisson.

Chaque année depuis 2007, Bausch & Lomb s'engage dans les campagnes et les journées nationales d'information et de dépistage de la DMLA



NOVALIS rassemble l'offre des produits et services du Groupe NOVALIS TAITBOUT, acteur majeur de la protection sociale en France (retraite, prévoyance, santé épargne).

Il compte aujourd'hui 2 200 collaborateurs, répartis sur près de 30 sites en France et dans les TOM (Centres de gestion et Délégations commerciales). Le Groupe se distingue par son offre complète de protection sociale pour les salariés expatriés.

Le Groupe NOVALIS TAITBOUT se compose de :

- deux institutions de retraite ARRCO – **Nov. RS, CIRSIC** – et de deux institutions de retraite AGIRC – **Nov. RC, CIRCIA** ;
- deux institutions de retraite ARRCO et AGIRC dédiées à la protection sociale des salariés expatriés : la **CRE** et l'**IRCAFEX** ;
- une institution de prévoyance, **NOVALIS Prévoyance**.

Le Groupe NOVALIS TAITBOUT comprend par ailleurs une société de courtage d'assurances et de prestations de services, **TAITBOUT Pluriel**. **NOVALIS Prévoyance** est membre du groupement paritaire de prévoyance **NETIMA** et détient majoritairement le capital de la société d'assurance **ÉTIKA**.

NOVALIS regroupe également, sous la gamme **NOVALIS Mobilité**, l'ensemble des offres du Groupe dédiées aux expatriés (CRE et IRCAFEX pour la retraite complémentaire, NOVALIS Prévoyance en santé et prévoyance).

Le Groupe NOVALIS TAITBOUT en chiffres :

Retraite : 3^{ème} rang en retraite complémentaire – 3 828 300 actifs et retraités – 162 300 entreprises - 5 745 M€ de cotisations encaissées

Assurance de Personnes : 5^{ème} groupe paritaire en Assurance de personnes – 776 500 actifs et retraités – 20 100 entreprises - 1 061 M€ de cotisations encaissées - 726 M€ de prestations versées (Hors charges de provision)

Références clients :

Accor, Afpa, Air France - KLM, Air Calédonie, Air Tahiti, Alcatel-Lucent, Alstom, Areva, Atos, Auchan, Banques Populaires, BHV, Caisses d'Épargne, Calberson, CCI, CEA, Chanel, Coca-Cola, Cofinoga, Electricité et Eau de Calédonie, France Telecom, IBM, JCDecaux, Koné, LCL, Legrand, LVMH, Monnoyeur, Natixis, Nexans, NRJ, Otis, Primagaz, Safran, Samsung, Savelys, Schlumberger, Shell, Siemens, Sony, Thales, Total, Truffaut, 3M France, UCPA, United Airlines, Walt Disney Company, Yves Saint-Laurent Parfums...

NOVALIS TAITBOUT

6 rue Bouchardon – 75495 PARIS CEDEX 10

www.novalistaitbout.com

Contact presse :

Annie Boucq

01 58 82 57 90

annie.boucq@novalistaitbout.com

Références

- ¹ Delcourt C. et al. Smoking and age-related macular degeneration. The POLA Study. Arch Ophthalmol. 1998 Aug;116(8):1031-5.
- ² Augood CA et al. Prevalence of age-related maculopathy in older Europeans: the European Eye Study (EUREYE). Arch Ophthalmol. 2006 Apr;124(4):529-35.
- ³ Friedman DS et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. Arch Ophthalmol. 2004 Apr;122(4):564-72.
- ⁴ Soubrane G. Les DMLAs. Société Française d'Ophtalmologie, Paris, 2007. Elsevier Masson. p.101-110
- ⁵ Kaneko H, DICER1 deficit induces Alu RNA toxicity in age-related macular degeneration. Nature. 2011 Mar 17;471(7338):325-30. Epub 2011 Feb 6.
- ⁶ Clemons TE et al. Ophthalmology. 2005 Apr;112(4):533-9. Risk factors for the incidence of Advanced ARMD in the AREDS. AREDS report no. 19.
- ⁷ A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for ARMD and vision loss. AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol. 2001 Oct;119(10):1417-36.
- ⁸ SanGiovanni JP et al. The relationship of dietary carotenoid and vitamin A, E, and C intake with ARMD in a case-control study: AREDS Report No. 22. Arch Ophthalmol. 2007 Sep;125(9):1225-32.
- ⁹ Sangiovanni JP et al. {omega}-3 LCPUFA intake and 12-y incidence of neovascular ARMD and central geographic atrophy: AREDS report 30, a prospective cohort study from the AREDS. Am J Clin Nutr. 2009 Dec;90(6):1601-7. Epub 2009 Oct 7.
- ¹⁰ Bonnes Pratiques d'injection intra vitréenne (IVT) - Afssaps Mise au point 11/02/2011
- ¹¹ Lettre de l'Association DMLA N°21/Janvier 2011, p.4
- ¹² Traitements de la DMLA, évaluation économique. ANAES, 2001.

Pour en savoir plus :

- Association DMLA : <http://www.association-dmla.com/>
- Société Française d'Ophtalmologie : <http://www.sfo.asso.fr>
- Journées 2010 de dépistage de la DMLA : www.journees-dmla.fr
- Information sur la DMLA, laboratoire Novartis : www.dmlainfo.fr

.....
SOPHIE MATOS

TÉL : +33 (0)1 46 99 69 69
MOBILE : +33 (0)6 11 21 44 89
FAX : +33 (0)1 46 99 69 68
.....
sophie.matos@pressepapiers.fr
.....