



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2016

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Prise en charge des affections ophtalmologiques aiguës sans facteur de gravité en soin primaire en France : état des lieux de la prescription d'une l'antibiothérapie locale**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 2016 à 18h00  
au Pôle Formation  
**Par Nicolas Gosset**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean François ROULAND**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Ariane LEROYER**

**Monsieur le Docteur Christophe BERKHOUT**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Gonzague FACON**

---

## Liste des abréviations utilisées

**AFSSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

**BAV** : Baisse d'Acuité Visuelle

**CGP** : Conjonctivite Giganto-Papillaire

**HHV** : Human Herpes Virus

**IV** : Intra-Veineux

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologique

**RAA** : Rhumatisme Articulaire Aigu

**VZV** : Varicel Zoster Virus

## Table des matières

Table des matières .....	1
INTRODUCTION .....	4
<b>I. GENERALITES : LES AFFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES AIGÛES AVEC OEIL ROUGE DOULOUREUX SANS BAISSSE D'ACUITE VISUELLE FRANCHE SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RETROUVEES EN SOIN PRIMAIRE.....</b>	<b>5</b>
<b>I.1 Rappels anatomiques.....</b>	<b>5</b>
<b>I.2 Définition des facteurs de gravité potentiellement retrouvés orientant vers une prise en charge spécialisée.....</b>	<b>6</b>
<b>I.2.1 Baisse d'acuité visuelle et scotome.....</b>	<b>6</b>
<b>I.2.2 Traumatismes .....</b>	<b>7</b>
<b>I.2.3 Post-chirurgical.....</b>	<b>7</b>
<b>I.2.4 Anomalie de fermeture des paupières .....</b>	<b>7</b>
<b>I.2.5 Autres .....</b>	<b>7</b>
<b>I.3 Conjonctivites aiguës .....</b>	<b>8</b>
<b>I.3.1 Infectieuses .....</b>	<b>8</b>
<i>I.3.1.1 Virales .....</i>	<i>8</i>
<i>I.3.1.2 Bactériennes .....</i>	<i>8</i>
<i>I.3.1.3 Parasitaires .....</i>	<i>9</i>
<b>I.3.2 Immunoallergiques .....</b>	<b>10</b>
<i>I.3.2.1 Processus allergiques .....</i>	<i>10</i>
<i>I.3.2.2 Pathologies auto-immunes .....</i>	<i>11</i>
<i>I.3.2.3 Conjonctivite gigantomégaénaire (CGP) .....</i>	<i>11</i>
<b>I.4 Kératites aiguës et kérato-conjonctivites aiguës .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4.1 Kératites sèches .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4.2 Infectieuses .....</b>	<b>13</b>
<i>I.4.2.1 Herpès Simplex.....</i>	<i>13</i>
<i>I.4.2.2 Varicelle Zona .....</i>	<i>14</i>
<i>I.4.2.3 Bactériennes .....</i>	<i>14</i>
<i>I.4.2.4 Kératomycoses .....</i>	<i>15</i>
<b>I.4.3 Traumatiques .....</b>	<b>16</b>
<i>I.4.3.1 Mécaniques .....</i>	<i>16</i>
<i>I.4.3.2 Brûlures .....</i>	<i>16</i>
<b>I.4.4 Photokératite .....</b>	<b>17</b>
<b>I.4.5 Kératites d'origine allergique .....</b>	<b>17</b>
<i>I.4.5.1 Vernale.....</i>	<i>17</i>
<i>I.4.5.2 Atopique .....</i>	<i>18</i>
<b>I.5 Glaucome aigu par Fermeture de l'Angle (GAFA) .....</b>	<b>18</b>
<b>I.6 Les atteintes palpébrales : Blépharites aiguës.....</b>	<b>19</b>
<b>I.6.1 Blépharites infectieuses .....</b>	<b>19</b>
<i>I.6.1.1 Virales .....</i>	<i>19</i>
<i>I.6.1.1.1 A Varicelle Zona Virus .....</i>	<i>19</i>

I.6.1.1.2	Herpétiques .....	20
I.6.1.1.3	Molluscum contagiosum .....	20
I.6.1.2	Bactériennes .....	21
I.6.1.3	Parasitaires .....	21
I.6.1.4	Mycosiques .....	22
<b>I.6.2</b>	<b>Blépharites inflammatoires</b> .....	<b>22</b>
I.6.2.1	Rosacée oculaire .....	22
I.6.2.2	Allergiques.....	23
I.6.2.3	Auto-immunes .....	23
<b>I.6.3</b>	<b>Chalazion</b> .....	<b>24</b>
<b>I.6.4</b>	<b>Orgelet</b> .....	<b>24</b>
<b>I.7</b>	<b>Les atteintes traumatiques</b> .....	<b>25</b>
<b>I.7.1</b>	<b>Corps étrangers intraoculaires</b> .....	<b>25</b>
<b>I.7.2</b>	<b>Brûlures thermiques et chimiques</b> .....	<b>25</b>
<b>I.8</b>	<b>Hémorragies sous-conjonctivales</b> .....	<b>25</b>
<b>I.9</b>	<b>Les uvéites aiguës (symptomatologie depuis moins de 3 mois)</b> .....	<b>26</b>
<b>I.9.1</b>	<b>Liées à HLA-B27</b> .....	<b>26</b>
<b>I.9.2</b>	<b>Rhumatismales et maladies de système</b> .....	<b>27</b>
<b>I.9.3</b>	<b>Maladies de système.</b> .....	<b>27</b>
I.9.3.1	Sarcoïdose .....	27
I.9.3.2	Maladie de Behçet.....	28
<b>I.9.4</b>	<b>Infectieuses</b> .....	<b>28</b>
I.9.4.1	Virales .....	28
I.9.4.2	Bactériennes .....	29
I.9.4.3	Parasitaires et fongiques.....	29
<b>I.9.5</b>	<b>Uvéites post streptococciques</b> .....	<b>29</b>
<b>I.9.6</b>	<b>Post traumatiques</b> .....	<b>30</b>
<b>II</b>	<b>DÉMOGRAPHIE MÉDICALE NATIONALE ET DANS LE NORD PAS DE CALAIS</b> ...	<b>30</b>
<b>II.1</b>	<b>En médecine générale</b> .....	<b>31</b>
<b>II.2</b>	<b>En ophtalmologie</b> .....	<b>31</b>
<b>II.3</b>	<b>Projections</b> .....	<b>32</b>
<b>II.3.1</b>	<b>En médecine générale</b> .....	<b>32</b>
<b>II.3.2</b>	<b>En ophtalmologie</b> .....	<b>32</b>
<b>II.3.3</b>	<b>Synergie des deux spécialités : deux démographies distinctes</b> .....	<b>32</b>
<b>III</b>	<b>ÉTUDE DES PRISES EN CHARGES EN SOINS PRIMAIRES DES AFFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES AIGUËS SANS SIGNE DE GRAVITÉ</b> .....	<b>33</b>
<b>III.1</b>	<b>Matériel et méthode</b> .....	<b>33</b>
<b>III.1.1</b>	<b>Objectifs de l'étude</b> .....	<b>33</b>
III.1.1.1	Objectif principal.....	33
III.1.1.2	Objectifs secondaires .....	33
<b>III.1.2</b>	<b>Méthode</b> .....	<b>33</b>
III.1.2.1	Type d'étude .....	33
III.1.2.2	Population étudiée.....	34
III.1.2.3	Critères de représentativité .....	34

<b>III.1.3 Déroulement de l'étude</b> .....	34
<b>III.1.4 Construction du questionnaire</b> .....	36
<b>III.2 Résultats</b> .....	37
<b>III.2.1 Analyses descriptives de la base de données</b> .....	37
<i>III.2.1.1 Relation aux spécialistes ophtalmologues</i> .....	37
<i>III.2.1.2 Matériel diagnostic</i> .....	38
<i>III.2.1.3 Activité thérapeutique</i> .....	39
<b>III.2.2 Régression logistique</b> .....	43
<i>III.2.2.1 Méthodologie d'analyse</i> .....	43
<i>III.2.2.2 Résultats</i> .....	45
<b>III.3 Rappels des recommandations de bonne pratique</b> .....	48
<b>III.4 Discussion : Écarts avec la pratique quotidienne en soins primaire, motivations des praticiens.</b> .....	49
<b>III.4.1 Inconvénients des traitements locaux</b> .....	49
<i>III.4.1.1 Survenue de résistances aux molécules antibiotiques</i> .....	49
<i>III.4.1.2 Toxicité oculaire et générale</i> .....	50
<i>III.4.1.3 Sensibilisation immunologique et manifestations allergiques</i> .....	51
III.4.1.3.1 Aux molécules antibiotiques .....	51
III.4.1.3.2 Aux excipients .....	51
<b>III.4.2 Inconvénients de la corticothérapie locale</b> .....	51
<b>III.4.3 Motivation des praticiens</b> .....	52
<b>CONCLUSION</b> .....	55
<b>BIBLIOGRAPHIES</b> .....	56
<b>ANNEXES</b> .....	63
<b>SCHEMA ANATOMIQUE DU GLOBE OCULAIRE EN COUPE SAGITTALE</b> .....	63
<b>QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PRATICIENS DE L'ECHANTILLON ETUDIE</b> .....	64

## INTRODUCTION

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a publié en juillet 2004 une recommandation quant à la prescription d'une antibiothérapie locale dans les infections oculaires superficielles. Elle statuait alors sur une utilisation raisonnée et parcimonieuse, certaines infections devant alors être traitées sans antibiothérapie dans les cas où elles ne sont pas associées à des signes de gravité (1).

Tout en ayant connaissance de ces recommandations, à travers mon activité de médecin remplaçant, et en reprenant les traitements habituellement prescrits au sein des cabinets où j'ai exercé, il m'a été donné de constater fréquemment l'application de pratiques différentes avec des prescriptions d'antibiothérapie locales ainsi qu'une demande importante venant des patients eux-mêmes.

Cette pratique est-elle superposable à celle de l'ensemble des médecins généralistes ? Si tel est le cas, quels seraient les facteurs favorisant cette prescription ?

Pour répondre à ces questions, Nous avons réalisé une étude auprès de 330 médecins généralistes de France métropolitaine, en leur demandant de décrire leur pratique et le contexte au sein duquel ils exercent.

Après un rapide rappel anatomique de l'œil, nous décrirons tout d'abord les signes de gravité influant sur la prise en charge et la prescription d'une antibiothérapie locale, et pouvant être rencontrés devant un œil rouge aigu douloureux.

Nous présenterons ensuite les principales étiologies d'œil rouge aigu douloureux généralement retrouvées en médecine de ville.

Nous ferons également un bref état des lieux démographique des populations de médecins généralistes et d'ophtalmologues en France métropolitaine et dans la région Nord Pas de Calais.

Enfin, à l'aide de données statistiques, nous tenterons de décrire les facteurs favorisant l'application de ces pratiques thérapeutiques pour ensuite mettre en lumière l'existence d'autres champs d'étude à considérer.

# **I. GENERALITES : LES AFFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES AIGÛES AVEC OEIL ROUGE DOULOUREUX SANS BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE FRANCHE SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RETROUVEES EN SOIN PRIMAIRE**

## **I.1 Rappels anatomiques**

Le globe oculaire peut être décrit comme un ensemble de trois tuniques :

La plus périphérique étant la sclérotique formant dans sa partie antérieure la cornée.

L'uvée forme la tunique intermédiaire, elle est constituée dans sa partie postérieure par la choroïde, et par l'iris et le corps ciliaire dans sa partie antérieure.

Enfin la tunique profonde est constituée par la rétine.

On compte trois milieux transparents au sein du globe oculaire :

- le vitré, entre le cristallin et la rétine, le plus volumineux de tous.
- l'humeur aqueuse de part et d'autre de l'iris, entre la cornée et le cristallin,
- le cristallin,

On compartimente également l'œil en deux segments :

- le segment antérieur comprenant la cornée, l'humeur aqueuse, l'uvée et le cristallin.
- le segment postérieur comprenant le vitré la rétine, la choroïde (dans sa partie postérieure et la sclérotique).

Les annexes de l'œil sont les suivantes :

- les paupières supérieure et inférieure
- l'orbite
- les muscles oculomoteurs au nombre de six
- le muscle releveur de la paupière
- la glande lacrymale.

[Cf. ANNEXE 1]

L'œil est un organe difficile d'accès sur le plan diagnostique en médecine générale de ville. En effet seuls les paupières la cornée et l'iris sont accessibles à l'inspection direct. Les médecins généralistes ne disposent pas systématiquement du matériel permettant d'approfondir cet examen. Du fait de cette configuration anatomique, seule la partie antérieure du segment antérieur de l'œil pourra-t-être examinée efficacement devant une symptomatologie oculaire à type d'œil rouge aigu douloureux sans signe de gravité. Cela motiverait les praticiens à opter pour des approches thérapeutiques probabilistes, ou bien à adresser les patients à des confrères ophtalmologues spécifiquement équipés.

## **I.2 Définition des facteurs de gravité potentiellement retrouvés orientant vers une prise en charge spécialisée**

Avant de présenter les différentes pathologies, il semble nécessaire de définir les circonstances particulières qui pousseront systématiquement les praticiens généralistes à ne pas prendre en charge les patients seuls.

La présence d'un ou plusieurs de ces facteurs de gravité à l'examen du patient doit les inciter à orienter la prise en charge vers une structure spécialisée, parfois pluridisciplinaire.

### **I.2.1. Baisse d'acuité visuelle et scotome**

C'est le premier facteur de gravité à détecter. La baisse d'acuité visuelle peut être aisément dépistée à l'aide d'une échelle de Parinaud, avec un examen réalisé dans de bonnes conditions (sans puis avec correction à une distance de 33 centimètres), ou à l'aide d'une échelle de Monoyer lue à une distance de 5 mètres (2). Toute baisse d'acuité visuelle découverte dans un contexte aigu comme celui de l'œil rouge douloureux doit orienter le patient vers une consultation spécialisée permettant d'explorer tous les segments du globe oculaire. Cet examen n'est pas réalisable en pratique courante en médecine générale, les praticiens n'ayant ni le matériel ni la formation adéquate.

Il en va de même pour les amputations du champ visuel ou scotomes, la mesure du champ visuel n'étant pas réalisable au cabinet des praticiens généralistes.

### **I.2.2. Traumatismes**

Le facteur de gravité suivant est la notion de corps étranger intraoculaire à l'interrogatoire. Ce cas de figure nécessite encore une fois un examen urgent des différents segments du globe oculaire. De plus la nécessité d'une approche chirurgicale exclue une prise en charge de soin primaire exclusive (3).

Vient ensuite la notion de brûlure oculaire, chimique ou thermique. Ce cas de figure nécessite une prise en charge spécialisée d'urgence avec parfois indication chirurgicale (notamment sur le versant facial des lésions associées) (3,4).

Il sera alors primordial de différencier (dans le cadre des brûlures chimiques) les lésions causées par un agent acide ou basique, et s'il s'agit d'un accident domestique ou industriel (les concentrations n'étant évidemment pas les mêmes).

### **I.2.3. Post-chirurgical**

Un contexte post chirurgical ophtalmologique doit faire évoquer en premier lieu une endophtalmie nosocomiale et nécessite de réadresser le patient auprès de son chirurgien le plus vite possible, afin que des prélèvements bactériologiques soient réalisés et qu'une antibiothérapie intra-vitréenne soit débutée.

### **I.2.4. Anomalie de fermeture des paupières**

Appelée aussi lagophtalmie, elle peut être d'origine traumatique, mais dans la très grande majorité des cas l'origine est purement neurologique et s'inscrit dans le cadre d'une paralysie faciale. Elle doit pousser le praticien à orienter le patient vers un confrère neurologue en premier lieu. (5)

### **I.2.5. Autres**

La présence d'une opacification de la cornée est anormale et si elle est associée à un contexte d'œil rouge et douloureux constitue un facteur de gravité.

La présence d'un œil hypertendu cliniquement palpable (œil en bille de bois à la palpation bi digitale) rencontré dans le Glaucome Aigu par Fermeture de l'Angle irido-cornéen est un facteur de gravité.

De même une pupille irrégulière à l'examen ou la présence d'un cercle périkératique est un élément orientant une situation potentiellement grave.

## I.3 Conjonctivites aiguës

### I.3.1. Infectieuses

#### I.3.1.1. Virales

Les conjonctivites virales sont dans la quasi majorité des cas (chez les patients immunocompétents) des infections à adénovirus (de nombreux sérotypes coexistent). Elles constituent une infection très contagieuse évoluant souvent par périodes d'épidémie. Le mode de transmission étant principalement le contact direct. Il a également été décrit des cas de transmissions manu-portées. (6) Dans sa forme épidémique la symptomatologie est marquée par une rougeur conjonctivale, une photophobie, un larmoiement, une sensation de grain de sable, un œdème palpébral. Si elle est présente, la baisse d'acuité visuelle reste modérée dans les formes non compliquées. Il s'agit typiquement d'une atteinte initialement unilatérale devenant rapidement bilatérale.

Le traitement est principalement symptomatique (lavages oculaires, antiseptie locale, antalgiques) et ne requiert théoriquement pas l'application d'une corticothérapie locale qui majore la réplication virale et prolonge la durée de dissémination. Ces mesures symptomatiques sont réalisables en soin primaire.

Il est en revanche nécessaire de maintenir une surveillance spécialisée sans urgence afin de contrôler l'apparition d'ulcérations épithéliales, de réalisation difficile en soins primaires. (7)

#### I.3.1.2. Bactériennes

Elles représentent environ un tiers des infections superficielles ophtalmiques. Chez les patients ne portant pas de verres correcteurs de contact la flore pathogène est constituée dans sa majorité de germes Gram positifs (notamment *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pneumoniae* voire *Enterococcus faecalis*) ou à *Neisseria gonorrhoeae*. Chez les porteurs de lentilles de contact, cette flore pathogène est plus souvent fréquemment constituée de germes Gram négatif : *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Acinetobacter*. (8)

Elles sont caractérisées par une atteinte bilatérale, la présence de sécrétions purulentes, d'une douleur modérée avec sensation de grain de sable sous palpébrale. Elles ne s'accompagnent en général pas d'une baisse de l'acuité visuelle.

Elles sont prises en charge en soins primaires de façon courante sans que les praticiens n'aient recours à des prélèvements bactériologiques (9)

Le traitement consiste en des lavages antiseptiques pluriquotidiens, sans antibiothérapie locale en première intention en l'absence de facteur de gravité (sécrétions purulentes importantes, chémosis, œdème palpébral). Il n'est pas contre-indiqué de mettre en place une antibiothérapie locale, il faudra alors mettre en balance le gain de confort et de qualité de vie du patient avec les risques inhérents à l'antibiothérapie locale (1).

### *1.3.1.3. Parasitaires*

La conjonctive constitue la porte d'entrée de nombreux parasites. Les conjonctivites parasitaires concernent principalement les patients ayant voyagé en zone endémique, mais cette règle n'est bien-sûr pas absolue. L'aggravation potentielle de ce type d'infection suite à une corticothérapie locale nécessite une grande prudence chez les patients voyageurs ou migrants.

Les parasites en causes sont les suivants :

– La Loase (filiaire de *Loa Loa*) dont le réservoir est strictement africain. Le vers adulte se retrouve au sein de la conjonctive entraînant une réaction inflammatoire et allergique. Le traitement est à la fois médical et chirurgical nécessitant l'intervention d'un spécialiste en ophtalmologie. (10)

– La Dirofilariose (due à *Dirofilaria repens*), se rencontrant dans le sud de l'Europe mais également en France métropolitaine. Elle est transmise à l'homme par la piqûre de certains moustiques (*Aedes*, *Culex*, *Anophèles*, *Mansonia*, *Psorophora* et *Taeniorhynchus*). La présentation clinique est assez similaire à celle de la loase et le traitement est identique. (11)

-l'onchocercose (*Oncocerca volvulus*), qui dans sa forme oculaire est la deuxième cause de cécité infectieuse dans le monde (12), atteint rarement la conjonctive. Ses manifestations oculaires n'apparaissent qu'après plusieurs années d'infestation. (13)

La symptomatologie ne correspond pas au tableau d'œil rouge aigu.

Les Myiases : présence de larves d'*Oestres ovis* (mouche cosmopolite) après éclosion au niveau du canthus interne. Le traitement est à la fois chirurgical et médical. (14,15)

Il semble donc à la vue de ces données que le contexte de soin primaire ne soit que peu adapté à la prise en charge des parasitoses conjonctivales, bien que les patients souffrant de celle-ci y consultent en premier lieu.

### **I.3.2. Immunoallergiques**

#### *I.3.2.1. Processus allergiques*

Les pathologies allergiques constituent le deuxième motif de consultation en soins primaires. La conjonctive est le tissu le plus impliqué dans les réactions allergiques de la surface oculaire. (16)

Les formes les plus fréquemment rencontrées sont les conjonctivites saisonnière et perannuelle liées à des phénomènes d'hypersensibilité de type I.

La conjonctivite saisonnière est principalement retrouvée au printemps, se présente sous une forme bilatérale d'emblée, avec prurit en regard des canthi internes, rougeur, larmoiement, plus ou moins associés à un chémosis. L'acuité visuelle est conservée. Les allergènes en cause dans ces manifestations sont les pollens (graminées, arbres et herbacés) ainsi que les acariens. (17) Les notions d'unité de lieu et de temps sont alors essentielles à la démarche diagnostique.

La conjonctivite perannuelle présente une symptomatologie moins bruyante, avec des manifestations plus chroniques évoquant volontiers une sécheresse oculaire. Les allergènes en cause sont les acariens, les phanères d'animaux et les blattes.

Le traitement de ces deux formes repose bien-sûr sur l'éviction si possible des allergènes en cause, sur les lavages oculaires afin de retirer l'allergène en contact de l'œil et sur l'instillation d'acide spaglumique (NAABAK ®) ou de cromoglicate de sodium (CROMABAK ®) pour ne citer qu'eux. (18) Il est possible d'associer à ces traitement locaux un antihistaminique local ainsi qu'un lubrifiant oculaire (afin d'améliorer le confort du patient). On peut également envisager de mettre en place un traitement anti histaminiques per os.

#### *I.3.2.2. Pathologies auto-immunes*

Une atteinte conjonctivale peut s'intégrer dans le tableau de l'arthrite réactionnelle constituant le syndrome de Reiter : urétrite, puis arthrite puis conjonctivite. (19) L'arthrite réactionnelle est habituellement déclenchée par les infections à germes Gram-négatifs (*Chlamydia*, *Shigella*, *Salmonella*, et *Yersinia*). Environ 75% des patients sont également HLA B27 positifs. L'interrogatoire est donc essentiel dans le processus diagnostic. (20) On décrit également des atteintes ophtalmologiques au cours de pathologies auto-immunes généralisées comme le Lupus érythémateux disséminé, mais les atteintes conjonctivales ne constituent qu'une fraction des localisations ophtalmiques. De plus ces dernières s'inscrivent dans un tableau complexe qui ne correspond pas à la situation étudiée ici (consultation en soins primaires pour œil rouge aigu douloureux). (21,22)

#### *I.3.2.3. Conjonctivite géantopapillaire (CGP)*

Il s'agit d'une pathologie fréquemment rencontrée chez les patients porteurs de lentilles de contact souples. La physiopathologie n'est pas clairement élucidée et associerait des phénomènes inflammatoires mécaniques et immunoallergiques (23). Serait principalement en cause un défaut de manipulation et d'hygiène dans l'entretien des lentilles de contact. A l'interrogatoire les patients décrivent une intolérance au lentilles avec diminution de la durée de port. Ils se plaignent de larmoiement et de douleur. A l'examen clinique on retrouve, en éversant la paupière supérieure une hyperhémie et un aspect de papilles géantes parfois érodées.

Les principaux aspects du traitement sont le raccourcissement du port des lentilles et un remplacement plus fréquent, associé à une éducation quant à la bonne hygiène de manipulation de ces lentilles. Ces mesures semblent pouvoir être prise en charge par les praticiens de ville, mais le diagnostic difficile de la CGP implique que cette prise en charge est très fréquemment réalisée par les ophtalmologistes. De plus, certains patients présentant en parallèle une kératite ponctuée superficielle rendant le suivi spécialisé d'autant plus indispensable.

## **I.4 Kératites aiguës et kérato-conjonctivites aiguës**

### **I.4.1. Kératites sèches**

La sécheresse oculaire est un phénomène fréquent touchant de 5 à 30% de la population de plus de 50 ans. (24) Dans chacune des étiologies, la composante inflammatoire est constante. Trois grands mécanismes sont décrits : l'hyper-évaporation (par dysfonctionnement meibomien), l'hyposécrétion (typiquement la maladie de Gougerot-Sjögren) et les anomalies d'étalement du film lacrymal (sur pathologie de surface oculaire).

Les symptômes semblent peu spécifiques : larmoiement, brûlure, sensation de corps étranger et vision brouillée à la lecture. Ils sont exacerbés par les vent en l'hiver et dans les endroits chauffés.

L'interrogatoire permet de s'orienter en regard de ces grands mécanismes, bien que l'on soit fréquemment face à des situations impliquant plusieurs causes imbriquées, favorisant la réaction inflammatoire locale.

L'examen physique devant une inflammation sur xérophtalmie implique de rechercher une anomalie du clignement, la réalisation d'un test de Schirmer, et l'examen de la surface cornéenne à la fluorescéine et au vert de lissamine. Cet examen bien que peut gourmand matériellement parlant semble difficilement réalisable en cabinet de médecine générale. En revanche le suivi de ces pathologies incombe au praticiens de ville, car nombreuses sont les thérapeutiques générales qui peuvent entretenir voire aggraver les phénomènes de sécheresse et donc d'inflammation en agissant le plus souvent sur la quantité de film lacrymal produit.

Les traitements les plus souvent impliqués sont : les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (par effet parasymphaticolytique), les neuroleptiques, les benzodiazépines et même les antihistaminiques (par effet anticholinergique). Enfin les conservateurs présents dans certains collyres peuvent induire les mêmes effets. (25)

L'aspect chronique de ces affections, semble sortir du cadre de notre travail sur les affections aiguës, bien que certaines poussées inflammatoires peuvent être l'occasion d'un premier diagnostic.

Le traitement des symptômes repose, en parallèle de l'adaptation des thérapeutiques potentiellement aggravantes, sur l'hygiène palpébrale (qui peut être pluriquotidienne), association d'application de chaleur fluidifiant les sécrétions moeibomiennes et de massages palpébraux. Le cœur du traitement symptomatique est l'instillation pluriquotidienne de substituts lacrymaux. (26)

## **I.4.2. Infectieuses**

### *I.4.2.1. Herpès Simplex*

Dans la population générale, 20 à 30% des individus sont concernés par une manifestation herpétique au cours de leur vie. Les primo-infections herpétiques ophtalmiques concernent en grande majorité les enfants (elles restent peu fréquentes au sein de la totalité des primo-infections herpétiques). Puis les individus restent porteurs des virus sous forme latente. Une grande partie de la population peut être porteuse, comme au sein de cette étude qui retrouve une séropositivité à HSV chez plus de 75% des sujet, en Allemagne. (27) Le risque de récurrence oculaire augmente par la suite avec le temps de portage : après un premier épisode oculaire le risque de récurrence ophtalmique est estimé à 10% à un an, 23% à 2 ans, 36% à 5 ans, et au-delà de 60% à 20 ans. (28) Bien évidemment toutes les causes d'immunodépression majorent le risque de récurrence herpétique ophtalmique.

Il s'agit donc d'une infection suffisamment fréquente pour qu'elle soit rencontrée en soin primaire.

Sur le plan clinique, les primo-infections se présentent souvent sous la forme de blépharo-conjonctivites mais il existe des formes de primo-infections uniquement cornéennes. Les récurrences, elles, peuvent prendre plus volontiers des formes exclusivement cornéennes, ou associer une atteinte cornéenne à des lésions cutanées et conjonctivales.

Les symptômes des atteintes cornéennes herpétiques sont : œil rouge, douleur, photophobie, larmoiement, et possible baisse d'acuité visuelle. L'application de fluorescéine à l'examen laisse apparaître des lésions cornéennes ponctuées dans un premier temps, puis à l'aspect plus typique dit « dendritique », puis évoluant avec aspect en carte de géographie. (29)

Le diagnostic biologique par prélèvement cornéen n'est pas nécessaire.

De plus le traitement associe un débridement chirurgical, l'application de collyre mydriatiques atropiniques à visée antalgique, et l'application de larmes artificielles. On y associe des antiviraux, locaux en cas d'atteinte cornéenne simple. En cas d'uvéite associée le traitement associe des antiviraux par voie générale (Aciclovir ou Valaciclovir). (30) Il a été démontré que le traitement antiviral diminue la durée des symptômes, accélère la cicatrisation (par diminution de la réplication virale) et diminue le risque de complication. (31)

#### *I.4.2.2. Varicelle Zona*

La kératite à Varicelle Zona Virus, s'inscrit la plupart du temps au sein d'un authentique zona ophtalmique (dans 65% des cas). (32) Elle peut survenir de façon isolée. Le zona ophtalmique et ses manifestations cornéennes sont favorisés par les état d'immunodépression, quelle qu'en soit la cause. La prévalence du zona augmente également avec l'âge. (33)

Le traitement consiste en l'administration d'un antiviral comme le Valaciclovir (500mg 3 fois par jour pour une durée de sept jours) sans ajout d'une corticothérapie locale. (34)

Bien que le diagnostic soit clinique, la fréquence des complications et leur nature (ulcère cornéen notamment) nécessitent une approche chirurgicale laissant peu de place à une possible prise en charge en soins primaires.

#### *I.4.2.3. Bactériennes*

Les kératites bactériennes sont des affections potentiellement graves avec un retentissement fonctionnel pouvant être catastrophique.

Le principal facteur de risque est le port de lentilles de contact (avec un risque relatif de 80) (35). Le second principal facteur de risque est la présence d'une pathologie cornéenne préexistante (plus fréquemment chez les personnes âgées).

Les principaux germes en cause sont : *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella catarrhalis*. La fréquence des infections à germes Gram négatif augmente significativement pour les porteurs de lentilles de contact. Cela découlerait d'un manque d'hygiène dans la manipulation de ces dites lentilles. Certaines infections compliquent un traumatisme à globe ouvert, cela concerne plus spécifiquement les bacilles Gram positif.

La symptomatologie comporte premièrement des signes d'irritation cornéenne, douleur, larmolement photophobie, blépharospasme, voire baisse d'acuité visuelle. La suppuration, l'hyperhémie conjonctivale, le chémosis sont liés à l'importance de l'atteinte conjonctivale associée. Apparaissent ensuite des ulcérations plus ou moins suppuratives, avec parfois formation d'abcès. L'évolution clinique peut prendre des aspects différents en fonctions du germe en cause, bien qu'aucun signe ne semble être pathognomonique et l'analyse bactériologique demeure indispensable.

Il peut être nécessaire de réaliser une biopsie en cas d'atteinte profonde.

L'importance diagnostique des prélèvements locaux rend la prise en charge de cette pathologie inadaptée au cadre seul des soins primaires (36).

#### I.4.2.4. *Kératomycozes*

Ce sont des affections rares, qui prennent siège sur des cornées pathologiques, ou dans un contexte post traumatique.

Plus de 70 espèces de champignons filamenteux et de levures ont été identifiés dans le cadre de kératites fongiques. Sont impliqués, soit des champignons dits filamenteux dans les zones chaudes et humides (tropicales), soit les levures, types *Candida sp* *Fusarium sp* et *Aspergillus sp*, qui représentent environ 50 à 60 % des kératomycozes observées dans les pays à climat tempéré. Ce sont des infections opportunistes intéressant les cornées pathologiques (kérato-conjonctivites inflammatoires, virales, pemphigoïde...). (37)

La symptomatologie est la suivante : œil rouge, douloureux, photophobie, potentielle BAV avec opacification cornéenne correspondant à une ulcération. Cependant l'approche clinique seule de cette pathologie semble insuffisante, il est en effet nécessaire de réaliser des prélèvements locaux afin de confirmer la présence fongique. (38) Cela associé au fait que les complications locales sont potentiellement catastrophiques d'un point de vue fonctionnel.

Le traitement consiste en l'application d'un collyre à base d'Amphotéricine B ou bien de triazolés (Fluconazole ou plus récemment le Voriconazole actif sur les champignons filamenteux et sur *Candida sp*). (39)

La prise en charge de ces pathologies semble incompatible avec une prise en charge en soins primaires seuls.

### **I.4.3. Traumatiques**

Ces atteintes concernent en grande majorité les patients de sexe masculin (avec un sex-ratio de 6 pour 1).

Elles sont habituellement classées en traumatisme à globe fermé et à globe ouvert avec une incidence supérieure pour les cas à globe ouvert.

#### *I.4.3.1. Mécaniques*

Les traumatismes à globe ouvert concernent 62,8 % des cas, majoritairement il s'agit d'accidents professionnels.

Il est systématiquement nécessaire d'examiner les annexes ainsi que les segments antérieur et postérieur, à la recherche de surcroît d'un corps étranger intraoculaire. Cela n'est pas adapté à l'équipement et la formation des praticiens généralistes en soins primaires. En revanche l'aspect préventif est accessibles à ces derniers et parerait au retentissement socio-professionnel qui s'ajoute aux complications fonctionnelles. (40)

#### *I.4.3.2. Brûlures*

(Cf. I.7.2 Brûlures thermiques et chimiques) *Corps étranger Intraoculaire*

(Cf. I.7.2 Corps étranger Intraoculaire)

#### **I.4.4. Photokératite**

Elle peut être d'origine naturelle, c'est à dire secondaire à l'absorption par l'épithélium cornéen du rayonnement Ultra-Violet A et B solaire (ophtalmie des neiges), ou d'origine artificielle (coup d'arc en cas de soudure sans protection, ou en cas d'exposition à une lampe à bronzer). Lors de l'interrogatoire, il est important de reconstituer l'anamnèse, les symptômes se déclarant en général 8 à 24 heures après l'exposition. Les symptômes sont marqués par une sensation de brûlure, un larmoiement, une photophobie, une hyperhémie conjonctivale, voire un érythème palpébral. (41)

Le traitement consiste avant tout à protéger l'épithélium cornéen de la lumière.

Il semble donc que la prise en charge initiale soit envisageable en soins primaire car il est primordial de soulager le patient. Dans un second temps, on prescrira des traitements lubrifiants comme des larmes artificielles pour améliorer le confort du patient.

Si la présentation clinique est classique (délai d'apparition de 8 heure et anamnèse associée) la consultation spécialisée n'est pas requise.

#### **I.4.5. Kératites d'origine allergique**

##### *I.4.5.1. Vernale*

Il s'agit d'une principalement pathologie inflammatoire de l'enfant ou de l'adulte jeune (moins de 16 ans) de sexe masculin avec un sex-ratio à 3,3/1. (42) On parle lus généralement de kérato-conjonctivite vernale puisque l'atteinte kératique seule semble ne pas pouvoir être isolée. La symptomatologie souvent bilatérale et fortement asymétrique comporte : sensation de brûle ou de grain de sable, larmoiement, photophobie intense. L'atteinte cornéenne engendre des baisse d'acuité visuelles compliquées d'amblyopie chez les jeunes enfants. On retrouve également des papilles palpébrales géantes. Certaines formes cornéennes se compliquent d'ulcérations. (43)

Le diagnostic est donc clinique, l'association de symptômes est plutôt spécifique, et il peut être posé en soins primaire. En revanche la prise en charge nécessite une mesure de l'acuité visuelle bilatérale et parfois un geste chirurgical, demandant l'intervention d'un spécialiste ophtalmologue.

Le traitement médical lui associe hygiène palpébrale et anti-inflammatoires stéroïdiens locaux. Cette atteinte est chronique et potentiellement de résolution spontanée à la puberté. Il est tout de même indispensable d'orienter le patient vers une prise en charge spécialisée en cas de persistance des symptômes

#### *1.4.5.1. Atopique*

Entre 40 et 80% des suivies présentant des pathologies allergiques présentent des manifestations oculaires. La kérato-conjonctivite atopique est une affection chronique sévère associant souvent blépharite atopique et kérato-conjonctivite. Elle concerne principalement l'adulte jeune de sexe masculin

Les symptômes sont peu spécifiques à type de prurit, larmoiement, hyperhémie conjonctivale et sensation de grain de sable. On retrouve également fréquemment une meibomite chronique. Un des points importants est l'association de cette symptomatologie à une dermatite atopique.

Le diagnostic est souvent tardif et n'est posé qu'après plusieurs tentatives thérapeutiques anti-inflammatoires favorisant les surinfection bactériennes ou virales. Les mécanismes physiopathologiques deviennent parfois multiples et entremêlés, si bien que l'examen ophtalmologique est indispensable pour faire la part des choses. (16)

### **I.5 Glaucome aigu par Fermeture de l'Angle (GAFA)**

Le GFA est une pathologie survenant chez des individus prédisposés présentant un angle irido-cornéen étroit. La mesure de cet angle n'est pas réalisable par les médecins généralistes de ville. A cette prédisposition anatomique, on peut ajouter un facteur de risque génétique, et l'interrogatoire peut éventuellement déceler ce facteur de risque en soin primaire.

La survenue d'un GFA nécessite cependant un facteur déclenchant et la plupart des épisodes aigus sont d'origine iatrogène. Les spécialités en question sont : les bêta2mimétiques, les anticholinergiques, les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, les antidépresseurs tricycliques.

Les symptômes physiques lors d'une crise sont l'œil rouge et douloureux, mydriase, et hypertonie (physiquement palpable au doigt).

Le diagnostic est clinique devant l'hypertonie oculaire associée à la douleur. La prise en charge urgente initiale consiste à diminuer la pression intraoculaire de façon médicamenteuse. Pour ce faire, on utilise des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique par voie intraveineuse et per os, des agents osmotiques hyperosmolaires (Mannitol IV) ainsi que des topiques bêtabloquants (Timolol, Carteolol). Dans un second temps est réalisée une iridotomie au laser.

Ces éléments montrent clairement que la prise en charge du GFA n'a pas sa place en soin primaire, il est indispensable d'orienter le patient vers un centre spécialisé qui dispose d'une plate-forme d'accueil d'urgence ophtalmologique (44,45).

## **I.6 Les atteintes palpébrales : Blépharites aiguës**

### **I.6.1. Blépharites infectieuses**

#### *I.6.1.1. Virales*

##### **I.6.1.1.1. A Varicelle Zona Virus**

Elle constitue l'atteinte palpébrale du plus générique zona ophtalmique. On considère que 10 à 20% des zona touchent la région ophtalmique. Le risque de développer un zona est de 20 à 30 % au sein de la population générale. Il est à noter que ce risque passe à 50% pour une population d'âge supérieur à 85 ans. (46) Le traitement du zona ophtalmique passe par une thérapeutique antivirale type Aciclovir ou Valaciclovir par voie générale (47). Il est pourtant important de ne pas négliger une atteinte cornéenne qui constitue une complication importante et fréquente de ce type de pathologie puisque près de 65% des patients souffrant de zona ophtalmique développent une atteinte kératique. (32)

Cette atteinte peut être détectée cliniquement à l'interrogatoire si les signes de kératite aiguë sont importants, mais il est légitime de contrôler l'intégrité de l'épithélium cornéen à l'aide de fluorescéine et d'une lumière bleue. Cet examen est réalisable par tout médecin généraliste sensibilisé et disposant de ce matériel simple, permettant éventuellement de temporiser la sollicitation d'une spécialiste ophtalmologue.

#### I.6.1.1.2. Herpétiques

Les affections palpébrales herpétiques concernent principalement des épisodes de primo-infection chez l'enfant. On rencontre également des atteintes ophtalmiques chez 10 à 20% des patients présentant une récurrence herpétique. (29) Les éventuelles récurrences mettent en jeu la branche supérieure du nerf trijumeau (V1). (48) Il n'y a pas de recommandation claire concernant le traitement des récurrences herpétiques (49) mais il est communément prescrit un antiviral par voie générale pour une période de 5 jours qui diminue la durée des symptômes (et donc la contagiosité) et améliore la qualité de vie des patients. (50)

L'enjeu réside dans le dépistage des atteintes cornéennes qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel. Elles sont mises en évidence, au-delà des manifestations cliniques plus ou moins typiques par l'application de fluorescéine associée à un examen à la lumière bleue. Ces cas nécessitent une prise en charge spécialisée en milieu ophtalmologique.

#### I.6.1.1.3. Molluscum contagiosum

Il s'agit d'une lésion bénigne, souvent multiples, causée par un poxvirus à tropisme humain. Il se présente sous la forme de papules bien limitées mesurant de 1 à 10 mm en moyenne. La transmission s'effectue par contact direct avec une part non négligeable d'auto-infestation. Cette pathologie touche principalement les enfants entre 2 et 5 ans. (51) Chez les patients immunocompétents, l'évolution peut être spontanément résolutive. En cas de chronicité ou de récurrence, un traitement mécanique peut être entrepris.

La localisation palpébrale peut engendrer des phénomènes inflammatoires conjonctivaux ou cornéens du fait de la toxicité locale ou de phénomènes d'hypersensibilité à une protéine virale en contact avec le film lacrymal. Ces cas sont volontiers chroniques. (52)

Le diagnostic de Molluscum contagiosum est clinique et peut être posé dans le cadre du soin primaire. En revanche la présence de complications conjonctivales ou cornéennes nécessite un abord spécialisé ophtalmologique.

### I.6.1.2. Bactériennes

La symptomatologie des blépharites aiguës comprend démangeaisons, sensations de brûlure, larmoiement et photophobie, associés une hyperhémie conjonctivale et à un écoulement purulent. Les blépharites bactériennes résultent souvent de la surinfection d'une blépharite inflammatoire. (53)

La flore bactérienne impliquée dans ces infections comprend majoritairement des germes de type *Corynebacterium* sp (principalement *Corynebacterium macginleyi*), ainsi que *Staphylococcus aureus* et *Staphylococcus epidermidis*. (54)

Le traitement associe soins locaux à type de massages palpébraux quotidiens à l'aide d'une compresse chaude et une antibiothérapie locale anti-staphylococcique à type d'acide fusidique. Une surveillance soigneuse semble permettre de prendre en charge ces infections dans le cadre des soins primaires.

Par ailleurs il est tout à fait possible de rencontrer des atteintes bactériennes de la lamelle antérieure à type d'impétigo voire d'érysipèle, des infections dues à *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pneumoniae*. La prise en charge de ces localisations palpébrales ne diffèrent pas des autres atteintes cutanées :

Pour impétigo, il s'agit d'une antiseptie locales associée à une antibiothérapie locale à base d'acide fusidique de façon biquotidienne. Cette prise en charge est possible en soins primaire. Pour l'érysipèle, le traitement consiste en une antibiothérapie antistreptococcique par voie générale à type de Pénicilline G. (55)

Il est important de rester vigilant quant à la survenue de complications cornéennes qui nécessiterait une prise en charge ophtalmologique spécialisée.

### I.6.1.3. Parasitaires

Ces infections se présentent plus volontiers sous des formes chroniques. La symptomatologie n'est pas spécifique et associe démangeaisons, larmoiement, sensation de brûlure.

Le parasite retrouvé communément est *Demodex folliculorum*, (56,57) un acarien que l'on retrouve au sein des follicules pileux des cils, mais aussi des sourcils. La pathogénicité de cette espèce semble toujours controversée, il est par certains considéré comme saprophyte de la sphère oculaire. (58)

Il ne semble pas y avoir de consensus quant au traitement de cette parasitose (59) qui semble difficilement identifiable en soin primaire du fait des analyses ciliaires qu'elle requiert.

#### *I.6.1.4. Mycosiques*

Il s'agit principalement d'atteintes de la lamelle antérieure à type de dermatophytose, résultant pour la plupart des cas de phénomènes d'auto-infestations manu portées de dermatophytoses et de trichophyties. (60) La perte des cils sur fond de dermatite inflammatoire résistante à une corticothérapie locale constitue un tableau typique. Le traitement est celui des dermatophytoses en général et associe antiseptie locale à l'application d'un antifongique imidazolé local.

On peut rencontrer plus rarement une atteinte de la lamelle postérieure avec inflammation et épaissement du rebord palpébral en cas d'infection par *Malassezia furfur*. Le diagnostic nécessite alors un examen à la lampe à fente plus ou moins un accès à des prélèvements mycologiques difficilement accessibles en soins primaires. (61) Le traitement s'articule sur l'application de Fluconazole.

### **I.6.2. Blépharites inflammatoires**

#### *I.6.2.1. Rosacée oculaire*

Il s'agit d'une complication d'une affection fréquente qu'est l'acné rosacée. La physiopathologie de cette complication palpébrale n'est pas clairement connue et se résume à un dysfonctionnement de sécrétion des glandes de Meibomius. (62)

L'acné rosacée touche 10% de la population générale avec une prédominance féminine. C'est une affection chronique évoluant par poussées inflammatoires touchant principalement des individus entre 40 et 60 ans mais les formes pédiatriques ont largement été décrites. (63) Les signes typiques de cette dernière sont l'érythrose faciale dont l'intensité peut être majorée par des facteurs externes (émotions, température), une couperose et une hypertrophie des glandes sébacées. La rosacée oculaire y ajoute un épaissement du rebord palpébral, des télangiectasies, une hyperséborrhée avec possible obstruction des glandes de Meibomius et constitution de chalazions. (64)

Ces manifestations du fait de leur localisation peuvent avoir d'importantes conséquences psychosociales sur les patients atteints.

Le traitement dermatologique en soin primaire s'appuie sur l'application quotidienne

d'érythromycine. Certaines études montrent une amélioration de la symptomatologie oculaire à l'aide d'un traitement par Doxycycline (100 mg par jour pendant 12 jours). (65) Bien qu'il s'agisse d'une affection relativement fréquente, les praticiens en soins primaires ne sont pas systématiquement sensibilisés aux complications ophtalmiques, qui si elles ne sont pas prises en charge peuvent s'étendre à la cornée avec mise en cause du pronostic fonctionnel. (66)

#### I.6.2.2. *Allergiques*

Comme tout le revêtement cutané, les paupières peuvent être le siège de lésions eczémateuses. La plus fréquente des situations rencontrées en soins primaires est l'eczéma de contact à certains cosmétiques. Se développe alors un érythème palpébral squameux, associé à un prurit. L'application de nouveaux types de maquillages dans les jours précédents renforce le diagnostic. (67)

Le traitement consiste dans un premier temps en la suppression de l'allergène incriminé (voire la suppression de toute application de cosmétiques lors de la phase inflammatoire), associée à l'application d'un dermocorticoïde sur les lésions inflammatoires. Il est possible d'associer un traitement antihistaminique par voie générale.

Il semble important de noter qu'en cas de nécessité d'application à répétition de dermocorticoïde sur les paupières, il devient nécessaire de surveiller la pression intraoculaire devant le risque d'apparition d'hypertension intraoculaire cortico-induite (68) Cette surveillance devra bien-sûr être réalisée par un ophtalmologue devant l'équipement nécessaire à la mesure de la pression intraoculaire.

#### I.6.2.3. *Auto-immunes*

Les manifestations palpébrales ou périorbitaires des pathologies auto-immunes comme le lupus érythémateux aigu disséminé ou encore le psoriasis sont rares et constituent un groupe diagnostique que l'on pourrait cataloguer comme étant des diagnostics d'élimination : en effet la très grande majorité des cas de dermatite périorbitaire est d'origine allergique. (69).

En effet l'érythème palpébral peut alors être accompagné d'un œdème périorbitaire qui peut perturber la démarche diagnostique (70)

Le principal problème réside alors dans le retard diagnostique induit par ces formes atypiques, ainsi que dans les possibles complications dues au délai de prise en charge avec encore une fois mise en jeu du pronostic fonctionnel, ou bien préjudice esthétique. Il s'agit typiquement du cadre des pathologies rencontrées en soins primaire résistantes aux premières lignes thérapeutiques qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

### **I.6.3. Chalazion**

Le chalazion est un granulome inflammatoire développé sur une glande de Meibomius. Cette dernière est une glande sébacée palpébrale intra-tarsale dont les sécrétions lipidiques et protéiques stabilisent le film lacrymal. Cette glande est alors engorgée au sein du tarse, par occlusion de son orifice, entraînant congestion inflammation et douleur.

Le traitement de première intention associe l'application d'un topique anti-inflammatoire (corticothérapie locale) à des massages palpébraux à l'aide d'un linge humide tiède, l'intérêt d'une antibiothérapie n'est pas démontré (1). C'est une situation fréquemment rencontrée et prise en charge en soin primaire. Il est cependant important de ne pas passer à côté de pathologies tumorales palpébrales malignes nécessitant un bilan histologique voire un traitement chirurgical (71)

### **I.6.4. Orgelet**

L'orgelet est une lésion inflammatoire causée par la surinfection (principalement par *Staphylococcus aureus*) d'un follicule pilo-sébacé palpébral. Il s'agit d'une lésion bénigne qui est également régulièrement rencontrée en soins primaires.

Cette lésion se draine habituellement spontanément mais il est légitime de la traiter par une antibiothérapie locale anti-staphylococcique à type d'acide fusidique en première intention. Pour les lésions résistantes, une incision peut être indiquée (72)

## **I.7 Les atteintes traumatiques**

### **I.7.1. Corps étrangers intraoculaires**

Il s'agit d'une pathologie touchant principalement les hommes, dans un contexte d'accident du travail ou de bricolage domestique. Les corps étrangers sont projetés à grande vitesse et peuvent atteindre le segment postérieur dans 85% des cas (73). L'atteinte profonde et le risque de complications mettant en jeu le pronostic fonctionnel ne permettent pas une prise en charge en soins primaire (3)

### **I.7.2. Brûlures thermiques et chimiques**

En France, on considère que l'incidence des brûlures ophtalmiques s'élève à 500000/an et concerne principalement les jeunes hommes (entre 20 et 40 ans). Plus souvent chimiques, elles surviennent dans le cadre d'accident du travail, mais aussi domestiques et plus rarement au cours d'agression (74) L'interrogatoire est alors un élément essentiel de la démarche diagnostique. La symptomatologie est souvent très bruyante et rend l'examen difficile bien qu'il doive être approfondi, à la recherche de complications mettant en jeu le pronostic fonctionnel (75).

L'atteinte de la cornée et des paupières et les complications fonctionnelles potentiellement graves nécessite un examen complet qui peut sembler inadapté à l'instrumentalisation des médecins de ville, rendant la consultation ophtalmologique indispensable. Les études semblent montrer d'ailleurs que les patients tendent à consulter directement dans un centre spécialisé dans ces cas de figure. (76)

## **I.8 Hémorragies sous-conjonctivales**

Les hémorragies sous-conjonctivales sont des manifestations fréquemment rencontrées en médecine générale, résultant de la rupture d'un capillaire se situant dans l'espace entre la capsule de Tenon et la conjonctive. Il s'agit d'affections bénignes, touchant plus volontiers les femmes et les personnes âgées. Elles peuvent être secondaires à un processus traumatique modéré direct, une augmentation de la pression veineuse (effort de vomissement, de toux, manœuvre de Valsalva), une élévation de la pression artérielle. (77) Elle peuvent également être d'origine iatrogène et résulter d'un surdosage en anticoagulant. (78)

Elles ne s'accompagnent jamais d'atteinte fonctionnelle et sont, en dehors de certaines atteintes traumatiques, indolores ce qui peut être un frein à la consultation des patients.

Cette manifestation peut être prise en charge dans le cadre des soins primaires, il est important de replacer ce signe dans le contexte des pathologies et des thérapeutiques du patient atteint, car elle peut être évocatrice d'une anomalie de posologie ou d'un défaut d'observance.

## **I.9 Les uvéites aiguës (symptomatologie depuis moins de 3 mois)**

L'uvée désigne l'ensemble de tissu qui comprend l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Les uvéites comprennent donc les inflammations d'un ou de tous ces tissus.

Les uvéites seraient responsables de 10% des handicaps visuels dans les populations occidentales (79).

On distingue donc du fait de la localisation de ces tissus : les uvéites antérieures (ou irido-cyclites) dont le siège se situe en avant du cristallin, les uvéites moyennes qui concernent le vitré ou la rétine périphérique, et les uvéites postérieures touchant la rétine postérieure, la choroïde ou la papille. Les panuvéites désignent l'atteinte de l'ensemble des structures citées. L'uvéite antérieure est la forme la plus fréquemment rencontrée avec plus de 50% des cas, les uvéites postérieures 21%, les uvéites intermédiaires 19%, et les panuvéites (80,81).

Les uvéites antérieures présentent la symptomatologie la plus en rapport avec l'intitulé de notre travail, avec un œil douloureux, la présence d'un cercle périkératique, et d'un myosis. On ne retrouve pas de sécrétion purulente. La baisse d'acuité visuelle existe mais semble être modérée dans les atteintes antérieures.

Les uvéites intermédiaires et postérieures sont marqués par une baisse d'acuité visuelle importante associée parfois à un scotome. Une uvéite strictement postérieure n'engendre pas de rougeur oculaire ni de douleur.

Les étiologies des uvéites aiguës antérieures sont multiples, et dans près d'un tiers des cas, aucune étiologie n'est retrouvée (82).

### **I.9.1. Liées à HLA-B27**

Hormis les formes idiopathiques les uvéites antérieures aiguës liées à HLA-B27 constituent la cause la plus courante dans les pays occidentaux. 55% des patients présentant une uvéite antérieure sont positifs à HLA-B27 (79).

## **I.9.2. Rhumatismales et maladies de système**

Au cours des atteintes rhumatismales, lorsqu'une uvéite est présente, c'est l'uvéite antérieure qui est la localisation la plus fréquente (plus d'un tiers des cas). Elle accompagne en priorité les spondylarthropathies (spondylarthrite ankylosante ou indifférenciée) (83).

L'interrogatoire est essentiel à la démarche diagnostique à la recherche d'antécédents familiaux ou d'épisodes de polyarthralgies et ce même devant une atteinte oculaire isolée.

En cas de doute diagnostique il est primordial de réaliser un bilan spécialisé dans une structure hospitalière pluridisciplinaire (ophtalmologie et rhumatologique/ médecine interne). En effet les uvéites négligées mettent en jeu le pronostic visuel à long terme, et les traitements étiologiques nécessitent une surveillance rapprochée (corticothérapie générale ou péri-oculaire, immunothérapie ciblées). La prise en charge des uvéites antérieures dans le cadre de pathologies rhumatismales n'entre donc pas dans le cadre de notre travail.

## **I.9.3. Maladies de système.**

### *I.9.3.1. Sarcoïdose*

Dans le cadre de la sarcoïdose, l'atteinte ophtalmique est révélatrice dans 10% des cas (84). Toutes les structures anatomiques peuvent être touchées au cours de cette pathologie. Il est essentiel de rechercher tout signe évocateur d'une sarcoïdose devant une uvéite antérieure aiguë bien que les cas d'atteinte ophtalmologique isolée existent. La problématique vient du fait que le diagnostic même d'uvéite antérieure est difficilement réalisable par un médecin généraliste de ville. Il faudra donc rechercher une altération de l'état générale, de la fièvre, des adénopathies, une hépatomégalie, un érythème noueux ou toute autre lésion cutanée aspécifique, des arthralgies ou des myalgies, ainsi que tout épisode d'atteinte sensitive. Le diagnostic positif de sarcoïdose repose sur des éléments paracliniques comme la radiographie de thorax de face et l'élévation de marqueurs biologiques (comme l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou le lysozyme) ainsi que sur une preuve histologique (granulome géantocellulaire sans nécrose caséuse).

Les moyens techniques nécessaires au diagnostic étiologique des uvéites antérieures sarcoïdiques dépassent le cadre du soin primaire et de la prise en charge par un praticien généraliste seul.

### *I.9.3.2. Maladie de Behçet*

L'uvéite est une atteinte typique de la maladie de Behçet et survient dans 60 à 80% des cas (85). Elle apparaît plus tardivement que les manifestations systémiques que sont une aphtose buccale, des ulcérations génitales, des arthralgies, des lésions cutanées à type d'érythème noueux et des atteintes vasculaires à type de thromboses veineuses.

Pour ce qui est de l'atteinte ophtalmique, il s'agit le plus souvent d'une panuvéite (86), il est rare de rencontrer des uvéites antérieures isolées ce qui nous écarte du cadre notre travail. En cas d'uvéite antérieure, les signes régressent spontanément en quelques semaines et ce même sans traitement.

Cliniquement, l'œil peut être rouge ou calme, l'hypopion peut être difficilement perceptible, ce qui pousse à rechercher des manifestations générales orientant l'enquête diagnostique. Si elles sont présentes, il est nécessaire d'évaluer quelles segment oculaire est atteint, afin d'adapter la thérapeutique par voie générale. En effet, la présence d'une hyalite majeure, d'une rétinite maculaire, d'une vasculite rétinienne occlusive, ou d'une neuropathie optique modifie les modalités de la corticothérapie générale (85). Il est donc nécessaire d'approfondir le bilan ophtalmologique avant l'application de toute thérapeutique locale, ce qui fait sortir à nouveau cette forme d'uvéite antérieure du cadre de notre travail.

## **I.9.4. Infectieuses**

### *I.9.4.1. Virales*

Les affections virales représentent la deuxième étiologie d'uvéites antérieures chez l'adulte (84).

Les viroses intraoculaires se manifestent principalement sous forme d'uvéites antérieures. Les virus le plus souvent mis en cause sont l'Herpès Simplex Virus, le Varicelle Zona Virus, le Cytomégalovirus, le Epstein Barr Virus et le virus HHV-8 (87).

L'atteinte est volontiers unilatérale ou bilatérale fortement asymétrique. Elle peut être totalement isolée rendant l'orientation diagnostique extrêmement difficile sans analyse immunologique du vitré. Il semble donc que la prise en charge de ces affections ne soit pas adapté à la pratique seule du soin primaire.

#### *I.9.4.2. Bactériennes*

Les germes en causes sont principalement la tuberculose oculaire, la maladie de Lyme, la leptospirose, la syphilis, et le syndrome de Whipple (infection à *Tropheryma whipplei*). Ces atteintes sont peu fréquentes et la localisation exclusivement antérieure est d'autant plus rare. De plus l'atteinte oculaire est accompagnée de manifestations systémiques parfois sévères (88).

La démarche diagnostique est fortement aidée par les différentes sérologies ainsi que par l'analyse immunologique des prélèvements intraoculaires qui encore une fois ne sont pas réalisables en pratique courante en soin primaire.

#### *I.9.4.3. Parasitaires et fongiques*

Dans ces cas particuliers, l'uvéite est volontiers postérieure et ne rentre donc pas dans le cadre de ce travail (89), les uvéites postérieures s'accompagnent d'une baisse significative de l'acuité visuelle, qui constitue un facteur de gravité incitant alors le praticien à orienter le patient vers un confrère ophtalmologue.

### **I.9.5. Uvéites post streptococciques**

Au même titre que le RAA ont été décrites des uvéites aiguës succédant une atteinte ORL bactérienne par streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. La physiopathologie n'est pas totalement élucidée mais les professionnels s'accordent sur un mécanisme de dysfonctionnement immunitaire avec réaction croisée entre antigène bactérien et un antigène du soi. Les atteintes les plus courantes sont l'arthrite réactionnelle, l'atteinte cardiaque, et la glomérulonéphrite aiguë post streptococcique ou encore la scarlatine.

Ces cas d'uvéites aiguës concernent principalement des enfants ou de jeunes adultes, présentant des uvéites majoritairement antérieures bilatérales (90,91). Dans chacun de ces cas le résultat de dosage des anticorps antistreptolysine O (ASLO) était élevé, bien qu'on ne puisse pas à proprement parler de test diagnostique.

Il semble donc que devant un enfant ou un adulte jeune présentant un épisode d'œil rouge douloureux il soit nécessaire de rechercher à l'interrogatoire un épisode ORL aigu dans les semaines précédentes.

La probabilité d'une atteinte postérieure est non négligeable, potentiellement révélée par la baisse d'acuité visuelle qu'elle induit. Elle doit motiver la prudence des praticiens généralistes. Le traitement des formes antérieures semble se limiter à une corticothérapie locale associée à une surveillance. Dans les, atteintes postérieures la corticothérapie en délivrée par voie orale. La mise en place du traitement nécessite un examen du segment postérieur, qui ne peut être exploré en soin primaire.

### **I.9.6. Post traumatiques**

Il est possible de développer une panuvéite bilatérale après un traumatisme oculaire (chirurgie, corps étranger). Il s'agit de l'ophtalmie sympathique, une panuvéite bilatérale se développant dans la majorité des cas dans l'année suivant le traumatisme (92). La physiopathologie de cette ophtalmie sympathique n'est pas complètement connue. Cliniquement elle se traduit par une panuvéite avec baisse d'acuité visuelle significative, ce qui constitue de fait un facteur de gravité incitant à orienter le patient vers une consultation ophtalmologique.

## **II. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE NATIONALE ET DANS LE NORD PAS DE CALAIS**

La difficulté d'accès à un avis ophtalmologique dans le cadre du soin primaire peut hypothétiquement apparaître comme un obstacle majorant la prescription d'antibiothérapie locale par les praticiens généralistes, ce afin de réaliser un traitement probabiliste couvrant plus de pathologies, n'ayant pas accès au même plateau technique diagnostique que les chirurgiens spécialistes. Observons l'évolution passée et les projections démographiques des populations de médecins généralistes et d'ophtalmologues en France et plus spécifiquement dans la région Nord-Pas de Calais.

## **II.1 En médecine générale**

La France comptait 58104 médecins généralistes en activité au premier janvier 2015.

Elle en comptait 64778 en 2007, soit une baisse des effectifs de 10,3% en huit ans.

Pour la région Nord Pas de Calais, 3706 en 2015 soit moins 12,3% en huit ans.

La densité nationale de médecins généralistes libéraux et mixtes en 2015 est de 88,7 médecins pour 100 000 habitants. Elle était en 2007 de 100,1 médecins pour 100 000 habitants ce qui constitue une diminution de 11,4% de cette densité. La totalité des régions de France métropolitaine voit ce chiffre diminuer depuis 2007.

Pour le Nord Pas de Calais, elle passe de 104,3 à 90,2 médecins pour 100 000 habitants soit une baisse de 13,6% entre 2007 et 2015 (93). Cela soulève l'hypothèse suivante, la disponibilité fléchissante des médecins généralistes, du fait de cette diminution d'effectif, influe-t-elle sur la prise en charge des affections ophtalmologiques aiguës étudiées ici ? Autrement dit, la diminution du nombre de médecins généralistes par habitant les pousse-t-elle à modifier leur pratique ? A prescrire plus facilement une antibiothérapie en première intention ?

## **II.2 En ophtalmologie**

On comptait 4387 ophtalmologues en France au premier janvier 2015, et 4444 en 2007, ce qui constitue une baisse d'effectif de 1,4% en 8 ans (93). On peut alors formuler la question suivante : cette diminution d'effectif par rapport à une population générale en augmentation complique-t-elle la prise en charge des affections ophtalmologiques étudiées ?

Sur le plan régional, On comptait 200 ophtalmologues en 2013 dans le Nord Pas de Calais, et 183 ophtalmologues en 2007 soit une augmentation d'effectif de 9,3% (94). Il semble donc que le Nord Pas de Calais ne suive pas la tendance nationale de baisse d'effectif concernant cette spécialité.

## **II.3 Projections**

### **II.3.1. En médecine générale**

D'après les projections du conseil national de l'ordre des médecins, les effectifs de médecins généralistes sur le territoire français continueront à baisser jusqu'en 2020 ou ils devraient atteindre 54179 praticiens. Cela constituerait une baisse de 6,8% (93).

Ces projections réalisées par le conseil de l'ordre ne concernent pas la densité médicale.

Au niveau régional, le Nord-Pas-de-Calais comptait 3846 médecins généralistes en activité en 2013, le conseil régional de l'ordre des médecins projette un effectif à 3616 en 2018 soit une baisse de 6%.

### **II.3.2. En ophtalmologie**

Sur le plan national, La population des ophtalmologues devrait continuer à baisser d'ici 2020 avec un effectif projeté évalué à 4352 en 2020, soit une baisse de 3,1% entre 2015 et 2020 (93).

L'effectif projeté à 2018 des ophtalmologues dans la région Nord-Pas-de-Calais est de 215, soit une augmentation de 7% entre 2013 et 2018 (94). Cette augmentation contraste avec le contexte national des projections d'effectif des spécialistes en ophtalmologie qui continueraient à baisser.

### **II.3.3. Synergie des deux spécialités : deux démographies distinctes**

Il apparaît clairement que les effectifs des médecins généralistes et des ophtalmologues en France et dans la région Nord pas de Calais évoluent de façon opposé depuis 2007.

On comptait en 2007 en France un ophtalmologue pour 14,57 médecins généralistes. En 2015 ce rapport est estimé à un ophtalmologue pour 13,24 médecins généralistes.

En utilisant les projections d'effectifs du conseil de l'ordre, ce ratio devrait atteindre un ophtalmologue pour 12,44 médecins généralistes d'ici l'année 2020.

Ces chiffres nous pousseraient à émettre l'hypothèse que la disponibilité des ophtalmologues face aux avis des praticiens généralistes serait en cours d'amélioration, les délais de réponse pourraient s'en voir amélioré avec le temps.

### **III. ÉTUDE DES PRISES EN CHARGES EN SOINS PRIMAIRES DES AFFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES AIGUËS SANS SIGNE DE GRAVITÉ**

#### **III.1 Matériel et méthode**

##### **III.1.1.Objectifs de l'étude**

###### *III.1.1.1. Objectif principal*

Le critère de jugement principal est la comparaison de la fréquence d'utilisation d'une antibiothérapie locale probabiliste pas les praticiens de soins primaire devant une symptomatologie de type œil rouge douloureux sans signe de gravité clinique ou anamnétique par rapport aux recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS éditée en 2004.

###### *III.1.1.2. Objectifs secondaires*

Il s'agit de faire émerger l'influence de facteurs favorisant ou non la prescription d'une antibiothérapie locale probabiliste dans le cadre des soins primaires.

Ces facteurs pouvant être d'ordre démographique, mais aussi personnel, et matériel.

##### **III.1.2.Méthode**

###### *III.1.2.1. Type d'étude*

Une étude statistique : comprenant l'examen de données qualitatives et quantitatives recueillies auprès de l'échantillon de médecins généralistes.

Analytique : analysant les données pour répondre spécifiquement à une question

Rétrospective : reprenant les éléments des pratiques des médecins étudiés

Univariée : Comparant une à une ces pratiques à des valeurs quantitatives et qualitatives.  
Mais aussi multivariée, comparant ces pratiques de façon conjointe à plusieurs valeurs, afin de tenter de faire ressortir des facteurs favorisant la prescription d'un collyre antibiotique en première attention.

### *III.1.2.2. Population étudiée*

Cette étude s'applique à une population de 330 médecins généralistes libéraux tirés au sort par la Plateforme d'Aide Méthodologique (service du Professeur Philippe Amouyel) au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille) parmi la population générale des médecins généralistes libéraux de France métropolitaine.

Les critères d'inclusion sont :

- Le conventionnement
- L'activité libérale en soin primaire sur le territoire métropolitain.
- L'appartenance à la base de donnée ADELI.

### *III.1.2.3. Critères de représentativité*

L'échantillon a été tiré au sort parmi la population de médecins généralistes inscrits sur la base de donnée ADELI.

D'après les calculs de l'équipe de méthodologie du service du Professeur AMOUYEL, pour une obtenir une étude dont la précision serait de 10%, il était nécessaire d'obtenir 96 répondants au questionnaire. En considérant que le taux de réponse dans le cadre d'enquête à distance pour des travaux de thèse avoisine les 30%, il a été admis que la taille de l'échantillon serait de 300 médecins tirés au sort. A cela a été ajouté une marge d'erreur de 10% soit 30 médecins supplémentaires pour un total de 330 médecins.

### **III.1.3.Déroulement de l'étude**

Elle s'est déroulée du 15/06/15 au 17/08/2015, date de réception du dernier retour postal. Il s'agit d'une analyse par questionnaire individuel et anonyme, adressé par téléphone, par voie numérique via la plate-forme sondageonline (URL [www.sondageonline.fr](http://www.sondageonline.fr)) ou par voie postale.

La méthodologie de contact fut la suivante : un premier contact par appel téléphonique en demandant à joindre le médecin en question, puis en lui demandant son accord quant à la participation à cette étude, et enfin en convenant d'un mode d'envoi entre voie postale, voie numérique, ou réalisation du questionnaire par téléphone.

Un maximum de deux tentatives de premier contact a été réalisé. En cas d'impossibilité, le questionnaire était alors adressé par défaut par voie postale.

159 questionnaires ont été adressés par la poste.

93 questionnaires adressés par voie numérique.

2 médecins ont accepté de répondre au questionnaire par téléphone.

41 médecins ont refusé d'office au premier appel de participer bien que praticiens généralistes.

1 des médecins tirés au sort est à la retraite depuis 9 mois.

3 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que l'acupuncture.

3 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que l'allergologie.

2 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer qu'en tant que nutritionniste.

1 des médecins tirés au sort déclare ne pratiquer que l'échographie.

1 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que l'homéopathie.

1 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que dans le cadre de l'expertise médicale.

1 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que la sexologie.

2 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer la médecine esthétique.

3 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que l'angiologie.

1 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que la médecine du sport.

4 des médecins tirés au sort pratiquent en tant qu'urgentiste en clinique.

1 des médecins tirés au sort pratique en tant que médecin hygiéniste en clinique.

1 des médecins tirés au sort déclarent ne pratiquer que la mésothérapie.

8 lots de coordonnées téléphoniques et géographiques étaient inexacts, ces praticiens n'ont donc pas pu recevoir le questionnaire.

61 questionnaires ont été retournés par la poste.

44 questionnaires ont été remplis en ligne.

2 questionnaires ont été réalisés par téléphone.

Soit 107 questionnaires retournés remplis totalement ou partiellement pour un objectif initial de 96 répondants.

### **III.1.4. Construction du questionnaire**

Ce questionnaire comporte 22 items. [ANNEXE 2].

Neuf de ces items sont des questions ouvertes dont les réponses sont des valeurs quantitatives numériques.

Un item est une question ouverte non numérique.

Six sont des questions fermées à deux entrées, et six sont des questions à choix multiple. Parmi ces six questions, trois utilisent l'échelle d'appréciation de Likert à cinq paliers.

Les cinq premiers items renseignent sur les caractéristiques démographiques de l'échantillon tiré au sort, telles que le sexe l'âge, la durée d'exercice en libéral, les conditions de travail (seul ou en cabinet de groupe, urbain ou rural).

L'item 6 renseigne le nombre de patients (évalué par les praticiens eux-mêmes) constituant leur patientèle.

Les items 7 à 12 concernent la relation professionnelle que les praticiens tirés au sort entretiennent au quotidien avec leurs confrères spécialistes ophtalmologues quant à l'orientation de patients pour avis ou prise en charge urgente.

Les items 13 à 19 sont des questions directement en rapport avec la pratique régulière, le matériel diagnostic et les prescriptions réalisées face à des affections ophtalmologiques sans signe de gravité.

La question 14 est centrée directement sur l'objectif principal. La réponse « prescription d'une antibiothérapie en première intention devant un œil rouge aiguë douloureux sans étiologie allergique évidente » a été volontairement noyée parmi d'autres réponses, afin de ne pas biaiser les réponses des participant, afin qu'ils ne cernent pas l'objectif principal.

Le recueil des données et l'analyse statistique de mon étude ont été réalisés à l'aide du tableur d'Open Office

L'analyse descriptive et la régression statistique ont été réalisés à l'aide d'un professionnel titulaire d'un master de statistique : Monsieur Legrand Erwan (legrand.erwan@hotmail.fr).

## III.2 Résultats

### III.2.1. Analyses descriptives de la base de données :

Cent sept médecins ont répondu au questionnaire concernant la prise en charge des affections ophtalmologiques aiguës sans facteur de gravité en soin primaire en France. Trois cent trente médecins avaient été au préalable tirés au sort pour participer à cette étude soit un taux de réponses de 32,4%. Parmi les médecins répondants, 58% d'entre eux sont des hommes. La répartition géographique des différents professionnels sollicités est relativement homogène puisque 47,6% déclarent travailler en milieu rural contre 52,4% en milieu urbain. Environ 44% d'entre eux sont installés seul tandis que 56% travaillent en cabinet de groupe. Les praticiens interrogés ont en moyenne 52 ans ( $\sigma=10,3$ ) pour des âges allant de 29 ans à 68 ans. Ces médecins exercent en moyenne depuis 21 ans ( $\sigma=11,5$ ). La patientèle des médecins ayant répondu à cette question est en moyenne de 1296 patients avec un écart type de 838 patients ce qui indique une différence importante entre les différents médecins. Le nombre de patients minimum pour un médecin est 100 et le nombre maximum est 5000. 50% des professionnels ont indiqué avoir 1000 patients ou plus.

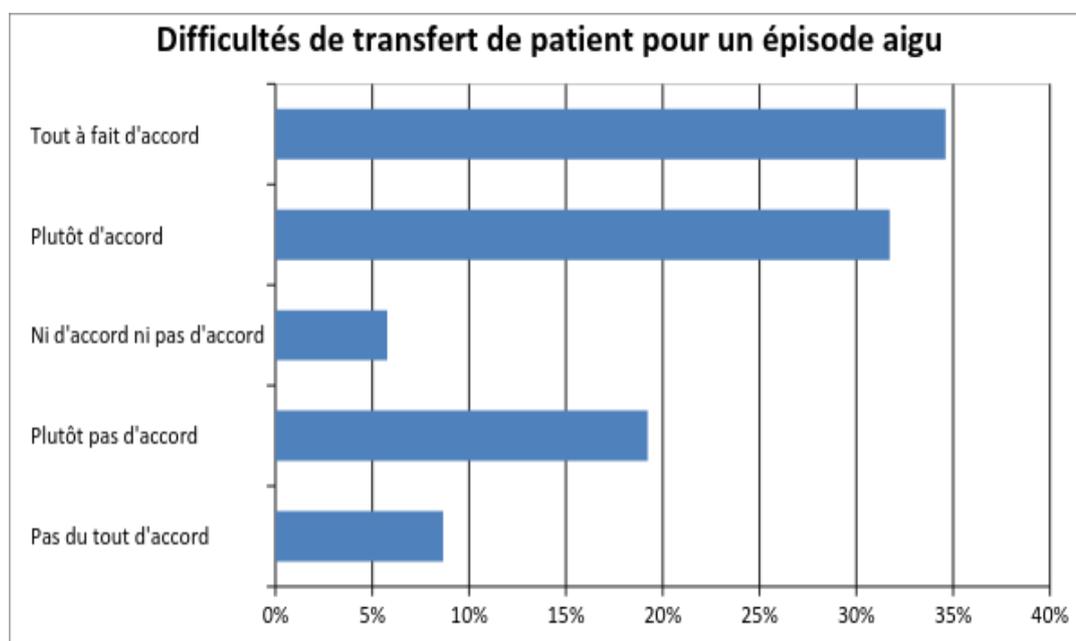
#### III.2.1.1. *Relation aux spécialistes ophtalmologues.*

Plus de deux tiers des médecins interrogés (67,3%) déclarent avoir accès dans leur pratique quotidienne à une prise en charge ophtalmologique d'urgence, que ce soit un SAU ophtalmologique ou bien un ophtalmologue de ville disposant de plages de consultation d'urgence.

Le délai moyen d'accès à une consultation spécialisée d'ophtalmologie dans un contexte d'urgence est en moyenne de 16,6 jours. Néanmoins, cette moyenne est très largement influencée par les valeurs extrêmes puisqu'elle atteint 3,8 jours si on ne considère pas les 5 plus grandes valeurs dans le calcul de cette moyenne (la plus importante étant 365 jours). La médiane corrobore cette idée puisque la moitié des professionnels interrogés indique un délai inférieur ou égal à 1 jour.

Les médecins déclarent en moyenne 1,9 consultation dans le cadre d'un œil rouge aigu sans baisse d'acuité visuelle par semaine avec un maximum de 20 consultations. Très peu de patients (0,3 par semaine) en moyenne sont adressés en première intention à un ophtalmologue sans avoir reçu de traitement au préalable. Les résultats sont relativement similaires concernant le transfert en première intention dans une structure hospitalière avec service d'accueil d'urgences puisque seulement 0,8 patients sont transférés par mois (maximum : 5 patients).

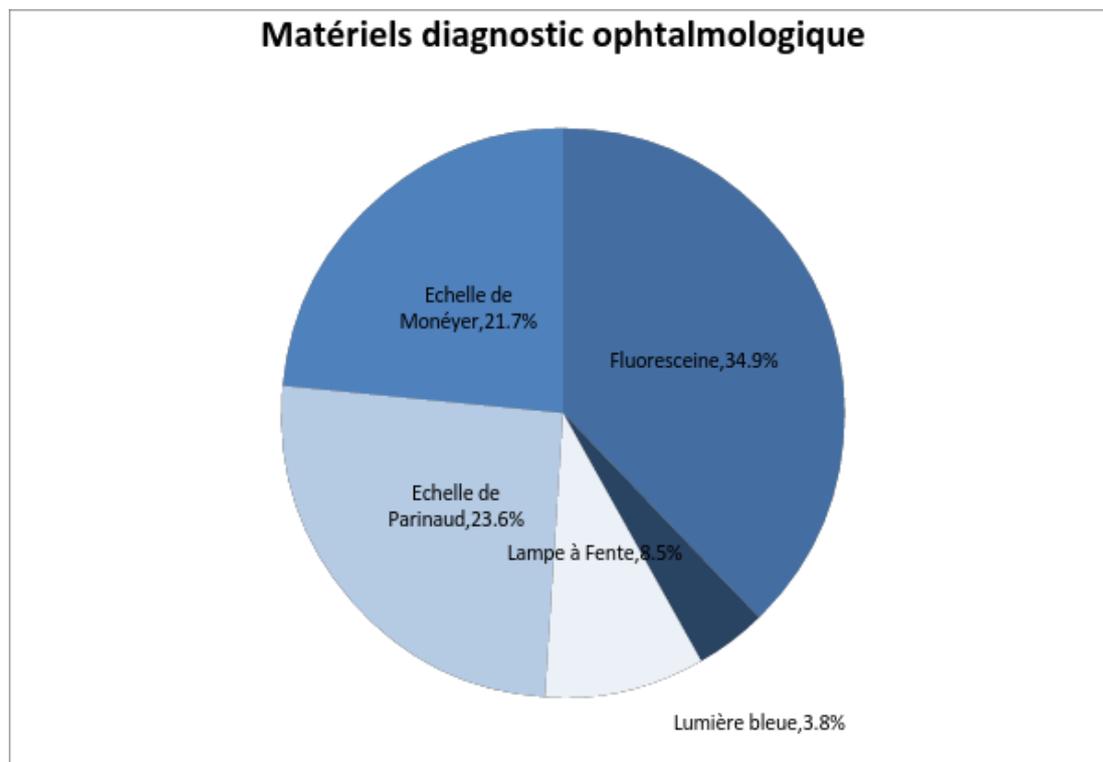
Deux tiers des médecins sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec le fait qu'il est de plus en plus difficile d'adresser un patient à un confrère ophtalmologique pour un épisode aigu.



### III.2.1.2. Matériel diagnostic

Les médecins de cette étude sont relativement dépourvus de matériel diagnostic ophtalmologique puisque presque 40% d'entre eux déclarent n'avoir aucun matériel à leur disposition. Les médecins exerçant en milieu urbain sont plus nombreux à ne déclarer aucun matériel de diagnostic (47,3% contre 30% des médecins exerçant en milieu rural). Parmi les matériels de diagnostic les plus courants, nous pouvons citer la Fluorescéine utilisée par 34,9% des médecins, puis l'échelle de Parinaud (25,5% des médecins) et l'échelle de Monoyer (21,7% des médecins).

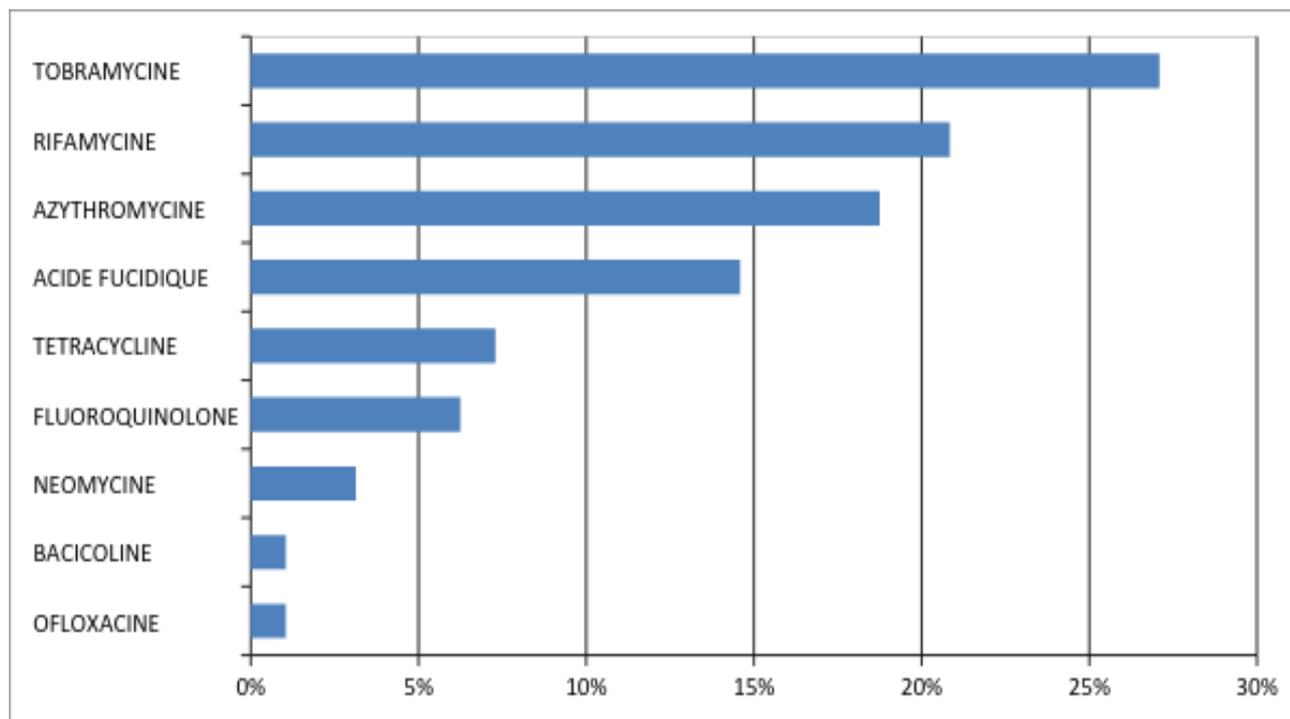
Il semble important de noter sur les 37 médecins déclarant posséder de la fluorescéine dans leur cabinet seul quatre y associent une lumière bleue, soit 10,8%.



### *III.2.1.3. Activité thérapeutique*

Dans ce questionnaire, les médecins ont été invités à déclarer le traitement probabiliste qu'ils préconisent en première intention pour la prise en charge d'un œil rouge aigu sans baisse d'acuité visuelle **avec** ou **sans** étiologie allergique. Afin de comparer d'éventuelles différences de traitement, les résultats seront présentés conjointement qu'il s'agisse d'un œil rouge avec une probable étiologie allergique ou bien sans étiologie allergique

Voici la liste des traitements probabilistes instaurés en première intention dans le cadre d'un œil rouge aigu sans BAV :

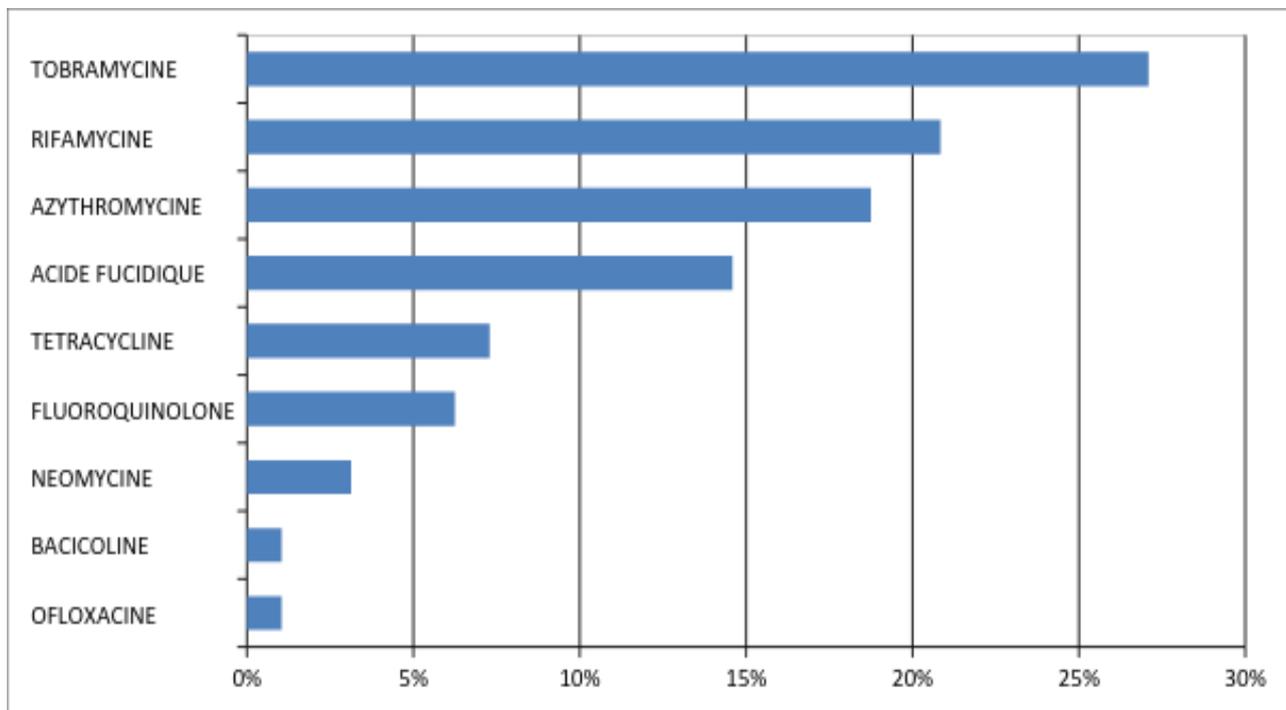


Nous pouvons remarquer que le traitement le plus instauré en première intention lors de la prise en charge d'un œil rouge aigu sans baisse d'acuité visuelle et sans suspicion d'étiologie allergique est le lavage oculaire. Ce traitement est utilisé par plus de trois quart des médecins (76,9%). Le lavage oculaire est en revanche moins utilisé lorsqu'il y a une suspicion d'étiologie allergique puisque le pourcentage de médecins utilisant ce traitement est inférieur de presque 20 points (57,7%). Cette différence est significativement différente. Il apparaît donc, sans surprise, que le traitement de première intention n'est pas identique et ce de façon significative, en fonction de la présence ou non d'une étiologie allergique évidente.

Il est intéressant de préciser également qu'outre le type de traitement utilisé, la durée de prescription de ce traitement est en moyenne plus longue si le patient présente une probable étiologie allergique que s'il n'en présente pas (14,8 jours contre 6,1 jours).

On met ici en évidence une prescription d'antibiothérapie locale déclarée dans 60% des cas d'œil rouge aigu douloureux sans signe de gravité, s'il n'y a pas d'étiologie allergique retrouvée.

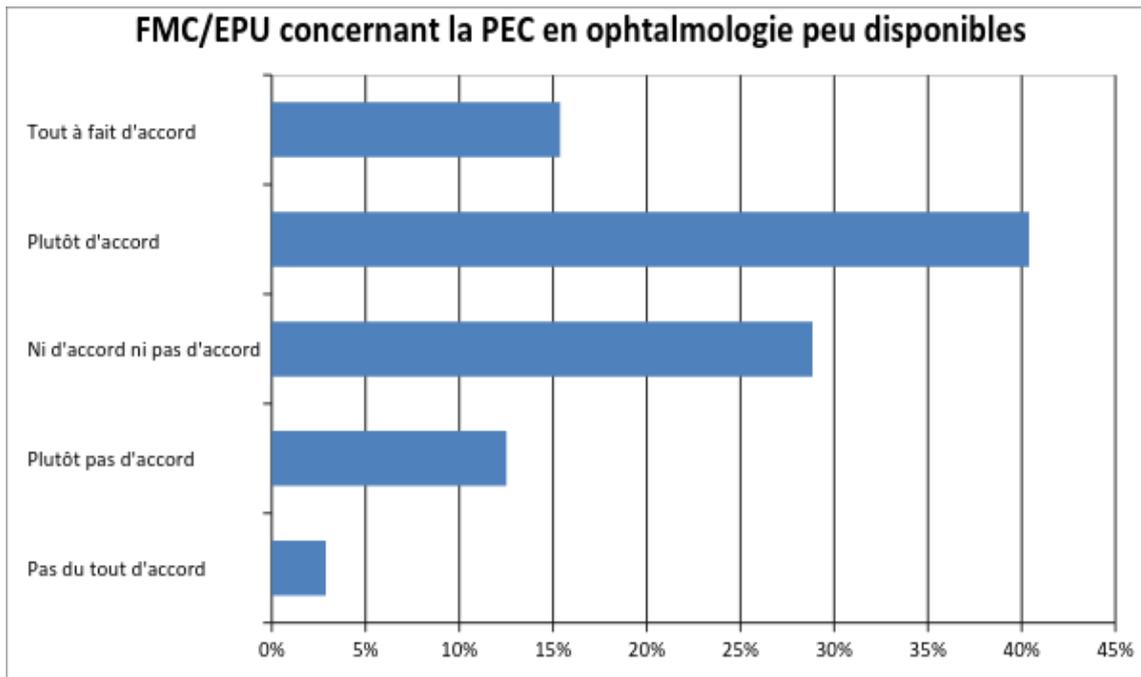
Voici la liste des molécules antibiotiques déclarées prescrites en première intention ainsi que les fréquences de prescription déclarées suite à notre questionnaire :



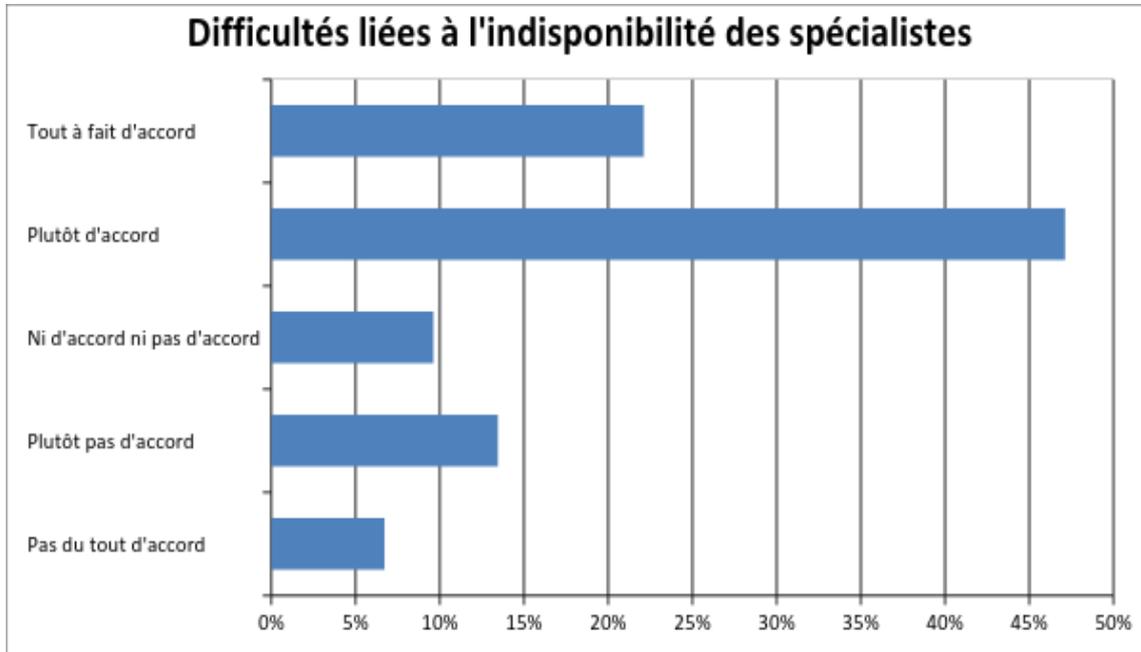
On remarque que la molécule la plus prescrite en première intention est la Tobramycine avec plus d'une prescription sur quatre, suivie par la Rifamycine avec plus d'une prescription sur cinq.

Une très grande majorité (88,8%) des médecins sondés déclarent être sensibilisés au risque infectieux particulier chez les porteurs de lentilles de contact.

Moins d'un médecin sur 5 (18,7%) a eu l'occasion de se former particulièrement à l'ophtalmologie au cours des trois dernières années. Cela est expliqué par le fait que plus de la moitié des médecins sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec le fait qu'il existe trop peu de Formations Médicales Continues ou d'Enseignements Post-Universitaires concernant la prise en charge en ophtalmologie organisées dans leur zone d'activité.



Enfin, plus de deux tiers des médecins considèrent que la prise en charge des patients est plus difficile du fait de la relative indisponibilité des spécialistes en ophtalmologie.



### III.2.2. Régression logistique

La suite de l'analyse du questionnaire consiste à déterminer les facteurs susceptibles d'influencer la prescription d'une antibiothérapie locale en première intention devant un œil rouge aigu douloureux en l'absence de signe de gravité. La variable d'intérêt ainsi analysée est donc une variable qualitative à deux modalités : Prescription d'une antibiothérapie locale en première intention = 1 et Absence de prescription d'une antibiothérapie locale en première intention = 0.

#### III.2.2.1. Méthodologie d'analyse

La régression logistique a été retenue afin de mesurer la force de l'association entre la variable d'intérêt dichotomique et plusieurs variables explicatives.

Le modèle de régression logistique univarié s'écrit

$$\text{Logit}[P(Y_i = 1 | X = x)] = \beta_0 + \beta_1 x$$

Avec Y la variable d'intérêt prenant les valeurs 0 ou 1 et X la variable explicative qualitative ou quantitative. L'estimateur de  $\beta_1$ ,  $\exp(\beta_1)$ , est un rapport de côtes, qui permet de comparer les individus qui possèdent la caractéristique X avec ceux qui ne la possèdent pas (Si X qualitatif binaire). Pour cela, on compare ce rapport de côtes à 1. Cet estimateur représente le rapport de côtes lorsque la variable X augmente d'une unité dans le cas d'une variable quantitative.

Le modèle de régression logistique multivarié s'écrit

$$\text{Logit}[P(Y_i = 1 | X = x)] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k$$

L'intérêt majeur du modèle multivarié est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable d'intérêt, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle. On parle alors de mesures ajustées. Les paramètres d'un modèle de régression logistique sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance.

Dans cette étude, une analyse univariée par régression logistique a été réalisée afin de calculer les rapports de côtes « bruts ». L'ensemble des variables dont le degré de significativité est inférieur à 0,20 ont été retenues pour constituer le modèle initial multivarié. La méthode pas à pas descendante a ensuite été utilisée afin de déterminer le modèle multivarié final.

### *III.2.2.2. Résultats*

Voici dans un premier temps le tableau récapitulatif des variables testées dans un modèle univarié avec leur rapport de cotes brut. Ne sont présentées que les variables significatives au risque 20%. (Tableau I).

Parmi ces variables susceptibles d'être intégrées, le sexe est exclu du modèle de départ car n'étant pas associé à la variable dépendante. Il en est de même pour le milieu d'exercice du médecin (Rural ou Urbain), ou pour le type de cabinet (Seul ou en groupe). La variable de l'ancienneté n'a pas été incluse car trop corrélée à l'âge du médecin.

Tableau I – Estimation des paramètres de l'analyse logistique univariée

Facteurs Associés	Analyse univariée		
	OR Brut	IC 95%	p-value
<b>Age</b>			
Inférieur à 45 ans	1		
De 45 à 60 ans	1,25	[0,4 ; 3,2]	0,82
Supérieur à 60 ans	0,32	[0,1 ; 1,0]	0,05
<b>Accès à une PEC ophtalmologique d'urgence</b>			
Non	1		
Oui	2,30	[0,99 ; 5,31]	0,051
<b>Nombre de patients consultants pour un œil rouge aigu par semaine</b>			
	1,21	[0,93 ; 1,58]	0,15
<b>Utilisation de la fluorescéine</b>			
Non	1		
Oui	0,463	[0,20 ; 1,05]	0,067
<b>Au moins un matériel diagnostic</b>			
Non	1		
Oui	0,46	[0,20 ; 1,07]	0,073
<b>Traitement par lavage oculaire</b>			
Non	1		
Oui	0,478	[0,17 ; 1,34]	0,16
<b>Traitement par antiseptique local</b>			
Non	1		
Oui	0,368	[0,16 ; 0,83]	0,015
<b>Traitement par corticoïde local</b>			
Non	1		
Oui	3,679	[0,76 ; 17,75]	0,104
<b>Traitement par larmes artificielles</b>			
Non	1		
Oui	0,444	[0,15 ; 1,31]	0,141
<b>Nombre de traitements différents utilisés</b>			
	1,399	[0,96 ; 2,05]	0,084
<b>Sensibilisation au risque infectieux des porteurs de lentilles</b>			
Non	1		
Oui	0,172	[0,02 ; 1,43]	0,103
<b>Formation d'ophtalmologie au cours des trois dernières années</b>			
Non	1		
Oui	2,25	[0,75 ; 6,76]	0,149

Voici maintenant le tableau récapitulatif des variables testées dans un modèle multivarié après application de la méthode pas à pas descendante avec leur rapport de côtes ajustés. Toutes les variables présentées sont significatives au risque 5%. (Tableau II). Par ailleurs, l'existence de facteurs d'interaction ou de confusion n'a pas été mise en évidence.

Tableau II – Estimation des paramètres de l'analyse logistique multivariée

<b>Facteurs Associés</b>	<b>Analyse univariée</b>		
	<b>OR Brut</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Age</b>			
Inférieur à 45 ans	1		
De 45 à 60 ans	0,645	[0,18 ; 2,36]	0,51
Supérieur à 60 ans	0,142	[0,03 ; 0,68]	0,015
<b>Au moins un matériel diagnostique</b>			
Non	1		
Oui	0,273	[0,08 ; 0,88]	0,030
<b>Traitement par lavage oculaire</b>			
Non	1		
Oui	0,094	[0,018 ; 0,50]	0,005
<b>Traitement par antiseptique local</b>			
Non	1		
Oui	0,105	[0,03 ; 0,36]	0,0003
<b>Traitement par larmes artificielles</b>			
Non	1		
Oui	0,071	[0,012 ; 0,410]	0,003
<b>Nombre de traitements différents utilisés</b>	4,87	[2,21 ; 10,73]	<0,0001

Tout d'abord le modèle obtenu nous indique que les variables explicatives influencent simultanément le choix d'une antibiothérapie locale puisque le test du rapport de vraisemblance est significatif (<0,0001). L'aire sous la courbe ROC du modèle est égale à 85,2% ce qui indique une excellente discrimination. Nous obtenons ainsi 84,6% de paires concordantes.

Ce modèle de régression logistique nous permet de conclure qu'un médecin âgé de 60 ans ou plus a une probabilité plus faible de prescrire une antibiothérapie locale en première intention par rapport à un médecin âgé de 45 ans ou moins, ajusté sur les autres variables du modèle. De la même façon la probabilité de prescription d'une antibiothérapie locale est diminuée lorsque le médecin possède au moins un matériel de diagnostic ophtalmologique au sein de son cabinet, ajusté sur les autres variables explicatives.

Le nombre de traitements différents instaurés par les médecins en première intention impacte également la prescription d'une antibiothérapie locale. En effet, plus le nombre de traitements différents utilisés par le médecin est important, plus la probabilité de prescription d'une antibiothérapie locale est élevée. Néanmoins, le fait de prescrire dans certains cas un lavage oculaire, une antiseptie locale ou des larmes artificielles diminue la probabilité de prescription d'une antibiothérapie locale, ajusté sur les autres variables du modèle.

Nous nous sommes en parallèle interrogés sur l'influence de la taille de la patientèle sur la fréquence d'une prescription antibiotique. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien de corrélation entre ces deux facteurs.

Enfin il semble ici que la prescription d'une corticothérapie locale ne soit pas corrélée à l'aspect à priori allergique de l'affection prise en charge.

### **III.3 Rappels des recommandations de bonne pratique**

L'AFSSAPS a publié en 2004 des recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription d'antibiothérapie locale dans le cadre de l'ophtalmologie à l'attention des praticiens généralistes. (1,95)

Le but de cette mise au point est de limiter la prescription d'une antibiothérapie locale aux cas où elle semble nécessaire et de lutter contre une prescription systématique, ceci afin de limiter la survenue de résistances bactériennes, et de limiter également les complications iatrogènes, locales comme générales.

### **III.4 Discussion : Écarts avec la pratique quotidienne en soins primaire, motivations des praticiens.**

#### **III.4.1. Inconvénients des traitements locaux**

##### *III.4.1.1. Survenue de résistances aux molécules antibiotiques*

Plusieurs mécanismes entrent en jeu concernant ce phénomène :

- la déstabilisation de la flore commensale oculaire encore appelée flore « barrière »
- l'application d'un antibiotique sur une période de temps insuffisante ou au contraire sur une période trop longue ou à des posologies inadaptées (95).

Depuis les années 90 plusieurs études ont mis en évidence une nette augmentation des résistances bactériennes notamment aux fluoroquinolones :

Goldstein et al. ont démontré que sur la période 1993 à 1997 le pourcentage de souches résistantes à la ciprofloxacine pour *Streptococcus Aureus* dans les prélèvements cornéens est passé de 5,8 à 35%. La résistance à l'ofloxacine sur la même période est passée elle de 4,7 à 35% (96).

De même Alexandrakis et al. ont mis en évidence une augmentation de la proportion de souches de *Streptococcus Aureus* résistantes aux fluoroquinolones. Cette dernière passant de 11% à 28% entre 1990 et 1998 (97).

Il est difficile de prouver que la prescription excessive de collyre antibiotique par les médecins de ville participe à l'augmentation de cette proportion de souches résistantes (et il n'est pas question ici de remettre en cause leur jugement) mais il semble probable qu'elle y contribue devant la fréquence de ces prescriptions au sein des cabinets de ville. Il est également légitime de penser que le risque de mauvaise observance existant pour tout traitement antibiotique par voie générale (arrêt précoce du traitement devant l'amélioration des symptômes) puisse s'appliquer aux antibiothérapies locales prescrites pour des pathologies ophtalmologiques.

### *III.4.1.2. Toxicité oculaire et générale*

Il a été démontré que la présence de certains excipients, notamment des conservateurs, pouvait engendrer une toxicité oculaire. Les mécanismes seraient l'augmentation du stress oxydatif, l'altération membranaire et l'apoptose des cellules épithéliales cornéennes et conjonctivales (98). Il est également établi que l'utilisation répétée d'un traitement local ophtalmique et donc l'augmentation de l'exposition aux conservateurs qu'il contient tend à fragiliser la surface oculaire et ce par le développement de phénomènes inflammatoires chroniques alliés à une déstabilisation du film lacrymal (99).

La toxicité des conservateurs en ophtalmologie est relativement bien documentée. Ces conservateurs sont :

Les ammoniums quaternaires (le polyquaternium-1 est une alternative déjà sur le marché), la Chlorhexidine (de la famille des aminides), les parabènes, les dérivés organomercurels, les complexes oxychlorés, le perborate de sodium, et le système Sofzia® (Acide borique, propylène glycol, sorbitol et chlorure de zinc).

Chez certains de ces conservateurs (également utilisés dans d'autres cadres que celui de l'ophtalmologie) ont été décrits des effets toxiques généraux :

L'utilisation du BAK (ammonium quaternaire le plus utilisé) serait responsable d'une altération de la mobilité ciliaire des cellules épithéliales nasales. Il aurait également une action spermicide (100).

Les parabènes sont eux connus pour leur rôle de perturbateurs endocriniens

Notons que des conditionnements en uni doses non conservées existent déjà, permettant de contourner certains de ces problèmes.

### *III.4.1.3. Sensibilisation immunologique et manifestations allergiques*

#### III.4.1.3.1. Aux molécules antibiotiques

Il a été démontré que l'application de thérapeutiques topiques ophtalmiques antibiotiques pouvaient entraîner des réactions allergiques oculaires, mises en évidence par tests cutanés. Les molécules antibiotiques ainsi concernées sont la Tobramycine et la Néomycine (101,102).

Comme toute autre thérapeutique, la prescription d'une antibiothérapie locale doit faire se questionner sur son rapport bénéfice risque.

#### III.4.1.3.2. Aux excipients

L'augmentation de l'exposition des patients aux excipients contenus dans les traitements à visée ophtalmologique (au même titre dans les autres spécialités) risque d'augmenter le nombre de manifestations allergiques en réaction à ces excipients, et donc d'augmenter le nombre de déclaration d'effets secondaires concernant les traitements topiques anti-infectieux.

### **III.4.2. Inconvénients de la corticothérapie locale**

Il a été démontré que l'application de corticoïdes locaux en collyre avait pour conséquence d'élever la pression intraoculaire de façon significative. Cela concerne notamment la Dexaméthasone présente dans plusieurs solutions pour instillation oculaire (CHIBRO-CADRON®, STERDEX pommade ophtalmique®) (103)

Les cataractes cortico-induites ont été largement étudiées et constituent une entité diagnostique. Il s'agit de cas de cataracte faisant suite à des corticothérapies par voie générale prolongée. Il a également été démontré que l'application répétée, et réalisée sur plusieurs mois, d'une corticothérapie locale oculaire pouvait également induire une opacification du cristallin (104).

Certaines affections inflammatoires ophtalmologiques chroniques peuvent également être de diagnostic tardif à cause de corticothérapies locales itératives et répétées. C'est le cas des kératites allergiques (vernale et atopique).

Enfin l'action anti-inflammatoire locale accroît le risque de surinfection bactérienne. On est alors en droit de penser qu'une antibiothérapie est parfois associée de façon empirique afin de réduire ce risque.

Au cours de notre étude nous avons démontré que la prescription d'une corticothérapie locale par les praticiens ne dépendait pas du caractère a priori allergique de l'affection rencontré. Cette prescription est réalisée dans 11,5 à 12,5% des cas. Il serait intéressant de comparer les données concernant la prescription d'une antibiothérapie locale et celles concernant la prescription d'une corticothérapie locale afin de déterminer si l'une peut influencer l'autre. De plus nous avons montré qu'en cas de probable étiologie allergique, une antibiothérapie était déclarée prescrite dans 9,6% des cas. La première hypothèse que nous pouvons formuler est qu'il s'agirait d'une prescription visant à prévenir une surinfection bactérienne, notamment en cas d'application de topique anti-inflammatoire associée. Malheureusement, nous n'avons pas analysé ces deux résultats de façon associée et ne pouvons conclure à une quelconque corrélation.

#### **III.4.3. Motivation des praticiens**

Il est difficile de trouver dans la littérature une estimation de la prévalence des étiologies bactériennes dans les atteintes oculaires aiguës en soin primaire, et donc de comparer les chiffres de notre étude. On retrouve tout de même qu'il a été mesuré en 1989 que 40% des conjonctivites aiguës étaient d'origine bactérienne chez les patients citadins consultants aux urgences ophtalmologiques (105).

Dans cette autre étude plus récente (2014), après prélèvements locaux oculaires chez 235 patients chez qui l'on suspecte une infection oculaire aiguë, 52% des cultures de prélèvements conjonctivaux reviennent positifs. Parmi ces cultures, 35% sont positives à Staphylocoque Coagulase Négative, 25% poussent à Staphylococcus Aureus, 15% à Escherichia Coli, 7,7% à Pseudomonas Aeruginosa. On retrouve également la présence de Streptococcus Pneumoniae de Klebsiella sp et de Citrobacter dans 2% des cas.

Les prélèvements cornéens poussent en culture dans 2% des cas : 30% de Staphylocoque Coagulase Négative, mais surtout 20% de Pseudomonas (106).

Il semble donc que la prévalence des infections oculaires bactériennes est loin d'être négligeable. Cependant en l'absence de facteurs de gravité, une antibiothérapie n'est pas nécessaire en première intention.

La conjonctivite aiguë infectieuse étant la pathologie ophtalmologique aiguë rencontrée le plus fréquemment en soin primaire, avec près de 1% des consultations (107), le fait qu'une antibiothérapie locale soit prescrite dans 60,6% des cas apparaît tout de même élevé.

Il a été démontré aux Pays Bas que les médecins généralistes prescrivaient un traitement local dans 87% des cas, et qu'au sein de ces prescriptions, 80% concernaient une antibiothérapie, dans le cadre d'un diagnostic de conjonctivite aiguë. Cela signifie que la prescriptions d'une antibiothérapie survenait dans 69,6% des cas. Il semble donc que la pratique des médecins généralistes aux Pays-Bas ne suive pas les recommandations éditées en 1996 (108).

Notre étude tend ici à montrer qu'il en est de même en France.

Il est alors légitime de s'interroger sur la pratique des médecins généralistes français 12 ans après la parution des recommandations de l'AFSSAPS concernant la prescription d'une antibiothérapie locale dans les pathologies ophtalmologiques aiguës.

Nous avons tout de même mis en évidence dans notre étude qu'une majorité des praticiens interrogés estimaient que l'accès à la formation médicale continue dans le cadre de l'ophtalmologie ne correspondait pas à leurs attentes en terme d'opportunités d'amélioration de leurs pratiques. Nous n'avons pas pu déterminer si un accès à la FMC en ophtalmologie pouvait avoir un impact positif quant à la diminution de la prescription d'une antibiothérapie locale.

Parallèlement, il a été démontré qu'une étiologie bactérienne est retrouvée dans 54 à 73 % des conjonctivites aiguës chez le jeune enfant (109). Il aurait donc été intéressant de recueillir des informations concernant l'âge des patients chez qui une antibiothérapie est prescrite dans le cadre de notre étude. En effet la proportion de médecins prescrivant une antibiothérapie en première intention devant un œil rouge aigu douloureux dans notre étude est superposable au pourcentage d'étiologie bactérienne retrouvé dans l'étude de *Block et al 2000* (109).

## CONCLUSION

Il apparaît premièrement au terme de ce travail que seule une faible fraction des étiologies d'œil rouge aigu douloureux sans signe de gravité est réellement prise en charge uniquement par les médecins généralistes dans le cadre de leur activité habituelle.

Ceci s'explique premièrement par la très grande diversité des étiologies responsables de cette symptomatologie. Cela s'explique également par le faible taux d'instrumentalisation diagnostique des praticiens de ville comparée à la fréquente nécessité d'un examen approfondi des différents segments du globe oculaire. En effet, la présence de signes de gravité (la baisse d'acuité visuelle en premier lieu) incite fortement les praticiens à orienter les patients en question vers une structure d'accueil d'urgence ophtalmologique, ce qui rendrait de telles investigations de leur part inutiles.

Au cours de cette étude, il n'a pas été mis en évidence de facteur influençant fortement la prescription d'une antibiothérapie locale par les médecins généralistes devant un œil rouge aigu douloureux sans facteur de gravité.

Il a été démontré qu'un âge supérieur à 60 ans était un facteur limitant une telle prescription comparativement à un âge inférieur à 45 ans. D'autre part, plus les praticiens se déclarent équipés en matériel diagnostique, moins ils prescrivent d'antibiotique locaux en première intention.

Il n'a pas été mis en évidence d'incidence de la taille de la patientèle des praticiens interrogés sur la fréquence de prescription d'une antibiothérapie locale.

Il aurait été intéressant de connaître l'âge des patients chez qui une antibiothérapie locale est prescrite en première intention, sachant que chez le jeune enfant une étiologie bactérienne est retrouvée dans près de 60% des cas de conjonctivite aiguë.

1. AFSSAPS. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles. 2004.
2. Fajnkuchen F, Chaine G. Baisse d'acuité visuelle. *Med Ther.* 1998 Jun 30;4(4):307–15.
3. J.-C. Zech. Étiologies et prévention des corps étrangers intraoculaires. *J Fr Ophtalmol.* 2001 Sep;24(7):765–8.
4. Lipsky KA, Wheeler WE, Denning DE. Ophthalmic thermal injuries. *Am Surg.* 1996 Jun;62(6):481–3.
5. Pons Y, Ukkola-Pons E. Paralyse faciale périphérique. *EMC - Ophtalmol.* 2013 Jan;10(1):1–9.
6. Azar MJ, Dhaliwal DK, Bower KS, Kowalski RP, Gordon YJ. Possible consequences of shaking hands with your patients with epidemic keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol.* 1996 Jun;121(6):711–2.
7. Renard G. Kératoconjunctivites à adénovirus. *J Fr Ophtalmol.* 2010 Oct;33(8):586–92.
8. Chikviladze D, Nikuradze N, Gachechiladze K, Miqueladze M, Metreveli D. Microbial structure of acute bacterial conjunctivitis. *Georgian Med News.* 2013 Mar;(216):12–5.
9. van Weert HCPM, Tellegen E, Ter Riet G. A new diagnostic index for bacterial conjunctivitis in primary care. A re-derivation study. *Eur J Gen Pract.* 2014 Sep;20(3):202–8.
10. Benouna M, Rizk A, Girard B. Manifestations conjonctivales de la filariose à Loa-Loa : à propos de deux observations = Conjunctival manifestations of Loa-Loa filiarisis. *Bull Sociétés Fr Ophtalmol Fr.* 1999;92(8-9):799–803.
11. Estran C, Marty P, Blanc V, Faure O, Leccia M-T, Pelloux H, et al. Dirofilariose humaine: 3 cas autochtones dans le sud de la France. *Presse Médicale.* 2007 mai;36(5):799–803.
12. OMS | Onchocercose (cécité des rivières) [Internet]. WHO. [cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs095/fr/>
13. Buck AA. L' onchocercose: symptomatologie, anatomopathologie, diagnostic. 1974.
14. Pisella P-J, Assaraf E, Rossaza C, Limon S, Baudouin C, Richard-Lenoble D. Conjonctive et parasitoses oculaires. *J Fr Ophtalmol.* 22(5):585–8.
15. Anane S, Hssine LB. La myiase conjonctivale humaine à *Oestrus ovis* dans le sud tunisien. *Bull Société Pathol Exot.* 2010 Oct 7;103(5):299–304.
16. Creuzot-Gacher C. Les différentes formes cliniques de l'allergie conjonctivale. *J Fr Ophtalmol.* 2007 Mar;30(3):288–91.
17. Cortés-Morales G, Velasco-Medina AA, Arroyo-Cruz ME, Velázquez-Sámano G. Frequency of sensitization to aeroallergens in patients with seasonal and perennial allergic conjunctivitis. *Rev Alerg Mex.* 2014 Sep;61(3):141–6.
18. Lazreg S, Colin J, Renault D, Hartani D. Traitement de la conjunctivite allergique per-annuelle et saisonnière : comparaison de deux protocoles thérapeutiques. *J Fr Ophtalmol.* 2008 décembre;31(10):961–7.

19. Wu IB, Schwartz RA. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Jul;59(1):113–21.
20. Quartier Dit Maire P. Arthrite Réactionnelle [Internet]. Orphanet. 2009. Available from: [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=8778&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=reiter&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=Pat&Maladie%28s%29/groupes%20de%20maladies=Arthrite-reactionnelle--Syndrome-de-Reiter-&title=Arthrite-reactionnelle--Syndrome-de-Reiter-&search=Disease\\_Search\\_Simple](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=8778&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=reiter&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie%28s%29/groupes%20de%20maladies=Arthrite-reactionnelle--Syndrome-de-Reiter-&title=Arthrite-reactionnelle--Syndrome-de-Reiter-&search=Disease_Search_Simple)
21. Ostanek L, Modrzejewska M, Bobrowska-Snarska D, Brzosko M. Ocular manifestations in patients with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Pol Arch Med Wewnętrznej*. 2007;117 Suppl:18–23.
22. Ruban J-M, Baggio E. Dermatoses palpébrales et maladies systémiques. *J Fr Ophtalmol*. 2005 Oct;28(8):881–8.
23. Zhong X, Liu H, Pu A, Xia X, Zhou X. M cells are involved in pathogenesis of human contact lens-associated giant papillary conjunctivitis. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2007 Jun;55(3):173–7.
24. Schaumberg DA, Dana R, Buring JE, Sullivan DA. Prevalence of Dry Eye Disease among US Men: Estimates from the Physicians' Health Studies. *Arch Ophthalmol*. 2009 Jun;127(6):763–8.
25. Creuzot-Garcher C. La sécheresse oculaire liée aux médicaments systémiques. *J Fr Ophtalmol*. 2009 Jan;32(1):64–70.
26. Lozato P-A, Pisella P-J, Baudouin C. Phase lipidique du film lacrymal : physiologie et pathologie. *J Fr Ophtalmol*. 2001 juillet;24(6):643–58.
27. Rabenau HF, Buxbaum S, Preiser W, Weber B, Doerr HW. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and type 2 in the Frankfurt am Main area, Germany. *Med Microbiol Immunol (Berl)*. 2002 Mar;190(4):153–60.
28. Liesegang TJ. Epidemiology of ocular herpes simplex. Natural history in Rochester, Minn, 1950 through 1982. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. 1989 Aug;107(8):1160–5.
29. Rowe A, St Leger A, Jeon S, Dhaliwal DK, Knickelbein JE, Hendricks RL. Herpes Keratitis. *Prog Retin Eye Res*. 2013 Jan;32C:88–101.
30. Labetoulle M, Colin J. Aspects actuels du traitement des kératites herpétiques. *J Fr Ophtalmol*. 2012 Apr;35(4):292–307.
31. Wilhelmus KR. Antiviral treatment and other therapeutic interventions for herpes simplex virus epithelial keratitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD002898.
32. Roesel M, Heiligenhaus A, Messmer EM. Clinical presentation of zoster ophthalmicus. *Klin Monatsblätter Für Augenheilkd*. 2010 May;227(5):370–4.
33. Lagoutte F. Douleur et zona ophtalmique. *J Fr Ophtalmol*. 2000 mai;23(4):391.
34. Herborn CP, Buechi ER, Piguet B, Zografos L, Fitting P. High-dose oral acyclovir in acute herpes zoster ophthalmicus: the end of the corticosteroid era. *Curr Eye Res*. 1991;10 Suppl:171–5.

35. Dart JKG, Stapleton F, Minassian D, Dart JKG. Contact lenses and other risk factors in microbial keratitis. *The Lancet*. 1991 Sep 14;338(8768):650–3.
36. Robert P-Y, Adenis J-P. Les kératites bactériennes. *J Fr Ophtalmol*. 1999 Nov;22(10):1104–9.
37. Bourcier T, Sauer A, Letscher-Bru V, Candolfi E. Kératites fongiques. *J Fr Ophtalmol*. 2011 Oct;34(8):563–7.
38. Dahlgren MA, Lingappan A, Wilhelmus KR. The clinical diagnosis of microbial keratitis. *Am J Ophthalmol*. 2007 Jun;143(6):940–4.
39. Ansari Z, Miller D, Galor A. Current Thoughts in Fungal Keratitis: Diagnosis and Treatment. *Curr Fungal Infect Rep*. 2013 Sep 1;7(3):209–18.
40. Sebilleau V, Cornut PL, de Bats M, Denis P, Burillon C. Épidémiologie des traumatismes oculaires hospitalisés entre novembre 2007 et novembre 2008 : à propos de 70 cas. *J Fr Ophtalmol*. 2009 Apr;32(S1):1S48.
41. Borderie V. Aspects cliniques des brûlures cornéennes. *J Fr Ophtalmol*. 2004 décembre;27(10):1170–4.
42. Leonardi A, Busca F, Motterle L, Cavarzeran F, Fregona IA, Plebani M, et al. Case series of 406 vernal keratoconjunctivitis patients: a demographic and epidemiological study. *Acta Ophthalmol Scand*. 2006 Jun;84(3):406–10.
43. Creuzot-Gacher C. Les différentes formes cliniques de l'allergie conjonctivale. *J Fr Ophtalmol*. 2007 Mar;30(3):288–91.
44. Médicaments et risque de glaucome par fermeture de l'angle. *J Fr Ophtalmol*. 2002 Jan;25(1):91–101.
45. Renard J-P, Giraud J-M, Oubaaz A. Traitement actuel des glaucomes aigus par fermeture de l'angle. *J Fr Ophtalmol*. 2008 Aug 3;27(6-C2):701–5.
46. Labetoulle M. Le zona ophtalmique. *J Fr Ophtalmol*. 458AD;31(4):457.
47. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology*. 2008 Feb;115(2 Suppl):S3–12.
48. Harding SP, Lipton JR, Wells JC. Natural history of herpes zoster ophthalmicus: predictors of postherpetic neuralgia and ocular involvement. *Br J Ophthalmol*. 1987 May;71(5):353–8.
49. Conférence de consensus prise en charge de l'herpes cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent 7 novembre 2001 [Internet]. [cited 2015 May 22]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/herpes_court.pdf)
50. Yazdanpanah Y. Traitement des herpès virus 8 mars 2005 [Internet]. [cited 2015 May 22]. Available from: <http://www.infectio-lille.com/diaporamas/YY/herpes-duatb05-yy.pdf>
51. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. *BMJ*. 2004 Jul 10;329(7457):95–9.
52. Schornack MM, Siemsen DW, Bradley EA, Salomao DR, Lee HB. Ocular manifestations of molluscum contagiosum. *Clin Exp Optom*. 2006 Nov 1;89(6):390–3.

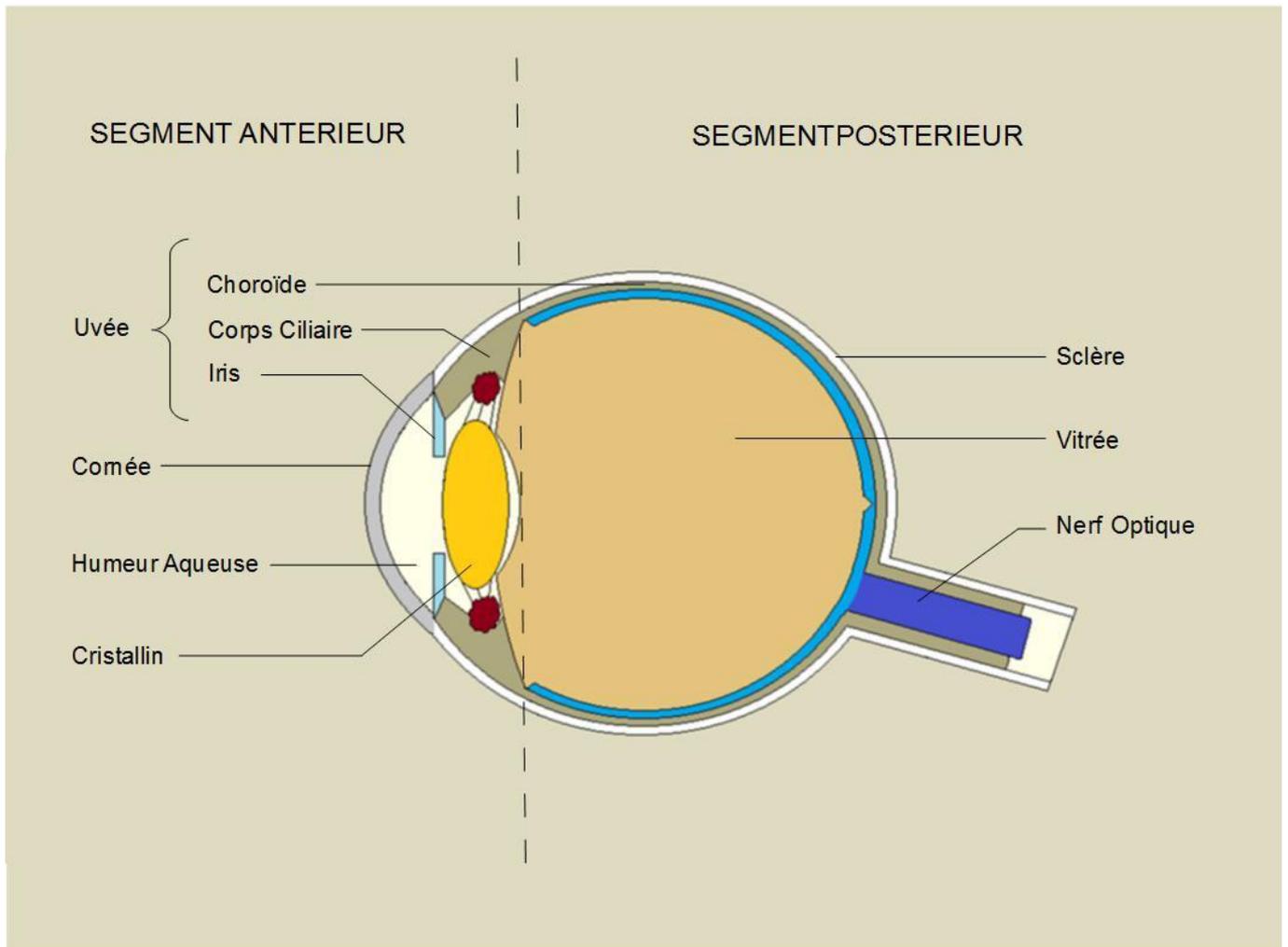
53. Bron A. Dermatoses et dermatites infectieuses. *J Fr Ophtalmol*. 2005 Oct;28(8):875–80.
54. Bezza Benkaouha I, Le Brun C, Pisella P-J, Chandener J, Lanotte P. Bacterial flora in blepharitis. *J Fr Ophtalmol*. 2015 May 13;
55. Impétigo, folliculite/furoncle, érysipèle. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2003 Oct;130(sup 10):47–52.
56. Anane S, Anane Touzri R, Malouche N, El Aich F, Beltaief O, Zhioua R, et al. Which is the role of parasites and yeasts in the genesis of chronic blepharitis? *Pathol Biol (Paris)*. 2007 Sep;55(7):323–7.
57. Wesolowska M, Knysz B, Reich A, Blazejewska D, Czarnecki M, Gladysz A, et al. Prevalence of *Demodex* spp. in eyelash follicles in different populations. *Arch Med Sci AMS*. 2014 May 12;10(2):319–24.
58. Kamoun B, Fourati M, Fek J, Milk M, Karray F, Trigui A, et al. Blépharite à *Démodex* : mythe ou réalité ? *J Fr Ophtalmol*. 1999 juillet;22(5):525.
59. Hirsch-Hoffmann S, Kaufmann C, Bänninger PB, Thiel MA. Treatment Options for *Demodex* Blepharitis: Patient Choice and Efficacy. *Klin Monatsbl Augenheilkd*. 2015 Apr;232(4):384–7.
60. Nenoff P, Mügge C, Herrmann J, Keller U. *Tinea faciei* incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. *Mycoses*. 2007;50 Suppl 2:20–5.
61. Derbel M, Benzina Z, Ghorbel I, Abdelmoula S, Makni F, Ayadi A, et al. Blépharite mycosique à *Malassezia* : à propos d'un cas. *J Fr Ophtalmol*. 2005 Oct;298(8):862–5.
62. Hoang-Xuan T. La rosacée oculaire. *J Fr Ophtalmol*. 1999 juillet;22(4):467.
63. Léoni S, Mesplé N, Aitali F, Chamailard M, Boralevi F, Marques da Costa C, et al. Le métronidazole, alternative thérapeutique des rosacées oculaires et cutanées de l'enfant. *J Fr Ophtalmol*. 2011 Dec;34(10):703–10.
64. Stoesser F, Lévy D, Moalic S, Colin J. Pseudo-kératocône et rosacée oculaire. *J Fr Ophtalmol*. 2004 Mar;27(3):278–84.
65. Quarterman MJ, Johnson DW, Abele DC, Leshner JL, Hull DS, Davis LS. Ocular rosacea. Signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline. *Arch Dermatol*. 1997 Jan;133(1):49–54.
66. De Marchi SU, Cecchin E, De Marchi S. Ocular rosacea: an underdiagnosed cause of relapsing conjunctivitis-blepharitis in the elderly. *BMJ Case Rep*. 2014;2014.
67. Baudouin C. Formes frontières de l'allergie. *J Fr Ophtalmol*. 2007 Mar;30(3):306–13.
68. Kersey JP, Broadway DC. Corticosteroid-induced glaucoma: a review of the literature. *Eye Lond Engl*. 2006 Apr;20(4):407–16.
69. Feser A, Plaza T, Vogelgsang L, Mahler V. Periorbital dermatitis--a recalcitrant disease: causes and differential diagnoses. *Br J Dermatol*. 2008 Sep;159(4):858–63.
70. Serarslan G, Atik E, Sarikaya G. Periorbital edema and erythema: an unusual localization of DLE in a patient with psoriasis. *J Dermatol*. 2011 May;38(5):486–8.

71. Claisse A- S, Turut P, Mikou R, Berthout A, Bremond Gignac D, Milazzo S. Chalazion ou carcinome palpébral ? J Fr Ophtalmol. 2009 avril;32(HS1):218–9.
72. Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Interventions for acute internal hordeolum. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;4:CD007742.
73. S. Roman. Corps étrangers intraoculaires (CEIO) du segment postérieur de l'oeil. J Fr Ophtalmol. 2001 Sep;24(7):769–77.
74. H. Merle, M. Gérard, N. Schrage. Brûlures oculaires. J Fr Ophtalmol. 2008 Sep;31(7):723–34.
75. Eslani M, Baradaran-Rafii A, Movahedan A, Djalilian AR. The Ocular Surface Chemical Burns. J Ophthalmol. 2014 Jul 1;2014:e196827.
76. Vernon SA. Analysis of all new cases seen in a busy regional centre ophthalmic casualty department during 24-week period. J R Soc Med. 1983 Apr;76(4):279–82.
77. Sahinoglu-Keskek N, Cevher S, Ergin A. Analysis of subconjunctival hemorrhage. Pak J Med Sci. 2013;29(1):132–4.
78. Groomer AE, Terry JE, Westblom TU. Subconjunctival and external hemorrhage secondary to oral anticoagulation. J Am Optom Assoc. 1990 Oct;61(10):770–5.
79. Sturm V, Meier F. Epidémiologie et diagnostic de l'uvéite. Forum Méd Suisse. 2007;(7):1012–7.
80. Grajewski RS, Caramoy A, Frank KF, Rubbert-Roth A, Fätkenheuer G, Kirchhof B, et al. Spectrum of Uveitis in A German Tertiary Center: Review of 474 Consecutive Patients. Ocul Immunol Inflamm. 2015 Mar 11;1–7.
81. McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol. 1996 Jan;121(1):35–46.
82. Haut J, Roman S, Morin Y, Monin C, Morel C. Search for etiology in 110 cases of uveitis. Value of punctures of the aqueous humor and vitreous body. J Fr Ophtalmol. 1995;18(4):292–304.
83. Zrour S, Korbaa W, Younes M, Ghrissi R, Ben Yahia S, Attia S, et al. Les uvéites de causes rhumatismales. Rev Rhum. 2007 Nov;74(10-11):1165.
84. Badelon I, Chaine G. Les manifestations ophtalmologiques de la sarcoïdose. Ann Médecine Interne. 2001 Mai;125(2):108–12.
85. Khairallah M, Ben Yahia S, Kahloun R, Khairallah-Ksiaa I, Messaoud R. Œil et maladie de Behçet. J Fr Ophtalmol. 2012 Dec;35(10):826–37.
86. Arevalo JF, Lasave AF, Al Jindan MY, Al Sabaani NA, Al-Mahmood AM, Al-Zahrani YA, et al. Uveitis in Behçet disease in a tertiary center over 25 years: the KKESH Uveitis Survey Study Group. Am J Ophthalmol. 2015 Jan;159(1):177–84.e1–2.
87. Bodaghi B. Les uvéites virales. J Fr Ophtalmol. 2004 mai;27(5):528–37.
88. Bodaghi B. Nouveaux concepts étiologiques dans l'uvéite. J Fr Ophtalmol. 2005 mai;28(5):547–55.

89. Vasseneix C, Bodaghi B, Muraine M, Favennec L, Brasseur G. Intérêt des prélèvements intraoculaires dans le diagnostic étiologique des uvéites présumées infectieuses. *J Fr Ophtalmol*. 2006 avril;29(4):398–403.
90. Gallagher MJ, Muqit MMK, Jones D, Gavin M. Post-streptococcal uveitis. *Acta Ophthalmol Scand*. 2006 Jun;84(3):424–8.
91. Besada E, Frauens BJ. Unilateral granulomatous post-streptococcal uveitis with elevated tension. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*. 2008 Nov;85(11):E1110–5.
92. Chan CC, Roberge RG, Whitcup SM, Nussenblatt RB. 32 cases of sympathetic ophthalmia. A retrospective study at the National Eye Institute, Bethesda, Md., from 1982 to 1992. *Arch Ophthalmol Chic Ill 1960*. 1995 May;113(5):597–600.
93. Atlas national de la démographie médicale 2015 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins. 2015. Available from: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)
94. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais situation en 2013 [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins. 2013. Available from: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord\\_pas\\_de\\_calais\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf)
95. Robert P-Y. Prescrire les antibiotiques par voie locale en ophtalmologie. *J Fr Ophtalmol*. 2007 avril;30(4):417–22.
96. Goldstein MH, Kowalski RP, Gordon YJ. Emerging fluoroquinolone resistance in bacterial keratitis: a 5-year review. *Ophthalmology*. 1999 Jul;106(7):1313–8.
97. Alexandrakis G, Alfonso EC, Miller D. Shifting trends in bacterial keratitis in south Florida and emerging resistance to fluoroquinolones. *Ophthalmology*. 2000 Aug;107(8):1497–502.
98. Dutot M, Pouzaud F, Larosche I, Brignole-Baudouin F, Warnet J-M, Rat P. Fluoroquinolone eye drop-induced cytotoxicity: role of preservative in P2X7 cell death receptor activation and apoptosis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2006 Jul;47(7):2812–9.
99. Baudouin C, Labbé A, Liang H, Pauly A, Brignole-Baudouin F. Preservatives in eyedrops: the good, the bad and the ugly. *Prog Retin Eye Res*. 2010 Jul;29(4):312–34.
100. Vaede D, Baudouin C, Warnet J-M, Brignole-Baudouin F. Les conservateurs des collyres : vers une prise de conscience de leur toxicité. *J Fr Ophtalmol*. 2010 Sep;33(7):505–24.
101. Wijnmaalen AL, van Zuuren EJ, de Keizer RJW, Jager MJ. Cutaneous allergy testing in patients suspected of an allergic reaction to eye medication. *Ophthalmic Res*. 2009;41(4):225–9.
102. Vadot E, Piasentin D. [Incidence of allergy to eyedrops. Results of a prospective survey in a hospital milieu]. *J Fr Ophtalmol*. 1986;9(1):41–3.
103. Eilon LA, Walker SR. Clinical evaluation of clobetasone butyrate eye drops in the treatment of anterior uveitis and its effects on intraocular pressure. *Br J Ophthalmol*. 1981 Sep;65(9):644–7.
104. Munjal VP, Dhir SP, Jain IS, Gangwar DN, D'souza M. Topical corticosteroids and cataract. *Indian J Ophthalmol*. 1984 Nov 1;32(6):478.

105. Fitch CP, Rapoza PA, Owens S, Murillo-Lopez F, Johnson RA, Quinn TC, et al. Epidemiology and diagnosis of acute conjunctivitis at an inner-city hospital. *Ophthalmology*. 1989 Aug;96(8):1215–20.
106. Hemavathi, Sarmah P, Shenoy P. Profile of Microbial Isolates in Ophthalmic Infections and Antibiotic Susceptibility of the Bacterial Isolates: A Study in an Eye Care Hospital, Bangalore. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2014 Jan;8(1):23–5.
107. Høvdning G. Acute bacterial conjunctivitis. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 2008 février;86(1):5–17.
108. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJ, Schellevis FG, van Weert HC. Do general practitioners adhere to the guideline on infectious conjunctivitis? Results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *BMC Fam Pract*. 2007 Sep 16;8:54.
109. Block SL, Hedrick J, Tyler R, Smith A, Findlay R, Keegan E, et al. Increasing Bacterial Resistance in Pediatric Acute Conjunctivitis (1997–1998). *Antimicrob Agents Chemother*. 2000 Jun;44(6):1650–4.

ANNEXE 1 : SCHEMA ANATOMIQUE DU GLOBE OCULAIRE EN COUPE SAGITTALE.



Document réalisé à l'aide du logiciel informatique Paint® sur Windows 8.1®

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PRATICIENS DE L'ECHANTILLON ETUDIE

Questionnaire de thèse par Nicolas Gosset : La prise en charge des affections ophtalmologiques aiguës sans facteur de gravité en soin primaire en France : état des lieux

**1.** Êtes-vous un homme ou une femme ?

Homme       Femme

**2.** Quel âge avez-vous ?

Ans

**3.** Depuis combien de temps êtes-vous installé(e), ou depuis combien de temps êtes-vous remplaçant(e) ?

Ans

**4.** Dans quel milieu exercez-vous ?

Urbain       rural

**5.** Travaillez-vous en cabinet de groupe ou êtes-vous installé(e) seul(e) ?

Cabinet de groupe       Seul

**6.** Combien de patients constituent votre patientèle ?

Patients

**7.** Avez-vous accès dans votre pratique quotidienne à une prise en charge ophtalmologique d'urgence (SAU ophtalmologique ou ophtalmologue de ville disposant de plages de consultation d'urgence) ?

Oui       Non

**8.** En règle générale, quel est le délai moyen d'accès à une consultation spécialisée d'ophtalmologie pour vos patients au sein de votre réseau de soin dans un contexte d'urgence en jours ?

Jours

**9.** En général, combien de patients par semaine vous consultent pour un œil rouge aigu sans baisse d'acuité visuelle ?

Patients par semaine.

**10.** Combien de patients adressez-vous en première intention à un ophtalmologue par semaine sans instaurer de traitement vous-même ?

Patients par semaine.

**11.** Combien de patients vous consultant pour un motif ophtalmologique adressez-vous en première intention dans une structure hospitalière avec service d'accueil d'urgence par mois ?

Patients par mois

**12.** Considérez-vous qu'il vous est de plus en plus difficile d'adresser un patient à un confrère ophtalmologique pour un épisode aigu ?

- Pas du tout d'accord                       Plutôt pas d'accord  
 Ni d'accord ni pas d'accord  
 Plutôt d'accord                               Tout-à-fait d'accord

**13.** De quel matériel diagnostic ophtalmologique disposez-vous à votre cabinet ?

- Fluorescéine                                   Lumière bleue                                   Lampe à fente  
 Échelle de Parinaud                           Échelle de Monoyer                           Aucun

**14.** En général, devant un œil rouge aigu sans baisse d'acuité visuelle et sans étiologie allergique retrouvée, quel traitement probabiliste instaurez-vous en première intention ? (Plusieurs réponses possibles)

- Surveillance                                   Lavages oculaires                                   Massages palpébraux  
 Pansement oculaire                           Antisepsie locale                                   Antibiothérapie locale  
 Corticothérapie locale                       Antiviral local                                   Homéopathie locale  
 Phytothérapie                                   Larmes artificielles                               Autre

**15.** En moyenne pendant combien de jours prescrivez-vous ce traitement ?

Jours

**16.** En général si besoin, quelle antibiothérapie instaurez-vous en première intention ?

**17.** En général, devant un œil rouge sans baisse d'acuité visuelle avec probable étiologie allergique, quel traitement instaurez-vous en première intention ? (Plusieurs réponses possibles)

- Surveillance                                   Lavages oculaires                                   Massages palpébraux  
 Pansement oculaire                           Antisepsie locale                                   Antibiothérapie locale  
 Corticothérapie locale                       Antiviral local                                   Homéopathie locale  
 Phytothérapie                                   Larmes artificielles                               Autre

**18.** En moyenne pendant combien de jours prescrivez-vous ce traitement ?

Jours

**19.** Êtes-vous sensibilisé(e) au risque infectieux particulier chez les porteurs de lentilles de contact ?

- Oui     Non

**20.** Avez-vous eu l'occasion de vous former particulièrement à l'ophtalmologie (via FMC ou EPU) au cours des 3 dernières années ?

- Oui     Non

**21.**      Considérez-vous que trop peu de FMC ou d'EPU concernant la prise en charge en ophtalmologie sont disponible dans votre zone d'activité ?

- Pas du tout d'accord                       Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord                               Tout-à-fait d'accord

**22.**      Considérez-vous que la prise en charge de vos patients est plus difficile du fait de la relative indisponibilité des spécialistes en ophtalmologie ?

- Pas du tout d'accord                       Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt d'accord                               Tout-à-fait d'accord

**AUTEUR : Nom : GOSSET**

**Prénom : Nicolas**

**Date de Soutenance : 12 février 2016**

**Titre de la Thèse : Prise en charge des affections ophtalmologiques aiguës sans facteur de gravité en soin primaire en France : état des lieux de la prescription d'une l'antibiothérapie**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : *DES de Médecine Générale***

**Mots-clés : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé - Oeil rouge aigu – conjonctivite aiguë– soin primaire – antibiothérapie locale – facteurs favorisants**

**Résumé :**

**Contexte :** en 2004, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé publiait des recommandations de bonne pratiques concernant la prescription de « Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles ». Dans ce texte, l'antibiothérapie n'est pas recommandée en première intention dans le contexte étudié. La pratique en soin primaire semble cependant être encore éloignée de ces recommandations. Une étude du contexte au sein duquel ces antibiothérapies locales pourraient permettre de mettre en évidence des facteurs favorisants ces prescriptions.

**Méthode :** il s'agit d'une étude statistique analytique descriptive rétrospective avec analyse univariée et multivariée réalisée par questionnaire auprès d'un échantillon de 330 médecins généralistes de France métropolitaine. Cette étude vise à mettre en évidence des facteurs favorisants la prescription d'une antibiothérapie locale devant un œil rouge aigu douloureux sans signe de gravité au sein de ces cabinets de ville.

**Résultats :** Cette étude a permis de mettre en évidence que les praticiens généralistes prescrivaient une antibiothérapie locale dans près de 60% des cas. Nous avons montré que les médecins de 60 ans et plus avaient tendance à moins prescrire d'antibiothérapie locale par rapport à un médecin âgé de 45 ans ou moins, devant un œil rouge aigu douloureux en l'absence de facteur de gravité. Il est également démontré que le fait d'avoir au moins un élément matériel diagnostique spécifique à l'ophtalmologie diminue la probabilité de prescription d'une antibiothérapie locale en première intention.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean François ROULAND**

**Madame le Docteur Ariane LEROYER**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Gonzague FACON**