

2016-2017

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**Qualification en Médecine générale**

**Plaintes ophtalmologiques  
en médecine générale :  
recueil systématique par  
des internes en stage  
durant deux semestres**

**LECLAIR Iris-Anais**

Née le 19/03/1987 à Rennes (35)

**INGUERE Alice**

Née le 15/12/1988 à Le Mans (72)

**MICHENEAU Anne-Sophie**

Née le 25/01/1988 à Bressuire (79)

**PENIT Julien**

Né le 02/12/1988 à Thouars (79)

Sous la direction du Professeur CAILLIEZ Eric  
et la co-direction du Professeur HUEZ Jean-François

Membres du jury

Professeur LERMITE Émilie | Président

Professeur CAILLIEZ Eric | Membre

Dr EBRAN Jean-Marc | Membre

Professeur HUEZ Jean-François | Membre

Dr ROTTIER Jean-Bernard | Membre

Dr GENNETAY Stephanie | Membre

Soutenue publiquement le :  
17 Janvier 2017





# **ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Nous, soussignés Inguère Alice, Leclair Iris-Anais, Micheneau Anne-Sophie et Penit Julien déclarons être pleinement conscients que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce mémoire.

signé par les étudiants le **14/11/2016**

**INGUERE ALICE**

**LECLAIR IRIS-ANAIIS**

**MICHENEAU ANNE-SOPHIE**

**PENIT JULIEN**

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS**

---

**Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD**

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE**

**Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIKAnnick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIERFrédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTISGeorges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANIFrançoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologiemycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARDEric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDREJean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKIMarc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARDS Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLETSabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIERNicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

# REMERCIEMENTS COLLECTIFS

A Madame le Professeur LERMITE, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail. Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CAILLIEZ, nous vous remercions d'avoir initié ce beau projet. Vos conseils, votre enthousiasme et votre investissement nous ont été précieux.

A Monsieur le Professeur HUEZ, merci d'avoir soutenu notre projet et de nous avoir guidés dans sa rédaction.

Chers Professeurs, nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité, votre investissement et votre soutien tout au long de ce projet. Nous vous remercions pour vos conseils judicieux et pertinents qui ont accompagné nos sessions de travail. Veuillez trouver ici notre plus grand respect.

A Monsieur le Docteur EBRAN, pour nous faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur ROTTIER, pour avoir été à l'origine de ce travail et de l'intérêt porté à notre pratique.

A Madame le Docteur GENNETAY, pour nous faire l'honneur d'être membre de notre jury de thèse.

Nous tenions également à remercier la promotion d'internes de SASPAS de médecine générale d'ANGERS de mai 2015 à avril 2016 de leur participation active.

Sans votre investissement régulier nous n'aurions pu mener à terme cette étude.

Recevez ici toute notre profonde reconnaissance.

# REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

INGUÈRE Alice

Mille mercis à ma famille et tout particulièrement à mes parents pour leur amour inconditionnel, leur attention et leurs encouragements. Vous m'avez permis de faire tout ce que je voulais faire et vous continuez d'être toujours là pour moi. Du fond du cœur merci, vous êtes merveilleux.

Merci à mes amis, de la faculté de médecine et d'en dehors, anciens et nouveaux.

Merci à vous pour votre soutien chaleureux et les bonnes rigolades sans lesquelles la vie perd tout son sel.

Merci à tous ceux qui m'ont montré à quel point médecin est un métier formidable et m'ont transmis leur passion en même temps que leur savoir.

Et par-dessus tout merci à Maxime qui m'est à jamais indispensable. Et qui a supporté tout ce temps passé à travailler avec une patience angélique.

# REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

LECLAIR Iris-Anaïs

A mes parents, que je remercie pour leur soutien inconditionnel tout au long de ces longues années d'études. Je n'oublie pas vos sacrifices qui me permettent de m'accomplir dans ma vie personnelle et professionnelle. Je vous en serai toujours reconnaissante.

A mes sœurs, mes premières supportrices, merci pour tout !

Une pensée pour les autres membres de ma famille.

A mes carabines, que notre belle amitié perdure encore pour de nombreuses années.

A mes amis, avec qui j'ai partagé la vie mancelle et angevine ; merci pour tous ces souvenirs et retours d'expérience partagés. Et surtout, ces nombreuses soirées mémorables ; de vraies bouffées d'oxygène !!!

A l'hôpital Local du Grand-Lucé, et tout spécialement au Docteur LEBRET, de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne et pour sa pédagogie.

A l'équipe de Gériatrie et Médecine Interne de Saumur, pour m'avoir donné envie de rester pour encore longtemps au quatrième étage ! Que de belles rencontres professionnelles et amicales réalisées. Merci d'avoir contribué à mon expérience professionnelle et tout cela dans une superbe ambiance !

A « mes internes », pas de besoin plan B et des autres lettres de l'alphabet, la thèse est là ! Je vous remercie pour ces moments de folies, je ne suis pas prête de les oublier. Continuez à me surprendre !

A mes compagnons de route Angers-Saumur, je ne désespère pas de vous convertir à ma zenitude !

Et également, une pensée à ceux que j'ai pu côtoyer tout au long de mon parcours et qui ont pris de leur temps pour me transmettre des connaissances.

# REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

MICHENEAU Anne-Sophie

A Julien. Encore une étape franchie ensemble. A tes côtés, aujourd’hui est mieux qu’hier, j’attends avec impatience demain. Merci de me rendre si heureuse.

A ma mère pour son soutien, ma réussite est la tienne.

A mon père pour sa philosophie et sa sagesse qui m’inspirent au quotidien.

Je vous dédie ce travail.

A mes frères, les années nous rapprochent. A Élise qui n'est pas étrangère à cela, merci.

A mes nièces Romane, Faustine, Camille et Élise, le girl-power de demain.

A mamie Sara un modèle de force.

A Jacky et mamie Thérèse.

A Daniel et Nhan pour leur bienveillance.

A Anne pour ta générosité. A Pierre notre James Bond, te connaître est un plaisir qui ne fait qu’augmenter au fil des années. Merci également pour ton aide précieuse dans ce travail.

A Coralie, tu n'es pas étrangère à mon parcours. Élise, Anne, Marie-Ange, Louise, malgré l'éloignement votre amitié m'est indispensable.

A mes amis poitevins, Marion, Martin, Pierre, Antonin, Camille, Anne, Marion. Merci à la médecine de vous avoir mis sur ma route. Encore de beaux moments en perspective.

A mes amis angevins : Fanny, Julien, Medhi, Margot, Hélène, Adrien, JB, Hélo, Claire et Pierre. Je vous ai adoptés.



# REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

PENIT Julien

A Anne-Sophie, sans qui la vie serait moins belle. Merci d'avoir été à mes côtés pour traverser ces années plus sereinement, le meilleur est devant nous.

A mes parents, pour avoir été un exemple d'épanouissement personnel et professionnel. Vous m'avez donné l'envie et la possibilité de réaliser mes rêves.

A ma sœur Anne, pour notre complicité et son soutien pendant ces études. Ma réussite est en partie la tienne.

A Pierre, merci pour ton aide précieuse pendant ce travail et ton soutien durant toutes ces années. A Élise et Camille, j'aime vous voir grandir.

A mes grands-parents, pour la place qu'ils tiennent dans ma vie et dans mon cœur. A Ba Ngoai et Ong Ngoai, j'espère qu'ils auraient été fiers.

A mes beaux-parents, pour leur soutien et leur aide pendant ces années.

A Élise, Pascal, Éric, Faustine et Romane pour ces moments de bonheur partagés.

A mes amis d'Angers, de belles rencontres, Jean Baptiste, Héloïse, Hélène et Adrien, Claire et Pépère, Margot et Medhi, Fanny et Julien, Vincent.

A mes amis de Poitiers, Antonin, Pierre, Martin, Marion, Marion, Anne, Camille. Les années passées ensemble sont inoubliables. C'est toujours un bonheur de se retrouver.

A mes amis d'Airvault, Jérémy, Julien, Benjamin.

A tous les médecins qui m'ont accompagné dans ma formation.

Au Dr Gabard, pour m'avoir soutenu tout au long de mon internat.

## Liste des abréviations

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
- BAV : Baisse de l'Acuité Visuelle
- CISP-2 : Classification Internationale de Soins Primaire version 2
- DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
- ECOGEN : Etude des éléments de COnsultation en médecine GÉNérale
- IMG : Interne de Médecine Générale
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- MG : Médecin Généraliste
- MSU : Maitre de Stage Universitaire
- NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
- OMG : Observatoire de la Médecine Générale
- RC : Résultat de Consultation
- SAFE : Stage Ambulatoire Femme Enfant
- SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires AmbulatoiresSupervisé
- SFO : Société Française d'Ophtalmologie
- SNOF : Syndicat National Ophtalmologiste de France
- VEGF : VascularEndothelialGrowthFactor
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians

## PLAN

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.     La population .....</b>	<b>8</b>
<b>2.     Parcours de soins du patient .....</b>	<b>9</b>
2.1. Place de l'automédication .....	9
2.2. Le pharmacien .....	10
<b>3.     Parcours de soins de la plainte aux résultats de consultation .....</b>	<b>11</b>
3.1. Les problèmes ophtalmologiques selon la CISP-2 .....	11
3.2. Les résultats de consultation (RC) .....	12
3.3. De la plainte au diagnostic .....	13
3.3.1. Les RC fréquents.....	13
3.3.2. Les RC potentiellement graves .....	13
<b>4.     L'orientation des patients .....</b>	<b>14</b>
4.1. Les RC gérés par le MG .....	14
4.2. Les pathologies adressées .....	14
4.3. « <i>Pathologies graves</i> » non orientées .....	15
<b>5.     Les thérapeutiques .....</b>	<b>16</b>
5.1. Fréquence de prescriptions selon les principaux RC .....	16
5.2. Analyse de la prescription d'antibiotiques .....	17
5.3. Descriptions des prescriptions selon les résultats les plus fréquents.	18
<b>6.     Matériel ophtalmologique en cabinet sur les 80 lieux de stages ...</b>	<b>19</b>
<b>DISCUSSION ET PERSPECTIVE.....</b>	<b>20</b>
<b>1.     Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>20</b>
1.1. Forces de l'étude.....	20
1.2. Limites de l'étude.....	21
<b>2.     Discussion des résultats.....</b>	<b>22</b>
2.1. Comparaison avec la littérature.....	22
2.2. Pathologie grave .....	23
2.3. Sur-prescription des collyres/topiques antibiotiques .....	24
2.4. Dépistage des pathologies ophtalmologiques.....	24
2.5. Matériel ophtalmologique en cabinet .....	26
<b>3.     Perspectives .....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>31</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

# **LES PLAINTES OPHTALMOLOGIQUES EN MEDECINE GENERALE : RECUEIL SYSTEMATIQUE PAR DES INTERNES EN STAGE DURANT DEUX SEMESTRES**

**INGUERE A.<sup>1</sup>, LECLAIR I.<sup>1</sup>, MICHENEAU A-S.<sup>1</sup>, PENIT J.<sup>1</sup>**

Répartition du travail :

Alice Inguère et Iris Leclair ont recueilli puis retranscrit les questionnaires du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 octobre 2015.

Anne-Sophie Micheneau et Julien Pénit ont recueilli puis retranscrit les questionnaires du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 1<sup>er</sup> mai 2016. Ils ont également participé au recueil de données pendant ce semestre.

Chaque Binôme semestriel a analysé statistiquement ses données. Une mise en commun a été effectuée secondairement, avec nouvelle analyse statistique sur un an par les quatre investigateurs. Les analyses statistiques ont été réalisées par les investigateurs.

Les quatre investigateurs ont travaillé conjointement à la rédaction de l'ensemble de la thèse.

## RÉSUMÉ

Dans un contexte de déficit d'ophtalmologistes croissant, le médecin généraliste (MG) est de plus en plus sollicité pour répondre à la plainte ophtalmologique.

*Objectif* : L'objectif principal de l'étude PLANOPH était de décrire les plaintes et pathologies ophtalmologiques rencontrées par le MG ainsi que leurs prises en charge. Les objectifs secondaires consistaient à recenser le matériel ophtalmologique présent en cabinet de médecine générale et à définir le parcours de soin ayant précédé la consultation.

*Matériels et Méthodes* : Il s'agissait d'une étude quantitative, longitudinale, prospective et multicentrique, réalisée sur une période d'un an par 51 internes en médecine générale de la faculté d'Angers en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé. Une fiche d'observation rédigée selon la classification CISP-2 a servi au recueil.

*Résultats* : 674 fiches sur 53463 consultations ont été recueillies, soit un taux de consultations à problème ophtalmologique de 1,26 %. Les pathologies les plus fréquentes étaient les conjonctivites infectieuses, allergiques et les pathologies des paupières, représentant 80 % des résultats de consultation. Le MG a géré seul 89 % des situations. Les pathologies graves étaient rares (6 %), et la présence d'un signe clinique d'alarme engendrait une orientation vers l'ophtalmologue ( $p<0,05$ ). Le traitement le plus fréquemment prescrit était le topique antibiotique, dans 74 % des conjonctivites infectieuses. L'équipement en matériel ophtalmologique des cabinets était variable, seules les échelles visuelles étaient quasi systématiquement présentes.

*Conclusion* : Le MG est confronté essentiellement à des pathologies ophtalmologiques bénignes gérables en totale autonomie, avec cependant une sur-prescription d'antibiotiques. Les pathologies graves étaient rares et bien orientées. Certaines pathologies chroniques étaient

sous-dépistées. Une réflexion sur les besoins en soins primaires devrait guider la formation en ophtalmologie afin de mieux répondre aux compétences attendues en soins primaires.

## INTRODUCTION

L'ophtalmologie a été décrite en 2002 par l'Académie d'ophtalmologie comme une discipline médico-chirurgicale centrée sur l'appareil visuel et ses annexes<sup>(1)</sup>. Nombreux sont les acteurs de santé sollicités devant une plainte oculaire : ophtalmologistes, opticiens, orthoptistes, pharmaciens, médecins généralistes (MG) et services d'urgences<sup>(2)</sup>. Le déficit démographique actuel en ophtalmologistes entraîne des difficultés d'accès aux soins avec un allongement des délais de consultation. Une enquête nationale réalisée en 2016 par un réseau de centres de soins ophtalmologiques, a évalué le délai moyen à 85 jours (3,5 mois) avec des disparités géographiques<sup>(3)</sup>. Ce délai était inférieur à 3 mois en Aquitaine, Provence Alpes Côtes d'Azur, Corse et Ile-de-France, régions recensant la plus forte densité d'ophtalmologistes<sup>(4)</sup>. En Pays de la Loire, seuls la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire ont connu une augmentation du nombre d'ophtalmologistes de 2007 à 2016. Sur cette même période, la Sarthe et la Mayenne ont vu leur nombre diminuer respectivement de 8,6 % et 18,6 %.

Le MG, en première ligne des soins, est de plus en plus amené à gérer les problèmes ophtalmologiques. Son rôle est donc primordial dans la prise en charge de ces pathologies afin d'en prévenir les séquelles potentielles. Il existe peu de données dans la littérature, en particulier francophone, s'intéressant spécifiquement à la plainte ophtalmologique en médecine générale. En 2005, une étude du syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) portant sur la patientèle de 10 ophtalmologistes libéraux avait montré que près de 90 % des patients consultaient directement ; seuls 4 % des patients étaient alors adressés par un MG<sup>(5)</sup>. En 2010, une enquête sur le rôle des pharmaciens en ophtalmologie montrait qu'ils avaient essentiellement un rôle de conseil en matière de prescriptions ophtalmologiques aigües et chroniques<sup>(6)</sup>.

Sur le plan descriptif, les données de l'observatoire de la médecine générale (OMG) de 2009 ont montré que la conjonctivite était le 9<sup>ème</sup> motif de consultation le plus fréquent chez les 0-1 an. Tous âges confondus, elle restait dans les 50 premiers motifs de consultation. Une étude ancillaire d'ECOGEN (Éléments de Consultation en médecine Générale) centrée sur les plaintes et résultats de consultation de nature ophtalmologique est en cours et va permettre de renforcer ces données descriptives (7).

Cette enquête avait pour objectif principal de caractériser les plaintes et pathologies ophtalmologiques prises en charge par un médecin généraliste. Les objectifs secondaires étaient de recenser le matériel ophtalmologique présent en cabinet et décrire le parcours de soins du patient avant et après la prise en charge par le MG.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Il s'agissait d'une étude quantitative, longitudinale, prospective et multicentrique, réalisée sur une période d'un an ; intitulée « PLANOPH ».

La population étudiée concernait des patients consultant en médecine générale. Les critères d'inclusion étaient : tout problème ophtalmologique avec ou sans plainte quel que soit l'âge du patient. Étaient exclus les patients qui consultaient pour renouvellement de traitements ophtalmologiques dans le cadre d'une pathologie chronique, sans nouvel épisode aigu.

L'enquête a été programmée sur 2 semestres consécutifs. Elle impliquait potentiellement 59 internes. Les données ont été recueillies par deux groupes d'internes de médecine générale (IMG) en stage en autonomie supervisée (SASPAS) de 6 mois ; chacun effectuait 3 jours de stage par semaine dans 2 à 3 cabinets différents situés en Sarthe, Mayenne ou Maine et Loire. Chaque jour de présence, les IMG recueillaient les plaintes concernant l'œil, ses annexes ou la vision, ainsi que les problèmes ophtalmologiques découverts fortuitement en consultation de médecine générale. À chaque consultation comportant un problème ophtalmologique, l'interne remplissait une fiche d'observation codée selon la classification internationale en soins primaires (CISP 2). Le choix de la CISP permettait d'harmoniser le recueil des données, de favoriser leur reproductibilité et faciliter les comparaisons avec d'autres études.

La fiche comportait 64 items répartis en 5 groupes (voir annexe 1) : la plainte dans son contexte, les motifs non spécifiques de la plainte oculaire, les motifs spécifiques de la plainte oculaire, l'identification du problème de santé, la prise en charge proposée par l'interne.

Le recueil se faisait en temps réel sur les fiches papier, pendant ou en fin de consultation, afin d'éviter tout oubli. Une deuxième fiche, implantée tout au long du semestre, colligeait le nombre de consultations quotidiennes afin de mesurer l'incidence des consultations

d'ophtalmologie (voir annexe 2).

Par ailleurs, les IMG remplissaient également dans chacun des cabinets une fiche décrivant le matériel ophtalmologique à disposition (voir annexe 3).

Les questionnaires papier ont été récupérés lors des séances d'enseignement bimensuelles fréquentées par les IMG tout au long des semestres.

La saisie au fur et à mesure des différents questionnaires a été faite sur Sphinx online avec une conversion en fichier Excel, analysé grâce au logiciel Épi info 7. Le petit p était  $p<0,05$ .

# RÉSULTATS

## Présentation des résultats

Dans un souci de lisibilité, les items de la CISP2 ont été présentés en écriture italique (ex F70 : *conjonctivite infectieuse*). Dans les motifs spécifiques de la plainte oculaire l'item F04 : *avait des tâches visuelles ou flottantes dans le champ visuel, mouche volante* a été renommé « *myodésopsie* ». L'item F71 intitulé *blépharite, orgelet, chalazion* a été renommé : « *pathologies de paupières* ». Concernant les procédures, l'item *prise en charge initiale avec avis différé si inefficacité* a été raccourci en « *avis différé si besoin* ». On utilisera le mot « *cas* » pour parler des fiches.

Certaines pathologies rencontrées dans les verbatim n'étaient pas codées dans la CISP2 section ophtalmologie comme : syndrome sec, zona ophtalmique, migraine ophtalmique et œdème de la face. Ils ont été codés dans un item créé : F100 *autres résultats non ophtalmologiques*. Les pathologies susceptibles d'engager le pronostic visuel ont été réunies sous le terme « *pathologies graves* » et détaillées dans le paragraphe 3.2. Les signes de gravité ophtalmologique ont été regroupés sous le terme « *signes d'alarme* » et ont été explicités dans le paragraphe 3.3. Le petit p a été présenté seulement en cas de significativité. Les pourcentages ont été arrondis aux nombres entiers.

### 1. La population

Les investigateurs étaient les internes en SASPAS du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 octobre 2015, puis du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 30 avril 2016. Sur les 28 internes du premier semestre, 24 ont participé, sur les 31 du second semestre, 27, soit 51 investigateurs.

En 1 année, 674 fiches ont été recensées pour 53 463 consultations, 32 103 en hiver et 21 360 en été. L'incidence de problèmes ophtalmologiques était de 1,26 %. Sur le semestre d'hiver, l'incidence était de 1,31 % contre 1,19 % sur le semestre d'été, sans variation saisonnière significative.

La population observée était composée de 324 hommes et 350 femmes d'âges variés. Le Tableau 1 montre la répartition de la population selon les tranches d'âge.

Tableau 1 : Répartition de la population selon les tranches d'âge

Tranche d'âges (ans)	Femmes	Hommes	Tous
0 à 2	34 10%	45 14%	79 12%
2 à 6	56 16%	56 17%	112 17%
6 à 16	51 15%	34 11%	85 13%
16 à 45	98 28%	89 28%	187 28%
45 à 65	69 20%	68 21%	137 20%
> 65	42 12%	32 10%	74 11%

## 2. Parcours de soins du patient

### 2.1. Place de l'automédication

L'automédication concernait 151 patients (22 %), sans différence significative entre été et hiver.

Les patients automédiés avaient le plus souvent des symptômes évoluant depuis moins de 6 jours (73 %,  $p<0,05$ ). Ils étaient peu nombreux à avoir consulté plus tardivement : 20 % entre 7 jours et 1 mois, 6 % après 1 mois.

Neuf des patients s'étant automédiés (6 %) ont été adressés secondairement à l'ophtalmologue ou aux urgences.

Les motifs d'automédication étaient les suivants : 92 *écoulements de l'œil* (61 %), 81 *œil dououreux* (54 %), 79 *œil rouge* (52 %), 14 *perturbations de la vision* (9 %) ; un même patient pouvant présenter plusieurs plaintes.

Les produits utilisés en automédication étaient les lavages oculaires (40 %), les topiques antiseptiques (21 %), les antalgiques (11 %), les larmes artificielles (6 %), les topiques antibiotiques (6 %), les topiques corticoïdes antibiotiques (5 %) ou topiques antiallergiques (5 %) (Annexe 4).

## 2.2. Le pharmacien

Le pharmacien a été le 1<sup>er</sup> recours dans 67 cas. Il avait orienté vers le MG 29 fois (43 %), avec 4 orientations secondaires vers l'ophtalmologue (14 %).

Aucun des 38 patients traités par le pharmacien n'a nécessité de recours secondaire aux urgences ou à l'ophtalmologue, 23 ont été gérés en un temps par le MG, et 15 avec avis différé si besoin. Le pharmacien avait délivré en moyenne 1,16 traitement : 1 pour 32 patients, 2 pour les 6 autres.

L'essentiel des traitements préconisés était des topiques antiseptiques (52 %), des collyres indifférenciés (16 %), des lavages oculaires (11 %) (Annexe 5).

Le pharmacien n'a pas été le seul professionnel de santé consulté avant le MG : 1 % avaient consulté l'infirmière, 0,2 % l'opticien, 6 % un MG (le même ou un autre), 3 % l'ophtalmologue.

### **3. Parcours de soins de la plainte aux résultats de consultation**

Dans 80 % des cas, le MG était le 1<sup>er</sup> soignant consulté. Quatre des 674 fiches ne précisait pas si le motif ophtalmologique était le principal, secondaire, ou de découverte sans plainte.

Le problème ophtalmologique était le motif principal de consultation dans 71 % des cas, un motif secondaire dans 25 % des cas. Une découverte sans plainte concernait 4 % des cas ; il s'agissait alors de 13 *conjonctivites infectieuses*, de 5 « *pathologies des paupières* », d'une *conjonctivite allergique*, d'une *contusion ou hémorragie de l'œil*, d'un zona et de 6 *troubles de la réfraction*.

Un défaut de réfraction sur 5 a été découvert en l'absence de plainte.

Dans 73 % des cas, le délai de consultation depuis le début des symptômes était inférieur à 6 jours, moins de 2 jours dans 45 % des cas, et entre 3 et 6 jours dans 28 % des cas. Le délai dépassait un mois pour 9 % des cas.

#### **3.1. Les problèmes ophtalmologiques selon la CISP-2**

Les plaintes non spécifiquement ophtalmologiques les plus fréquentes étaient : 182 *gonflements* (27 %), 106 *sensations d'être malade* (16 %), 83 *préoccupations par rapport à son image corporelle* (12 %) et 50 *fièvres* (7 %). La fièvre concernait majoritairement des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans (64 %).

Les plaintes spécifiquement ophtalmologiques les plus fréquentes étaient : 362 *écoulements de l'œil* (54 %), 342 *œil rouge* (51 %), 198 *œil douloureux* (29 %), 168 *sensations oculaires anormales* (25 %) et 86 *perturbations de la vision* (13 %).

Très peu de personnes ont consulté pour des problèmes de lunettes ou de lentilles.

### 3.2. Les résultats de consultation(RC)

Le Tableau 2 montre les 10 principaux résultats de consultations répartis selon les tranches d'âge.

Tableau 2 : Résultats de consultations les plus fréquents par âge

Diagnostic (par ordre de fréquence)	Total	< 2 ans	2 à 6 ans	6 à 16 ans	16 à 45 ans	45 à 65 ans	> 65 ans
F70 conjonctivite infectieuse	324 48%	73 23%	86 27%	31 10%	59 18%	42 13%	33 11%
F72 "pathologie des paupières"	143 21%	5 4%	10 7%	28 20%	54 38%	34 24%	12 8%
F71 conjonctivite allergique avec ou sans rhinorrhée	74 11%	0 0%	6 8%	13 17%	24 32%	24 32%	7 9%
F75 contusion ou hémorragie de l'œil	30 5%	0 0%	2 7%	5 17%	5 17%	11 37%	7 23%
F91 défaut de réfraction	27 4%	0 0%	2 7%	6 22%	15 56%	3 11%	1 4%
F79 autre lésion traumatique de l'œil	18 3%	0 0%	2 11%	0 0%	12 67%	4 22%	0 0%
F73 autre infection ou inflammation de l'œil	15 2%	0 0%	0 0%	1 7%	5 33%	6 40%	3 20%
F76 corps étranger de l'œil sans abrasion de la cornée	14 2%	0 0%	0 0%	1 7%	4 29%	8 57%	1 7%
F99 autre maladie de l'œil et des annexes	11 2%	0 0%	3 27%	1 9%	4 36%	1 9%	2 18%
F100 autre résultat non ophtalmologique	10 2%	0 0%	0 0%	1 10%	5 50%	1 10%	3 30%

Les trois principaux RC, représentant 80 % de l'ensemble des RC, étaient : la *conjonctivite infectieuse* (48 %), les « *pathologies des paupières* » (21 %), la *conjonctivite allergique* (11 %).

La majorité des *conjonctivites infectieuses* concernait les enfants âgés de moins de 6 ans( $p<0,05$ ). Les moins de 2 ans ont été concernés exclusivement par les *conjonctivites infectieuses* ou les « *pathologies des paupières* », hormis un cas de *sténose du canal lacrymal*. Aucun cas de strabisme ni de défaut de réfraction n'a été signalé chez les moins de 2 ans.

Chez les 16-65 ans, les « *pathologies des paupières* » et la *conjonctivite allergique* étaient majoritaires. Après 65 ans *les contusions ou hémorragies de l'œil* étaient les plus fréquents ( $p<0,05$ ).

Les *conjonctivites infectieuses* ont été significativement plus fréquentes le semestre d'hiver (57 % vs 33 %,  $p<0,05$ ). Les *conjonctivites allergiques* ont été plus nombreuses l'été (22 % vs 5 % ;  $p<0,05$ ). Les *autres lésions traumatiques de l'œil* étaient plus fréquentes l'été ( $p<0,05$ ). Il n'y avait pas de variations saisonnières significatives pour les autres RC.

Le taux de RC pouvant engager le pronostic visuel était de 6 % (38 cas sur 674). Il s'agissait des *autres infections ou inflammation de l'œil, tumeur de l'œil, décollement de rétine, dégénérescence maculaire sauf rétinopathies, ulcère de cornée, glaucome, cécité partielle ou totale des deux yeux, zona ophthalmique* (inclus dans *F100 autres résultats non ophtalmologiques*). Ils ont été dénommés « *pathologies graves* ».

### **3.3. De la plainte au diagnostic**

#### **3.3.1. Les RC fréquents**

La *conjonctivite infectieuse* était associée de façon significative ( $p<0,05$ ) aux plaintes suivantes : *écoulement de l'œil* (78 %), *œil rouge* (74 %), *sensation oculaire anormale* (21 %).

Les plaintes ayant un lien significatif ( $p<0,05$ ) avec « *les pathologies de paupières* » étaient : *l'œil rouge* 20%, *l'écoulement de l'œil* 22 % et *sensation oculaire anormale* 50 %.

Dans les *conjonctivites allergiques*, les plaintes ayant un lien significatif ( $p<0,05$ ) étaient *l'œil rouge* 39 %, *l'écoulement de l'œil* 72 % et *la sensation oculaire anormale* 50 %.

#### **3.3.2. Les RC potentiellement graves :**

Les plaintes significativement associées aux affections potentiellement graves étaient : les « *myodésopsies* », les *perturbations de la vision* et les *limitations de la fonction ou incapacités*.

Ils ont été réunis sous l'appellation « *signes d'alarme* ».

L'œil douloureux n'était pas un signe clinique spécifique, car retrouvé de façon non significative dans la majorité des résultats de consultation (*conjonctivites infectieuses* 28 %, *conjonctivites allergiques* 23 %, « *pathologies de paupières* » 34 %). Sa présence était cependant très significative ( $p<0,05$ ) dans les pathologies suivantes : *corps étranger de l'œil* 71 %, *autres lésions traumatiques de l'œil* 61 %, *ulcères de cornée* 100 %, *glaucomes* 80 %.

## 4. L'orientation des patients

### 4.1. Les RC gérés par le MG :

Le MG a géré seul 89 % des consultations (598), soit en une seule consultation dans 60 % (407), soit avec « *avis différé si besoin* » dans 28 % (191).

Lorsqu'un avis différé était proposé, il l'était dans un délai de 7 jours dans 63 % des cas.

Les RC gérés significativement par le MG étaient les *conjonctivites infectieuses*, *conjonctivites allergiques*, les « *pathologies de paupières* », les *corps étrangers* ( $p<0,05$ ).

Le MG a géré toutes les *conjonctivites allergiques*, plus de 97 % des *conjonctivites infectieuses* et « *pathologies de paupières* », 86 % des *contusions de l'œil*, 57 % des *corps étrangers*. La présence de « *signes d'alarme* » entraînait leur orientation.

### 4.2. Les pathologies adressées

Le MG a orienté 76 cas soit 11 % des consultations. Le MG orientait vers l'ophtalmologue dans 56 cas, vers les urgences dans 20 cas.

Les pathologies ophtalmologiques pour lesquelles les patients étaient systématiquement orientés étaient des « *pathologies graves* » et/ou relevant d'une prise en charge spécialisée ( $p<0.05$ ) : *décollements de rétine*, *cécités partielles ou totale des 2 yeux*, *tumeurs oculaires*, *rétinopathies diabétiques et hypertensives*.

Les pathologies ayant entraîné une orientation vers l'ophtalmologue ou les urgences ont été détaillées dans le Tableau 3, et classées par fréquence décroissante d'orientation.

Tableau 3 : Pathologies orientées par le MG vers l'ophtalmologue ou les urgences

Résultats de Consultation	Nombre de cas réorientés	Nombre de cas
F94 Cécité partielle ou totale des 2 yeux	5	5
F82 Décollement de rétine	3	3
F83 Rétinopathie diabétique ou hypertensive	2	2
F74 Tumeur oculaire	1	1
F91 Défaut de réfraction	21	27
F85 Ulcère de la cornée	3	5
F93 Glaucome	3	5
F79 Autre lésion traumatique de l'œil	10	18
F95 Strabisme	1	2
F99 Autre maladie de l'œil ou des annexes	5	11
F76 Corps étranger de l'œil	6	14
F100 Autre résultat non ophtalmologique dont Zona	4 1	10 2
F73 Autre infection ou inflammation de l'œil	4	15
F75 Contusion ou hémorragie de l'œil	4	30
F72 Blépharite orgelet, chalazion	4	143
F70 Conjonctivite infectieuse	4	324

La majorité des pathologies orientées l'était en présence de « *signes d'alarme* ». En effet « *les myodésopsies* », *perturbation de la vision* et la *limitation de la fonction ou incapacité visuelle*, étaient les seules plaintes ayant un lien significatif avec l'orientation vers l'ophtalmologue ou les urgences ( $p<0,05$ ).

Ainsi, les *contusions de l'œil*, *corps étranger* et les *conjonctivites infectieuses* présentant des « *signes d'alarme* » étaient orientées.

Les « *pathologies de paupières* » ont été adressées devant la persistance des symptômes après échec d'un premier traitement.

#### 4.3. « *Pathologies graves* » non orientées

Les « *pathologies graves* » ou présentant des « *signes d'alarme* » ont été réorientées dans la plupart des cas. Seuls deux cas d'*ulcère de cornée* sur 5 avec « *signes d'alarme* » n'ont pas

été adressés. L'un des 2 zones n'a pas été adressé, le patient ne présentait pas de « *signes d'alarme* » mais s'était automédiqué par topique corticoïde + antibiotique.

*Les autres infections ou inflammations de l'œil, « pathologies graves », étaient le plus souvent prises en charge par le MG avec proposition d'avis différé si inefficacité (9 cas sur 15). La présence de « *signes d'alarme* » entraînait l'orientation à l'exception de 2 cas. Le cas de DMLA et 3 cas de glaucome sur 5 n'ont pas été orientés car ils bénéficiaient d'un suivi ophtalmologique et consultaient pour une pathologie intercurrente.*

## 5. Les thérapeutiques

### 5.1. Fréquence de prescriptions selon les principaux RC

La majorité des 674 consultations a abouti à une prescription médicamenteuse. Il y a eu 859 médicaments prescrits, topiques ou per os, soit 1,27 traitement par consultation. Quarante-vingt-seize consultations n'ont pas abouti à une prescription médicamenteuse.

Lorsqu'un traitement était proposé, il s'agissait d'une monothérapie dans 56 %, d'une bithérapie dans 40 %, d'une trithérapie dans 4 % des cas.

Le Tableau 4 décrit la variété des traitements prescrits aux cours des 674 consultations.

Tableau 4 : Traitements prescrits pour 674 consultations

Traitements par ordre de fréquence	Nombre de prescriptions	Fréquence selon les consultations ophtalmologiques (%)
Topiques antibiotiques	314	46
Topiques antiseptiques	205	30
Topiques corticoïdes + antibiotiques	83	12
<i>dont STERDEX</i>	58	9
Lavages oculaires	64	10
Topiques antiallergiques	51	8
Topiques cicatrisants	33	5
Antibiotiques oraux	27	4
<i>dont Amoxicilline-acide clavulanique</i>	26	4
Antihistaminiques oraux	23	3
Massages des paupières	20	3
Réassurance	18	3
Antiviraux (per os et topiques)	5	1

## 5.2. Analyse de la prescription d'antibiotiques

Le topique antibiotique était prescrit dans 47 % des cas. Les moins de 16 ans ont reçu plus de topiques antibiotiques que les adultes ( $p<0,05$ ).

Cinq familles de topiques antibiotiques ont été prescrites sans différence significative entre adultes et enfants : les aminosides (49 %), la rifamycine (25 %), les macrolides (21 %), l'acide fucidique (5 %), les fluoroquinolones (0,6 %).

Les plaintes significativement associées à une prescription de topiques antibiotiques étaient *l'œil rouge, l'écoulement de l'œil et l'apparence anormale de l'œil* ( $p<0,05$ ). La *conjonctivite infectieuse* était la pathologie recevant le plus d'antibiotiques, 76 % des prescriptions d'antibiotiques topiques la concernaient ( $p<0,05$ ).

Cependant, 13 % de *conjonctivites infectieuses* ayant reçu un topique antibiotique n'avaient pas d'anomalies constatées à l'examen clinique.

### **5.3. Descriptions des prescriptions selon les résultats les plus fréquents**

La prescription lors des *conjonctivites infectieuses* (324) comportait un topique antibiotique pour 74 % des cas, un topique antiseptique pour 43 %, un lavage oculaire au sérum physiologique pour 13 %.

Les 27 prescriptions d'antibiotiques per os ont toutes été faites dans le cadre de *conjonctivites infectieuses*. Il s'agissait de l'Amoxicilline + acide clavulanique hormis pour une prescription de macrolide. La prescription d'antibiotique était réalisée quasi exclusivement chez des enfants (25 cas), dans un contexte de fièvre dans 13 cas sur 27 et 6 verbatim évoquaient l'association à une otite.

Les moins de 16 ans recevaient plus de prescriptions de topiques antibiotiques pour une *conjonctivite infectieuse* que les adultes ( $p<0,05$ ), particulièrement les enfants de moins de 2 ans ( $p<0,05$ ).

Dans les « *pathologies de paupières* », le traitement le plus fréquemment prescrit, était le topique associant corticoïde + antibiotique dans 46 % des cas ; ( $p<0,05$ ). Un topique antibiotique seul était prescrit dans 43% des cas. Le massage de paupière a été conseillé 19 fois (13 %).

Dans les *conjonctivites allergiques*, les traitements les plus fréquemment prescrits ( $p<0,05$ ) étaient le collyre antiallergique dans 65% des cas puis l'antihistaminique per os 28% des cas.

## **6. Matériel ophtalmologique en cabinet sur les 80 lieux de stages**

Sur les 80 cabinets de MG recensés on retrouvait quasi-systématiquement les échelles pour l'évaluation de la vision de loin chez l'adulte et l'enfant, le reste du matériel était très variable selon les cabinets (voir Tableau 5) :

Tableau 5 : Fréquence du matériel ophtalmologique dans les 80 cabinets médicaux

<b>Matériel</b>	<b>Nombre</b>	<b>Proportion dans cabinets médicaux (%)</b>
Échelle de Monoyer	78	98
Échelle visuelle pour enfant	65	81
Obturateur/cache œil	50	63
Fluorescéine	49	61
Collyre anesthésique	48	60
Matériel d'extraction pour corps étrangers	46	58
Test Parinaud	39	49
Grille d'Amsler	24	30
Ophtalmoscope simple	22	28
Éclairage bleu	8	10
Écarteur à paupière	3	4
Ophtalmoscope lumière bleu	3	4

## **DISCUSSION ET PERSPECTIVE**

Le taux de consultations à motif ophtalmologique sur un an était de 1,26 %. Le MG était peu confronté aux pathologies graves (6 %). Un critère clinique de gravité (perturbation de la vision et/ou myodésopsies) engendrait une orientation pour avis spécialisé auprès d'un ophtalmologue ou d'un service d'urgences. La majorité des pathologies rencontrées par le MG était bénigne et gérée en autonomie. Dans plus de 70% des cas, la plainte oculaire était le principal motif de consultation.

Les pathologies les plus fréquentes, représentant 80 % des consultations, ont été les conjonctivites infectieuses, allergiques et les pathologies des paupières. Les variations saisonnières significatives concernaient les conjonctivites infectieuses prédominantes l'hiver ; les conjonctivites allergiques et les lésions traumatiques de l'œil étaient plus fréquentes l'été. Quelques troubles de réfraction ont été dépistés en l'absence de plaintes.

Nombre de consultations ont abouti à une prescription médicamenteuse surtout de topiques antibiotiques. Vingt-deux pour cent des patients s'étaient automédiqués. Trois quarts des cabinets possédaient une échelle de Monnoyer et une échelle visuelle de l'enfant.

### **1. Forces et limites de l'étude**

#### **1.1. Forces de l'étude**

L'étude PLANOPH visait à décrire spécifiquement les plaintes ophtalmologiques rencontrées en médecine générale, du parcours de soins à la prise en charge du MG. Un nombre de fiches important a été recueilli sur les 2 semestres (674 fiches), et a permis d'étudier les variations saisonnières. Elle a permis de recenser l'ensemble des problèmes ophtalmologiques rencontrés en premiers recours sans focus sur une pathologie particulière. Un suivi régulier de l'avancée

de l'étude auprès des investigateurs permettait de répondre à leurs interrogations et de les stimuler. Durant le semestre de novembre 2015 à avril 2016, deux des chercheurs ont participé aussi au recueil de données, ce qui a pu stimuler davantage leurs collègues investigateurs et entraîner un recueil plus important de fiches.

L'utilisation d'un outil commun de codage (CISP 2) pour harmoniser un recueil des données effectuées par de nombreux investigateurs a permis d'obtenir des variables reproductibles.

La CISP-2 a été développée par la World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA)<sup>(8)</sup>. Elle est à ce jour une des classifications internationales les mieux adaptées aux soins primaires pour le codage des différents éléments de consultations.

Le questionnaire était simple à remplir. La saisie des données en temps réel limitait les erreurs de retranscription et les oubliés. Le verbatim ajouté a aidé secondairement à corriger certaines incohérences lors de l'analyse des résultats.

## 1.2. Limites de l'étude

### **Discussion sur les investigateurs et le biais de recrutement**

Une précédente étude a montré la représentativité des patientèles des maitres de stage universitaire (MSU) par rapport à celles de l'ensemble des MG<sup>(9)</sup>. Néanmoins, il est probable que la composition de la patientèle rencontrée par l'IMG diffère (sujets plus jeunes, situations plutôt aigües). Cela pourrait être un biais de recrutement. Ainsi, l'étude donne une bonne idée des plaintes ophtalmologiques aigües vues en médecine générale, sous évaluant probablement les pathologies d'installation progressive.

On ne peut éliminer un biais de sous déclaration par certains internes. L'introduction d'un questionnaire au cours de la consultation donnait un travail supplémentaire et en allongeait le temps. Il était parfois rempli en temps différé pouvant entraîner une perte de données.

## **Discussion sur la CISP2<sup>(8)</sup>**

Le regroupement sous des codes uniques de pathologies de gravités et d'étiologies différentes a pu entraîner des imprécisions lors de l'analyse des résultats. Le regroupement de *fatigue oculaire* et *cécité* sous un même code en est un exemple. Ce manque de précision est retrouvé dans d'autres classifications comme la classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision (CIM 10)<sup>(10)</sup>. Pour exemple, elle ne distingue pas les différents types de conjonctivites. Elle est moins adaptée à cette étude car elle ne classifie que les diagnostics ophtalmologiques sans prendre en compte ni les plaintes, ni les procédures.

## **2. Discussion des résultats**

### **2.1. Comparaison avec la littérature**

La mesure du taux de consultation à motif ophtalmologique de 1,26 % exprime une incidence alors que les autres données de la littérature présentent une mesure de prévalence.

L'étude ECOGEN menée de décembre 2011 à avril 2012, avait recensé 470 consultations ayant un ou plusieurs résultats de consultations ophtalmologiques (codé F) nouveaux ou connus sur un total de 20 613 consultations, soit un taux de RC de 2,28 %<sup>(7)</sup>.

L'étude McDonnell menée de juillet à septembre 1986 en Angleterre retrouvait une prévalence de 2,3%, incluant les problèmes ophtalmologiques nouveaux et déjà connus<sup>(11)</sup>. Cette différence avec PLANOPH peut s'expliquer par le choix du critère d'exclusion.

L'étude de Sheldrick et al réalisée en Angleterre, de mars 1989 à février 1990, recensait 120 000 consultations de médecine générale avec 1,5% de consultations à motif ophtalmologique<sup>(12)</sup>. Cela prenait en compte tous les patients consultant pour motif ophtalmologique, y compris les renouvellements de traitement et les pathologies chroniques en suivi. Le taux de

consultation ayant rapport avec une pathologie ophtalmologique nouvelle a pu être évalué à 1,36% au vu des données disponibles, ce qui reste comparable à PLANOPH. PLANOPH, comme les 2 études anglaises, confirme que la conjonctivite infectieuse, les conjonctivites allergiques, et les pathologies de paupières sont les 3 diagnostics les plus fréquents en médecine générale.

## 2.2. Pathologies graves

Ce travail montre un faible taux de pathologies graves (6%) dont la symptomatologie bruyante et inquiétante favorise probablement un recours spécialisé directement ou après régulation par le secrétariat ou le MG. Dans une étude menée à Nancy en 2012, une majorité de patients consultait aux urgences ophtalmologiques de leur propre initiative<sup>(13)</sup>.

La présence des « *signes d'alarmes* » : « *myodesopsies* », *troubles de la vision* et *limitations de fonction ou incapacité* entraînaient une orientation vers un ophtalmologue ou les urgences ( $p<0,05$ ). Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a décrit 5 « drapeaux rouges » ou signes de gravités ophtalmologiques : photophobie, baisse de l'acuité visuelle, douleur oculaire modérée à intense, rougeur marquée et présence de corps étrangers ou traumatisme pénétrant de l'œil<sup>(14)(15)</sup>.

Dans PLANOPH, l'intensité de la douleur et de la rougeur oculaire ne pouvait pas être quantifiée dans les items de la CISPII, ce qui pourrait expliquer pourquoi ces 2 plaintes n'étaient pas significativement orientées. Le reste des signes de gravité était en accord avec ceux mis en évidence (la photophobie était évoquée dans l'item *perturbation de la vision* et les traumatismes pénétrants de l'œil faisaient partie des « *pathologies graves* »).

Les situations potentiellement graves étaient bien orientées à quelques exceptions : deux cas d'ulcère de cornée avec « *signes d'alarme* » et un zona ophtalmique. L'analyse des verbatim n'a pas permis d'identifier pour quelles raisons ils n'ont pas été adressés.

Les pathologies inflammatoires de l'œil étaient peu orientées alors qu'il s'agit de pathologies graves nécessitant un examen ophtalmologique spécialisé à court terme<sup>(16)</sup>. La rareté de ces pathologiques peut expliquer une méconnaissance des risques potentiels évolutifs de ces pathologies et leur absence d'orientation immédiate.

### **2.3. Sur-prescription des collyres/topiques antibiotiques**

Dans PLANOPH, les topiques antibiotiques étaient très largement prescrits (46% de l'ensemble des prescriptions). L'Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) recommandait en 2004 leur prescription uniquement en cas de signes de gravité et/ou de facteurs de risque<sup>(17)</sup>. Pourtant, environ 13% des conjonctivites traitées par un antibiotique n'avaient pas de signe clinique objectivable lors de la consultation.

Cette sur-prescription antibiotique a été pointée dans de nombreuses études. Une étude australienne réalisée à BRISBANE en 2006 montrait qu'elle avait été considérée comme non nécessaire par l'ophtalmologiste dans plus de 50 % des cas<sup>(18)</sup>. Les risques potentiels relevés étaient, outre la iatrogénie, une majoration du risque d'antibio-résistance, un allongement du délai avant orientation vers le spécialiste (en cas d'échec du traitement). Cette étude retrouvait également un sur-diagnostic des conjonctivites infectieuses, aux dépens d'autres pathologies plus graves (19% des iritis).

Dans PLANOPH, la douleur étant présente dans 28% des conjonctivites infectieuses, et 23% des conjonctivites allergiques, on pourrait se questionner de même sur une surestimation du taux de conjonctivites au détriment de pathologies plus graves.

### **2.4. Dépistage des pathologies ophtalmologiques**

Ce travail a retrouvé une faible incidence de pathologies ophtalmologiques chroniques liées à l'âge telles que les cataractes, les DMLA, les rétinopathies diabétiques ou hypertensives et le

glaucome dans sa forme chronique (9 cas soit 1,34%). La méthodologie de l'enquête en explique une partie : elle excluait ces patients, et s'adressait à des IMG comme investigateurs et non à des médecins traitants. Une autre raison pourrait être le caractère pauci symptomatique de ces pathologies nécessitant un examen ophtalmologique spécialisé pour en affirmer le diagnostic. De plus la grande majorité des patients (80%) consulte l'ophtalmologue en accès direct, comme prévu par la convention dans le système du médecin traitant<sup>(5)</sup>. Les motifs principaux de ces consultations sont alors dans 51% des cas, une baisse de la vision et un contrôle visuel dans 35% des cas. On peut également évoquer un manque de sensibilisation des internes au dépistage de certaines pathologies ophtalmologiques chroniques, telle que la DMLA au moyen de la grille d'Amsler.

Une des surprises de ce travail était liée au faible nombre de troubles de la vision, de strabisme et de sténose du canal lacrymal dépistés chez les enfants. Une étude menée en 2008 estimait la prévalence de strabisme entre 3 % et 5 % dans une population d'enfants préscolaires d'origine caucasienne<sup>(19)</sup>. Lors de cette étude, aucun cas de strabisme n'a été détecté avant 6 ans. Ce résultat interroge d'autant plus qu'on estime que 10% des enfants français de moins de 5 ans pourraient avoir une ou plusieurs anomalies de la vision<sup>(20)</sup>. Un sous-diagnostic peut donc être craint d'autant qu'une étude réalisée en Maine et Loire avait relevé une insuffisance de dépistage du strabisme et de l'amblyopie lors des examens de nourrissons<sup>(21)</sup>. Néanmoins le rapport de la SFO sur le strabisme de 2013 nuance ces résultats, un dépistage entre 3,5 et 4,5 ans serait plus efficient qu'un dépistage trop précoce<sup>(22)</sup>.

Une autre étude menée dans la région de Caen en 2013/2014 auprès de médecins généralistes et de pédiatres pointait leur difficulté à dépister les anomalies ophtalmologiques guidées par les items du carnet de santé<sup>(23)</sup>.

## **2.5. Matériel ophtalmologique en cabinet**

La majorité des MG possédait un matériel adapté au dépistage des troubles visuels de loin. On notait des différences importantes dans l'inventaire du matériel d'un même cabinet entre les deux semestres. Les raisons pouvant être mises en avant seraient le manque d'assiduité de certains internes, ou bien manque de connaissance des différents matériels ophtalmologiques et de leur utilisation ; l'interne ne recensant que ce qu'il utilisait dans sa pratique.

Le MG rencontre essentiellement des pathologies ophtalmologiques bénignes d'ordre infectieux, ne nécessitant pas de matériel ophtalmologique spécifique.

L'ophtalmoscope était peu présent dans les cabinets (27,5% des cabinets recensés). Peu d'IMG sont formés à son utilisation. Par contre, l'otoscope utilisé dans le bilan ophtalmologique pédiatrique a démontré son efficacité pour la recherche des lueurs pupillaires, les réflexes photo-moteurs, la transparence cornéenne <sup>(24)</sup>. Son bon usage nécessitera une formation complémentaire des IMG.

## **3. Perspectives**

La carence démographique en ophtalmologistes a amené une réflexion sur les moyens pour pallier l'allongement des délais de consultation. L'un des axes en cours d'étude proposé par le syndicat national d'ophtalmologie de France (SNOF), est la délégation des tâches de l'ophtalmologue vers les autres professionnels de la filière visuelle <sup>(5)</sup>. Le MG est amené à être un acteur supplémentaire dans cette filière. Un de ses rôles est la détection précoce de signes d'alerte de pathologies oculaires graves pour mieux les orienter vers l'ophtalmologue.

Le probable sous dépistage de pathologies ophtalmologiques de l'enfant (strabisme, trouble de la réfraction) et de la personne âgée (cataracte, DMLA, rétinopathie diabétique et hypertensive) permet de cibler les besoins de formation. Actuellement, l'apprentissage des réponses à

la plainte ophtalmologique s'effectue essentiellement au cours des stages ambulatoires auprès du MG ou aux urgences. Cependant les occasions de rencontrer ces pathologies sont rares du fait de leur faible prévalence. Une formation adaptée permettrait à l'interne de se confronter suffisamment aux situations pathologiques afin de mieux les repérer. Les outils en ligne d'aide à la décision médicale tel « Ophtalmoclic » sont également une aide précieuse en soin primaire utilisable en consultation pour conforter le médecin en s'appuyant sur des référentiels récents<sup>(25)</sup>. Le développement de ces compétences se fera au mieux lors de la rencontre des diverses situations cliniques permettant l'apprentissage des habiletés cliniques accompagné par les maîtres de stage en situation de supervision. Cela suppose l'appropriation par les maîtres de stages des attendus de formation. Une réflexion sur les besoins en soins primaires devrait guider le contenu des formations cliniques et théoriques dès le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Polycopié national du collège des ophtalmologistes universitaires de france | Société Française d'Ophtalmologie [Internet]. [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.sfo.asso.fr/professionnels/polycopie-national-du-college-des-ophtalmologistes-universitaires-de-france>
2. Arne JL, Dufier JL, Hamard H, Legall JR, Legent F, Nicolas G. Prise en charge des soins ophtalmologiques en France [Internet]. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2013 mai [cité 13 déc 2016]. Report No.: 197, NaN-5, 1051-1053. Disponible sur: <http://www.snof.org/sites/default/files/PRISE%20EN%20CHARGE%20DES%20SOINS%20OPHTALMOLOGIQUES%20EN%20FRANCE.pdf>
3. Groupe Point Vision. 2ème étude nationale d'évaluation d'accès à la consultation en ophtalmologie (2016) [Internet]. 2016 [cité 30 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.groupepointvision.com/actualites/cdp/deuxieme-vague-dune-etude-nationale-devaluation-des-delais-moyens-dobtention-dun-rendez-vous-chez-3239-ophtalmologistes/>
4. Le Breton-Lerouvilhois G, Rault JF. Atlas de la démographie medicale 2016 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 janv [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
5. L'ophtalmologie et la Filière visuelle en France : perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030 [Internet]. Société Nationale des Ophtalmologistes de France; 2006 [cité 17 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ophtalmo.net/bv/Doc/2006-filiere-rapport-snof.pdf>
6. Delolme M-P, Law-Ki A, Belon J-P, Creuzot-Garcher C, Bron A. Place du pharmacien de ville dans la prise en charge des patients en ophtalmologie. J Fr Ophtalmol. mars 2011;34(3):168-74.
7. Letrilliart L., Supper I., Schuers M., Darmon D., Boulet P., Favre M., ... & Mercier A. ECOGEN: étude des éléments de la consultation en médecine générale. Exercer. 2014;(114):148-57.
8. Wonca. ICPC-2-R: International Classification of Primary Care. 2ème. Oxford University Press; 2005. 204 p. (Oxford Medical Publications).
9. Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):59-67.
10. Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème. OMS-Broché; 2009.
11. McDonnell PJ. How do general practitioners manage eye disease in the community? Br J Ophthalmol. oct 1988;72(10):733-6.

12. Sheldrick JH, Vernon SA, Wilson A. Study of diagnostic accord between general practitioners and an ophthalmologist. *BMJ*. 25 avr 1992;304(6834):1096-8.
13. Ameloot F. Activité et Epidemiologie d'une unité d'urgence ophtalmologique récemment créée au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy [Thèse de Doctorat en Médecine spécialisée]. [Nancy]: Université de Lorraine-Faculté de Médecine; 2012.
14. Summaries Clinical Knowledge. Red eye [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence. 2016 [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://cks.nice.org.uk/red-eye>
15. Kilduff C, Lois C. Red eyes and red-flags: improving ophthalmic assessment and referral in primary care. *BMJ Qual Improv Rep* [Internet]. 29 juin 2016 [cité 22 sept 2016];5(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964165/>
16. Fourtoul V, Denis P. Oeil rouge et douloureux. *Rev Prat*. mai 2014;64:707-15.
17. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles [Internet]. AFSSAPS; 2004 [cité 13 nov 2016]. Disponible sur:  
[http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/\\_documents/consensus/2004-atb-locale-OPH-recos-afssaps.pdf](http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2004-atb-locale-OPH-recos-afssaps.pdf)
18. Statham MO, Sharma A, Pane AR. Misdiagnosis of acute eye diseases by primary health care providers: incidence and implications. *Med J Aust* [Internet]. 2008 [cité 13 déc 2016];189(7). Disponible sur:  
<https://www.mja.com.au/journal/2008/189/7/misdiagnosis-acute-eye-diseases-primary-health-care-providers-incidence-and>
19. Carlton J, Karnon J, Czoski-Murray C, Smith KJ, Marr J. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children up to the age of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation [Internet]. NIHR Journals Library; 2008 [cité 15 déc 2016]. Disponible sur:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56835/>
20. Tabone MD, Vincellet C, Leclerc JP, Clogenson MF. Dépistage des anomalies de la vision à l'âge préscolaire : expérience du Centre de bilans de santé de l'enfant de Paris [Internet]. 1999 [cité 12 déc 2016]. Disponible sur:  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/163/?sequence=25>
21. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Santé Publique*. 27 août 2008;20(3):259-68.
22. Pechereau A, Denis D, Speeg-Schatz C. Rapport SFO - Strabisme [Internet]. Société Française d'Ophtalmologie; 2013 [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/em/SFO/2013/html/index.html>
23. Saguet P, Lux A-L, Denion G, Denion E. Les items d'ophtalmologie du carnet de santé sont-ils réalistes ? [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues0929693XunassignS0929693X15003796](http://www.em-consulte.com/em/SFO/2013/html/index.html) [Internet]. 14 nov 2015

[cité 12 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1014482/resultaterecherche/1>

24. Denion E. Utilisation de l'otoscope pour l'examen ophtalmologique pédiatrique de dépistage. Journal International de Médecine. juin 2016;
25. Cleron B. Ophtalmoclic [Internet]. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: <http://ophtalmoclic.fr/>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition de la population selon les tranches d'âge .....	9
Tableau 2 : Résultats de consultations les plus fréquents par âge.....	12
Tableau 3 : Pathologies orientées par le MG vers l'ophtalmologue ou les urgences .....	15
Tableau 4 : Traitements prescrits pour 674 consultations .....	17
Tableau 5 : Fréquence du matériel ophtalmologique dans les 80 cabinets médicaux.....	19

# TABLE DES MATIERES

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>1. La population .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Parcours de soins du patient.....</b>	<b>9</b>
2.1. Place de l'automédication .....	9
2.2. Le pharmacien.....	10
<b>3. Parcours de soins de la plainte aux résultats de consultation .....</b>	<b>11</b>
3.1. Les problèmes ophtalmologiques selon la CISP-2.....	11
3.2. Les résultats de consultation (RC) .....	12
3.3. De la plainte au diagnostic .....	13
<b>4. L'orientation des patients .....</b>	<b>14</b>
4.1. Les RC gérés par le MG :.....	14
4.2. Les pathologies adressées.....	14
4.3. « <i>Pathologies graves</i> » non orientées.....	15
<b>5. Les thérapeutiques .....</b>	<b>16</b>
5.1. Fréquence de prescriptions selon les principaux RC.....	16
5.2. Analyse de la prescription d'antibiotiques .....	17
5.3. Descriptions des prescriptions selon les résultats les plus fréquents	18
<b>6. Matériel ophtalmologique en cabinet sur les 80 lieux de stages ...</b>	<b>19</b>
<b>DISCUSSION ET PERSPECTIVE.....</b>	<b>20</b>
<b>1. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>20</b>
1.1. Forces de l'étude .....	20
1.2. Limites de l'étude .....	21
<b>2. Discussion des résultats.....</b>	<b>22</b>
2.1. Comparaison avec la littérature.....	22
2.2. Pathologie grave .....	23
2.3. Sur-prescription des collyres/topiques antibiotiques .....	24
2.4. Dépistage des pathologies ophtalmologiques .....	24
2.5. Matériel ophtalmologique en cabinet.....	26
<b>3. Perspectives .....</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>31</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

# ANNEXES

## Annexe 1 : fiche d'observation ophtalmologique

### Fiche d'observation ophtalmologique

#### 1. Identification de l'interne nom et prénom

#### La consultation avec plainte oculaire

#### 2. Date de saisie de la fiche jour/mois/année

La réponse doit être comprise entre 02/05/2015 et 31/10/2015.

#### 3. Le problème oculaire est :

1. le motif principal de la consultation    2. un motif secondaire    3. observé par le médecin sans plainte du patient

#### 4. Les symptômes existent depuis

1. 2 jours ou moins    2. 3 à 6 jours    3. 7 à 14 jours    4. 15 à 21 jours    5. 22 à 30 j    6. plus d'un mois

#### 5. Avant la consultation le patient s'est automédiqué

1. oui    2. non

#### 6. Si oui, précisez avec quoi:

#### 7. Avant cette consultation le patient a vu un autre professionnel de santé

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1. le pharmacien                    | <input checked="" type="radio"/> 2. une infirmière                            |
| <input checked="" type="radio"/> 3. le médecin du travail | <input checked="" type="radio"/> 4. l'IRSA                                    |
| <input checked="" type="radio"/> 5. l'opticien            | <input checked="" type="radio"/> 6. vous même ou un autre médecin généraliste |
| <input checked="" type="radio"/> 7. un ophtalmo           | <input checked="" type="radio"/> 8. non                                       |

#### 8. S'il a rencontré un professionnel de santé, celui ci

1. l'a envoyé voir son médecin généraliste    2. lui a conseillé de voir un ophtalmo    3. lui a donné un traitement

#### 9. S'il lui a donné un traitement, précisez lequel:

#### 10. Le patient est

1. un homme    2. une femme

#### 11. L'âge du patient est

La réponse doit être comprise entre 0 et 100.

## **Les motifs non spécifiques de la plainte oculaire**

**Le patient déclarait qu'il**

cochez oui = 1 ou non = 2 pour chaque item

12. avait de la fièvre A03	1 <input type="radio"/>
13. avait la sensation d'être malade, sensation de malaise A05	<input type="radio"/>
14. avait un gonflement (boule, masse) A08	<input checked="" type="radio"/>
15. avait un saignement ou hémorragie A10	<input checked="" type="radio"/>
16. avait peur d'un traitement ou des conséquences d'un autre traitement médicamenteux A13	<input checked="" type="radio"/>
17. était préoccupé par son aspect extérieur, son image corporelle A18	<input checked="" type="radio"/>
18. avait un facteur de risque infectieux, héréditaire ou un risque de récidive A 23	<input checked="" type="radio"/>
19. avait peur d'avoir un cancer A 26	<input checked="" type="radio"/>
20. avait peur d'avoir une autre maladie en dehors du cancer A 27	<input checked="" type="radio"/>
21. pensait avoir un zona A 71	<input checked="" type="radio"/>
22. avait un effet tardif d'un traumatisme (déformation, cicatrice ancienne, amputation ancienne) A 82	<input checked="" type="radio"/>
23. avait un effet secondaire d'une substance médicamenteuse A 85	<input checked="" type="radio"/>
24. pensait avoir un effet toxique d'une autre substance A86	<input checked="" type="radio"/>
25. avait ou pensait avoir un effet secondaire de facteurs physique (froid, chaleur, lumière, radiation, pression) A 89	<input checked="" type="radio"/>

*out*(1), *non*(2).

## **Les motifs spécifiques de la plainte oculaire**

**Le patient se plaignait qu'il**

**oui=1 non =2**

26. avait un oeil douloureux F 01	<input type="radio"/>
27. avait un oeil rouge (oeil injecté de sang, oeil enflammé) F 02	<input checked="" type="radio"/>
28. avait un écoulement de l'oeil(larmoiement, écoulement purulent, oeil qui pleure) F03	<input checked="" type="radio"/>
29. avait des tâches visuelles/flottantes dans le champs visuel, mouches volantes F 04	<input checked="" type="radio"/>
30. avait une perturbation de la vision (vision floue, vision trouble, photophobie, difficulté à lire, diplopie, fatigue oculaire, scotome, éblouissement, cécité temporaire, faiblesse oculaire) F 05	<input checked="" type="radio"/>
31. avait une sensation oculaire anormale (oeil brûlant, oeil qui pique, oeil sec, démangeaison oculaire) F 13	<input checked="" type="radio"/>
32. avait des problèmes avec ses lunettes F17	<input checked="" type="radio"/>
33. avait des problèmes avec ses lentilles de contact F18	<input checked="" type="radio"/>
34. avait peur d'une maladie de l'oeil F27	<input checked="" type="radio"/>

*oui* (1), *non* (2).

## **Les signes cliniques**

A l'examen clinique il y avait

oui =1 non =2

35. des mouvements oculaires anormaux (clignement anormal mouvement anormal par fatigue, nystagmus) F 14      1      2  
     

36. une apparence anormale de l'oeil (modification de la couleur, yeux gonflés) F 15      1      2  
     

37. un problème au niveau de la paupière en dehors des infections (ptosis) F 16      1      2  
     

38. une limitation de la fonction ou incapacité (cécité d'un oeil, oeil borgne, handicap visuel) F 28      1      2  
     

39. autre anomalie ou plainte oculaire F 29      1      2

*but* (*T*), *non* (*Z*).  
—

## Les résultats de consultations

Le résultat probable de la consultation est : oui = 1 non = 2

	1	2
40. conjonctivite infectieuse F 70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. conjonctivite allergique avec ou sans rhinorrhée F71	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
42. blépharite, orgelet, chalazion, dermatite des paupières à l'exclusion de la dacryocystite F 72	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
43. autre infection ou inflammation de l'oeil (dacyrosytite, herpes de l'oeil sans ulcère cornéen, inflammation de l'orbite, iritis, iridocyclite, kératite) F73	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
44. tumeur de l'oeil et des annexes, bénigne ou maligne F74	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
45. contusion ou hémorragie de l'oeil (oeil au beurre noir, hyphéma, hémorragie sous conjonctivale) F75	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
46. corps étranger de l'oeil sans abrasion de la cornée F 76	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
47. autre lésion traumatique de l'oeil (abrasion de la cornée, coup d'arc, cécité des neiges) F 79 à l'exclusion de F75 et F76	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
48. sténose du canal lacrymal de l'enfant sauf dacryocystite F 80	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
49. autre anomalie congénitale de l'oeil F81	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
50. décollement de la rétine F 82	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
51. rétinopathie diabétique ou hypertensive F 83	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
52. dégénérescence maculaire sauf rétinopathie F 84	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
53. ulcère de la cornée , dendritique, kératite virale sauf traumatique F85	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
54. trachome soit prouvé, soit fortement suspect F86	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
55. défaut de réfraction (astigmatisme, hypermétropie, presbytie, myopie, problème de vision de près ou de loin)F 91	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
56. cataracte sauf congénitale F 92	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
57. glaucome (tension oculaire augmentée) F 93	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
58. cécité partielle ou totale des 2 yeux F 94	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
59. strabisme , loucheur F 95	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
60. autre maladie de l'oeil ou des annexes (arc sénile, amblyopie, altération de la vision des couleurs, opacité cornéenne, maladie de l'orbite, entropion, ectropion, épisclerite, cil incarné, héméralopie, œdème de la papille, ptérygion, sclérite)F99 oui (1), non (2).	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

61. si oui à la question 56 (F99) précisez

## La prise en charge

62. Vous avez

1. géré la situation et prescrit un traitement       2. orienté directement vers l'ophtalmologie  
 3. proposé une prise en charge initiale avec avis différé si inefficacité       4. orienté vers les urgences

63. Si vous avez proposé une prise en charge initiale avec avis différé si inefficacité, précisez dans quel délai :

1. 2 à 3 jours     2. 4 à 7 jours     3. plus de 7 jours

## Les prescriptions en lien avec la plainte oculaire

64. Reportez les traitements prescrits s'il y en a pour le problème oculaire

## Annexe 2 : Fiche de suivi des consultations

## Annexe 3 : Fiche de recueil du matériel ophtalmologique

### Le matériel ophtalmologique du cabinet

1. nom et prénom du MSU

Le cabinet dispose de

- |  | 1                     | 2                     |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 2. Une échelle de Monoyer  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Une échelle visuelle pour enfant  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Un test de Parinaud   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Un obturateur ou cache oeil   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Une grille d'Amsler   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Fluorescéine  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Collyre anesthésique  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Un écarteur à paupière  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Un matériel d'extraction pour corps étranger (lancette, aiguille, fil, aimant) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Un ophtalmoscope simple  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Un ophtalmoscope avec lumière bleue  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Un éclairage bleu  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

oui (1), non (2).

## Annexe 4 : Automédication

	Nombre de traitements (%)
Lavage oculaire	62 40%
Topique Antiseptique	33 21%
Antalgiques	17 11%
Larme artificielle	10 6%
Topique Antibiotique	10 6%
Topique corticoïdes + antibiotiques	8 5%
Topique antiallergique	8 5%
Massage de paupière	3 2%
Collyres indifférenciés	2 1%
AINS	1 <1%
crème hydratante	1 <1%
Antihistaminique per os	1 <1%
Antibiotique per os	0
Topique cicatrisant	0
<b>TOTAL</b>	<b>156 100%</b>

Annexe 5 : Traitements délivrés par le pharmacien à 38 patients

<b>Traitements</b>	<b>Nombre (%) de prescriptions</b>
Topique Antiseptique	2352%
Collyres indifférenciés	7 16%
Lavage oculaire	5 11%
Topique Antibiotique	3 7%
Topique corticoïdes + antibiotiques	1 2%
Larme artificielle	1 2%
<i>Autres (topique antiallergique, homéopathie, etc.)</i>	4 9%

Annexe6 : orientation des patients en fonction des résultats de consultation

F	Total	Géré la situation et prescrit un traitement	Orienté Vers l'ophtalmo / Vers les urgences	Proposé une prise en charge initiale avec avis différé si inefficacité
F70 Conjonctivite infectieuse	324	73,2% 237	1,2% 2/2	25,6% 83
F72 Blepharite orgelet, chalazion	143	56,6% 81	2,8% 4/0	40,6% 58
F71 Conjonctivite allergique	74	75,7% 56	0%	24,3% 18
F75 Contusion ou hémorragie de l'œil	30	66,7% 20	13,3% 2/2	20% 6
F91 Défaut de réfraction	27	0	77,8% 19/2	22,2% 6
F79 Autres lésions traumatiques de l'œil	18	22,2% 4	55,6% 7/3	22,2% 4
F73 Autre infection ou inflammation de l'œil	15	13,3% 2	26,7% 2/2	60% 9
F76 Corps étranger de l'œil	14	28,6% 4	42,9% 4/2	28,6% 4
F99 Autres maladies	11	18,2% 2	45,5% 5	36,4% 4
F100 Maladies autres qu'ophtalmologique	10	30% 3	40% 2/2	30% 3
F85 Ulcère de la cornée	5	20% 1	60% 3/0	20% 1
F93 Glaucome	5	0	60% 2/1	40% 2
F94 Cécité partielle ou totale des 2 yeux	5	0	100% 0/5	0
F82 Décollement de rétine	3	0	100% 0/3	0
F83 Rétinopathie diabétique ou hypertensive	2	0	100% 1/1	0
F84 dégénérescence maculaire	2	50% 1	0	50% 1
F95 Strabisme	2	0	50% 1/0	50% 1
F80 Sténose du canal lacrymal de l'enfant	1	0	0	100% 1
F86 Trachome	1	0	0	100% 1
F74 Tumeur de l'œil et des ses annexes	1	0	100% 1/0	0

Annexe 7 : Tableau des fréquences

	Été		Hivers		Année (total)	
	oui	%	oui	%	oui	%
<b>La consultation avec plainte oculaire</b>						
Motifs de consultation						
- principal	180	72,29	296	70,48	476	71,26
- secondaire	64	25,19	101	24,05	165	24,7
- observé par le médecin	4	1,61	23	5,48	27	4,04
Les symptômes existent depuis						
- 2 jours au moins	94	37,45	205	48,93	299	44,69
- 3 à 6jours	70	27,89	120	28,64	189	28,25
- 7 à 14 jours	30	11,95	42	10,02	72	10,76
- 15 à 21 jours	17	6,77	11	2,63	28	4,19
- 22 à 30 jours	14	5,58	5	1,19	19	2,84
- plus d'un mois	26	10,36	36	8,59	62	9,27
Automédication	63	24,8	88	20,95	151	22,40
Avant cette consultation le patient a vu un autre professionnel de santé						
- pharmacien	30	12,24	37	8,83	67	9,96
- infirmière	2	0,82	6	1,43	8	1,19
- médecin du travail	0	0	0	0	0	0
- IRSA	0	0	0	0	0	0
- opticien	0	0	1	0,24	1	0,15
- médecin généraliste	18	7,08	23	5,49	41	6,09
- ophtalmo	4	1,63	16	3,82	20	2,97
- non	200	78,74	336	80,19	536	79,64
S'il a rencontré un professionnel de santé, celui-ci						
-l'a envoyé voir son médecin généraliste	15	27,27	27	32,53	42	30,43
- lui a conseillé de voir un ophtalmo	0	0	1	1,2	1	0,72
- lui a donné un traitement	40	72,73	55	66,27	95	68,84
Sexe						
- homme	140	54,9	183	43,68	323	47,99
- femme	114	44,88	236	56,32	350	52,01
Age						
- 0 à 2 ans	20	7,84	59	14	79	11,72

- 2 à 6 ans	32	12,55	80	19,05	112	16,62
- 6 à 16 ans	34	13,33	51	12,14	85	12,61
- 16 à 45 ans	86	33,73	101	24,05	187	27,74
- 45 à 65 ans	47	18,43	79	18,81	137	20,33
- plus de 65 ans	36	14,12	50	11,9	74	10,98

<b>Motifs non spécifiques de la plainte oculaire</b>						
A03 avait de la fièvre	8	3,14	42	10	50	7,42
A05 avait la sensation d'être malade	25	9,8	81	19,29	106	15,73
A08 avait un gonflement	79	30,98	103	24,52	182	27
A10 avait un saignement ou une hémorragie	8	3,14	15	3,57	23	3,41
A13 avait peur d'un traitement ou des conséquences d'un autre traitement médicamenteux	5	1,96	8	1,9	13	1,93
A18 était préoccupé par son aspect extérieur, son image corporelle	30	11,81	53	12,62	83	12,31
A23 avait un facteur de risque infectieux, héréditaire ou un risque de récidive	4	1,57	7	1,67	11	1,63
A26 avait peur d'avoir un cancer	1	0,39	1	0,24	2	0,3
A27 avait peur d'avoir une autre maladie que le cancer	7	2,75	11	2,62	18	2,67
A71 pensait avoir un zona	3	1,18	2	0,48	5	0,74
A82 avait un effet tardif d'un traumatisme (déformation, cicatrice ancienne, amputation ancienne)	4	1,57	2	0,48	6	0,89
A85 avait un effet secondaire d'une substance médicamenteuse	4	1,57	8	1,9	12	1,78
A86 pensait avoir un effet toxique d'une autre substance	5	1,96	5	1,19	10	1,48
A89 avait ou pensait avoir un effet secondaire de facteurs physiques (froid, chaleur, lumière, radiation, pression)	9	3,53	13	3,1	22	2,36

<b>Motifs spécifiques de la plainte oculaire</b>						
F01 avait un œil douloureux	82	32,28	116	27,62	198	29,38
F02 avait un œil rouge (injecté de sang ou enflammé)	114	44,88	228	54,29	342	50,74

F03 avait un écoulement de l'œil	133	52,36	229	54,52	362	53,71
F04 avait des tâches visuelles/flottantes dans le champ visuel, mouches volantes	6	2,35	9	2,14	15	2,23
F05 avait une perturbation de la vision	33	12,94	53	12,62	86	12,76
F13 avait une sensation oculaire anormale	83	32,55	85	20,24	168	24,93
F17 avait des problèmes avec ses lunettes	0	0,00%	3	0,71	3	0,45
F18 avait des problèmes avec ses lentilles de contact	0	0	3	0,71	3	0,45
F27 avait peur d'une maladie de l'oeil	6	2,35	18	4,29	24	3,56

<b>Signes cliniques</b>						
F14 mouvements oculaires anormaux	7	2,75	6	1,43	13	1,93
F15 apparence anormale de l'œil	139	54,51	286	68,1	425	63,06
F16 problème au niveau de la paupière en dehors des infections (ptosis)	20	7,84	22	5,24	42	6,23
F28 limitation de la fonction ou incapacité (cécité d'un œil, œil borgne, handicap visuel)	6	2,35	16	3,81	22	3,26
F29 autre anomalie ou plainte oculaire	54	21,18	55	13,1	109	16,17

<b>Résultats de la consultation</b>						
F70 conjonctivite infectieuse	83	32,55	241	57,38	324	48,07
F71 conjonctivite allergique	55	21,57	19	4,52	74	10,98
F72 blépharite, orgelet, chalazion, dermatite des paupières	57	22,35	86	20,48	143	21,22
F73 autre infection ou inflammation de l'œil	8	3,14	7	1,67	15	2,23
F74 tumeur de l'œil et des annexes, bénigne ou maligne	1	0,39	0	0	1	0,15
F75 contusion ou hémorragie de l'œil	9	3,54	21	5,02	30	4,45
F76 corps étranger de l'œil sans abrasion de la cornée	8	3,14	6	1,43	14	2,08
F79 autre lésion traumatique de l'œil	13	5,1	5	1,19	18	2,67
F80 sténose du canal lacrymal de l'enfant sauf dacryocystite	1	0,39	0	0	1	0,15
F81 autre anomalie congénitale de l'œil	0	0	0	0	0	0
F82 décollement de la rétine	1	0,39	2	0,48	3	0,45
F83 rétinopathie diabétique ou hypertensive	1	0,39	1	0,24	2	0,3

F84 dégénérescence maculaire sauf rétinopathie	0	0	2	0,48	2	0,3
F85 ulcère de la cornée, dendritique, kératite virale sauf traumatique	3	1,18	2	0,48	5	0,74
F86 trachome soit prouvé soit fortement suspect	1	0,39	0	0	1	0,15
F91 défaut de réfraction	7	2,75	20	4,76	27	4,01
F92 cataracte sauf congénitale	0	0	0	0	0	0
F93 glaucome (tension oculaire augmentée)	2	0,78	3	0,71	5	0,74
F94 cécité partielle ou totale des deux yeux	1	0,39	4	0,95	5	0,74
F95 strabisme, loucherie	1	0,39	1	0,24	2	0,3
F99 autre maladie de l'œil ou des annexes	5	1,96	6	1,43	11	1,63
F100 maladie non ophtalmologique	6	2,35	4	0,95	10	1,48

<b>Prise en charge</b>						
Vous avez						
- géré la situation et prescrit un traitement	150	59,05	257	61,19	407	60,39
- orienté directement vers l'ophtalmo	25	9,8	31	7,38	56	8,31
- proposé une prise en charge initiale avec avis différé si inefficacité	67	26,38	83	19,76	190	28,19
- orienté vers les urgences	12	4,71	8	1,9	20	2,97
Si vous avez proposé une prise en charge avec avis différé si inefficacité , dans quel délai						
- 2 à 3 jours	12	18,46	32	25,6	44	23,28
- 4 à 7 jours	22	33,85	54	43,2	76	40,21
- plus de 7 jours	31	47,69	39	31,2	69	36,51

**Plaintes ophtalmologiques en médecine générale : recueil systématique par des internes en stage durant deux semestres****RÉSUMÉ**

Dans un contexte de déficit d'ophtalmologistes croissant, le médecin généraliste (MG) est de plus en plus sollicité pour répondre à la plainte ophtalmologique.

*Objectif :* L'objectif principal de l'étude PLANOPH était de décrire les plaintes et pathologies ophtalmologiques rencontrées par le MG ainsi que leurs prise en charge. Les objectifs secondaires consistaient à recenser le matériel ophtalmologique présent en cabinet de médecine générale et à définir le parcours de soin ayant précédé la consultation.

*Matériels et Méthodes :* Il s'agissait d'une étude quantitative, longitudinale, prospective et multicentrique, réalisée sur une période d'un an par 51 internes en médecine générale de la faculté d'Angers en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé. Une fiche d'observation rédigée selon la classification CISP-2 a servi au recueil.

*Résultats :* 674 fiches sur 53 463 consultations ont été recueillies soit un taux de consultations à problème ophtalmologique de 1,26%. Les pathologies les plus fréquentes étaient les conjonctivites infectieuses, allergiques et les pathologies des paupières, représentant 80% des résultats de consultation. Le MG a géré seul 89% des situations. Les pathologies graves étaient rares (6%), et la présence d'un signe clinique d'alarme engendrait une orientation vers l'ophtalmologue ( $p < 0,05$ ). Le traitement le plus fréquemment prescrit était le topique antibiotique, dans 74% des conjonctivites infectieuses. L'équipement en matériel ophtalmologique des cabinets était variable, seules les échelles visuelles étaient quasi systématiquement présentes.

*Conclusion :* Le MG est confronté essentiellement à des pathologies ophtalmologiques bénignes gérables en totale autonomie, avec cependant une sur prescription d'antibiotiques. Les pathologies graves étaient rares et bien orientées. Certaines pathologies chroniques étaient sous dépistées. Une réflexion sur les besoins en soins primaires devrait guider la formation en ophtalmologie afin de mieux répondre aux compétences attendues en soins primaires.

**Mots-clés :**

ophtalmologie, médecine générale, soins primaires

**Ophthalmic issues in general medical practice : systematic recording by medical students during their internship over two semesters****ABSTRACT**

Given the constant decreasing number of ophthalmologists, the general practitioner (GP) is more and more requested to take care of ophthalmologic issues.

*Objective:* The main objective of the PLANOPH study was to describe ophthalmologic issues and pathologies encountered by the GP and how they were taken care off. The secondary objective was to record the ophthalmologic equipment present in the GP's practice and the healthcare before the consultation.

*Material and method:* the study was quantitative, longitudinal, prospective and multicentric, carried on over a period of one year, by 51 interns in family medicine of Angers medical school, during their training in a GP practice. An observation form, written following the CISP-2 classification was used for collection.

*Results:* 674 forms out of 53 463 consultations have been filled in, which gives a ratio 1.26% consultation for ophthalmologic issues. The most frequent pathologies encountered were infectious conjunctivitis, allergies, and eyelid related pathologies, which altogether represented 80% of consultation results. 89% of the time, the GP took care of the patient alone. Serious pathologies were rare (6%) and the presence of alarm clinical signs led to an ophthalmologist consultation ( $p < 0.05$ ). The most common treatment prescribed was topical antibiotic for 74% of infectious conjunctivitis. The ophthalmologic equipment in GP practices is variable, only vision acuity test scales were almost systematically present.

*Conclusion:* The GP is mainly confronted to benign ophthalmologic problems, which can be taken care off alone, requiring nevertheless antibiotic prescriptions. Serious pathologies are rare and well oriented. Some chronic pathologies are under diagnosed. A reflection on the need for primary care should guide the ophthalmology training in order to give a better answer expected skills in primary care.

**Keywords :ophthalmology, general practice, general medicine, primary care**