

réalités

n° 293

OPHTALMOLOGIQUES

SYMPOSIUM DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE DU 7 MAI 2022



Regards croisés

EN SÉCHERESSE OCULAIRE

Prendre en compte la souffrance des patients

COMPTE RENDU RÉDIGÉ PAR LE DOCTEUR ANTOINE ROUSSEAU

Édition réalisée avec le soutien
des Laboratoires Théa



Théalose®

Tréhalose 3%



Acide Hyaluronique 0,15%

HYDRATER *c'est bien,*
PROTÉGER *c'est mieux*

Tréhalose

Bioprotection



Acide
Hyaluronique

Hydratation



Théalose® Flacon et Théalose® UD. Dispositifs médicaux de classe IIb - CE0459 - Fabricant : Laboratoires Théa. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant dans la notice. Solution ophtalmique, stérile, sans conservateur, sans phosphate, hypotonique et de pH neutre. Performances : Théalose® est recommandé en cas d'inconfort, de sensation de picotement, de corps étranger ou d'irritation oculaire. Convient aux : Adultes, Enfants, femme enceinte et allaitantes et porteurs de lentilles de contact. Posologie : 1 goutte dans chaque œil, 4 à 6 fois par jour. Contre-indications : Ne pas utiliser en cas d'allergie à l'un des composants. Avertissements : Espacer d'au moins 10 minutes l'administration de deux produits oculaires. Effets secondaires : Rare possibilité de légères irritations oculaires et rougeur des yeux. Dans ce cas, si vous portez des lentilles de contact les retirer. Conservation : Flacon : 6 mois après ouverture du flacon. Unidose : Jeter l'unidose ouverte immédiatement après utilisation. Conserver les récipients unidoses non ouverts dans leur emballage d'origine pour les protéger de la lumière. À conserver entre +8°C et +30°C. (Ver.7 11/2021).

Remboursement dans le cadre d'un traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche, en troisième intention après échec des substituts lacrymaux de faible viscosité et des gels (avis de la CNEDIMTS THEALOSE® : 15 ml du 13/04/2021 / UD du 20/02/2018).

 **Théa**

Théa Pharma - 12, rue Louis Blériot
63100 Clermont-Ferrand

T07-AP 0822

Regards croisés en sécheresse oculaire : prendre en compte la souffrance des patients

Compte rendu rédigé par le Dr A. ROUSSEAU
Hôpital de Bicêtre, Université Paris Saclay, LE KREMLIN-BICÊTRE.

À l'occasion du congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, les Laboratoires Théa ont organisé un symposium sur la prise en compte de la souffrance chez les patients atteints de sécheresse oculaire. Cette pathologie très fréquente est malheureusement à l'origine de symptômes souvent mal compris, parfois déconnectés des signes cliniques et retentissant de façon majeure sur la qualité de vie des patients.

Pour explorer cette dimension longtemps sous-évaluée, trois ophtalmologistes experts dans le domaine et une psychiatre ont abordé le thème sous différents angles, avec un objectif commun : améliorer la prise en charge globale et le parcours (souvent difficile) de ces patients.

Pourquoi la sécheresse oculaire fait-elle tant souffrir ?

D'après la communication du Pr C. Baudouin (Paris)

1. La sécheresse a un impact majeur sur la qualité de vie des patients

Les résultats des enquêtes de qualité de vie menées auprès de patients souffrant de sécheresse oculaire sont sans appel : 80 % des patients se sentent rejetés par leur entourage, 50 % par leur propre médecin... Plus grave encore, 15 % seraient dépressifs, avec parfois des idées suicidaires, et la moitié craignent de perdre la vue.

Il s'agit le plus souvent de patients qui consultent régulièrement, pour lesquels les traitements ne sont pas efficaces et qui se plaignent. Pour mieux les prendre

en charge, il est nécessaire de se projeter un minimum dans leurs angoisses.

2. Un cas clinique pour poser le problème

Il s'agit d'un patient consultant pour un énième avis concernant une sécheresse oculaire déclenchée par une chirurgie réfractive cornéenne et responsable d'une souffrance majeure. Aucun des traitements n'est jusque-là parvenu à le soulager et une procédure judiciaire est en cours contre son chirurgien. L'examen de la surface oculaire révèle une incontestable instabilité du film lacrymal, prédominante dans sa partie inférieure,

associée à des clignements très incomplets, un *scleral show* inférieur, le tout sans franc marquage conjonctivocornéen (*fig. 1*).

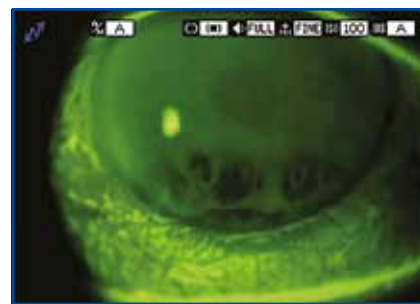


Fig. 1 : Capture de l'analyse vidéo de la surface oculaire du patient, instabilité du film lacrymal inférieur et *scleral show* inférieur.

Devant ce tableau discordant – plaintes fonctionnelles majeures et signes peu convaincants –, quels sont les mécanismes sous-jacents de la souffrance du patient :

- une sécheresse oculaire ?
- une instabilité lacrymale ?
- un clignement abortif ?
- un problème neurotrophique lié au Lasik ?
- un terrain psychiatrique amplifiant la souffrance ?
- des douleurs neuropathiques ?

Autant de pistes que les dernières avancées de la recherche nous permettent d'explorer.

3. Une discordance déroutante entre les signes et les symptômes

Dans le domaine de la sécheresse oculaire, il est assez fréquent de constater une importante discordance entre les symptômes exprimés par les patients et les signes visibles à l'examen clinique. On pense notamment à deux extrêmes : la kératite neurotrophique, où les lésions peuvent être majeures et les plaintes minimales, et à l'opposé certains tableaux d'instabilité du film lacrymal, avec des plaintes fonctionnelles au premier plan et un marquage conjonctivocornéen absent ou minime.

4. Le rôle des nerfs cornéens

L'importance des nerfs cornéens dans la physiopathologie et les symptômes de l'œil sec est pressentie depuis longtemps, mais il a fallu attendre la dernière version du DEWS (*Dry Eye Workshop*) en 2017 pour qu'elle trouve sa place dans la définition "officielle" de la sécheresse oculaire [1]. Cette dernière reprend bien sûr les éléments essentiels des versions précédentes – caractère multifactoriel, perte d'homéostasie du film lacrymal associée à des symptômes oculaires, rôle de l'instabilité du film lacrymal, de l'hyperosmolarité et de l'inflammation –, auxquels s'ajoute donc cette notion d'**altérations neurosensorielles**.

Les nerfs sont avant tout les vecteurs des symptômes, mais ont d'autres fonctions essentielles dans le maintien de l'homéostasie de la surface oculaire, en particulier dans les phénomènes trophiques et inflammatoires. En effet, toute lésion du trijumeau et quel qu'en soit le niveau (du tronc nerveux endommagé lors d'une intervention neurochirurgicale aux terminaisons nerveuses sectionnées lors d'un Lasik) entraîne une kératopathie neurotrophique.

De manière moins intuitive, les nerfs sont également porteurs de médiateurs de l'inflammation, qui vont opérer aussi bien de façon rétrograde (vers le tronc cérébral) que de façon antérograde. Les terminaisons nerveuses périphériques sont notamment capables de libérer des neuromédiateurs qui jouent un rôle dans l'attraction de cellules immunitaires et l'amplification de la réaction inflammatoire locale. Enfin, les nerfs sont responsables des douleurs neuropathiques, dans lesquelles les symptômes ne sont pas associés à des lésions visibles et où des stimuli normalement non douloureux deviennent hyperalgiques (on parle d'allodynie).

L'innervation cornéenne est assurée par peu de troncs nerveux, mais ce système devient très ramifié et très dense au niveau du plexus sous-basal, doté en outre d'un nombre considérable de récepteurs. Parmi ces derniers, deux types de récepteurs sont classiquement considérés comme capables de générer un stimulus douloureux : les récepteurs polymodaux (TRPV1 et TRPV4) et les récepteurs mécaniques (piezo2). Une troisième catégorie de récepteurs dits "au froid" (TRPM8), sensibles à des microvariations de température ou d'osmolarité, ne transmet normalement pas de signaux douloureux mais est impliquée de façon inconsciente dans la sécrétion lacrymale basale et le clignement. Il semblerait toutefois que la stimulation permanente de ces derniers puisse générer un stimulus douloureux et être ainsi responsable des symptômes

rapportés par les patients, dont l'examen ne retrouve qu'une "banale" instabilité du film lacrymal.

Chez les patients souffrant d'authentiques douleurs neuropathiques cornéennes, la microscopie confocale *in vivo* met en évidence deux phénomènes intriqués : des anomalies des terminaisons nerveuses (névromes, tortuosités) associées à la présence de nombreuses cellules inflammatoires.

Une des caractéristiques des douleurs neuropathiques cornéennes est leur capacité à s'autonomiser, c'est-à-dire exister en l'absence d'origine périphérique ou persister alors que l'origine périphérique a été soignée. Les modèles expérimentaux ont en effet permis de démontrer que la sécheresse oculaire était associée à une activation gliale et neuronale au niveau du ganglion trigéminal, et même du tronc cérébral (siège du noyau du nerf trijumeau) [2].

5. Les douleurs neuropathiques : des mécanismes multiples et intriqués

On pense notamment à la sensibilité anormale à la lumière dont se plaignent certains patients et qui semble à première vue difficile à expliquer en l'absence de kératite. Cette "photophobie douloureuse" peut en fait s'expliquer par l'existence de circuits neuronaux spécifiques impliquant des cellules ganglionnaires rétinienne (sensorielles) qui quittent les voies visuelles pour rejoindre les voies sensitives trigéminées.

Les troubles orthoptiques (notamment de convergence) sont particulièrement fréquents chez les patients travaillant sur écran et peuvent jouer un rôle en ajoutant une composante musculaire aux douleurs neuropathiques cornéennes. Ils doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge spécifique.

Enfin, d'autres facteurs extra-ophtalmologiques peuvent impacter les symptômes, notamment l'existence d'un

syndrome dépressif ou de certaines pathologies chroniques (neuropathie des petites fibres, fibromyalgie) qui peuvent majorer significativement les syndromes douloureux.

6. Les douleurs neuropathiques : une évaluation objective encore difficile

Nous ne disposons pas encore d'outils infaillibles pour évaluer de façon objective et standardisée la composante neuropathique et l'inflammation neurogène associée aux pathologies de la surface oculaire. Le développement de biomarqueurs lacrymaux et d'outils d'imagerie comme la microscopie confocale *in vivo* ou l'IRM fonctionnelle nous apportera peut-être des réponses pour améliorer le diagnostic et la prise en charge de ces patients.

Revenons brièvement à notre cas clinique de départ. La microscopie confocale *in vivo* retrouve des anomalies des nerfs cornéens associées à un intense infiltrat de cellules inflammatoires dans la cornée inférieure (fig. 2). L'absence quasi permanente de couverture de la surface inférieure par un film lacrymal stable, associée au traumatisme du Lasik sur les nerfs cornéens, aura probablement suffi à déclencher une surstimulation des récepteurs cornéens "au froid" et

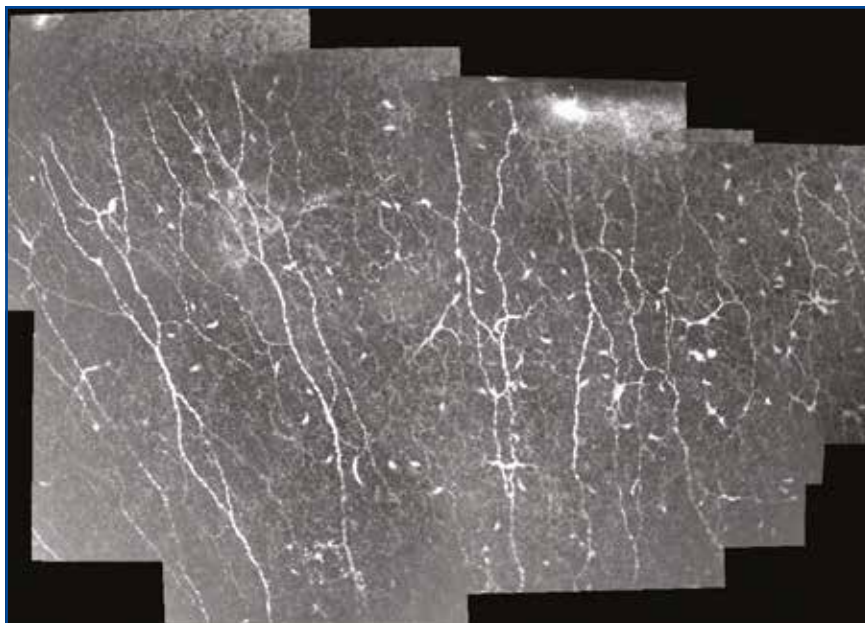


Fig. 2 : Tortuosité des nerfs cornéens et présence d'un infiltrat de cellules dendritiformes en microscopie confocale *in vivo*.

provoquer une authentique neuropathie cornéenne génératrice de douleurs et d'un inconfort permanent, qui n'avaient dans ce cas rien de psychiatrique !

7. Quelques points clés pour conclure

La prise en charge des patients souffrant de sécheresse oculaire commence par une écoute empathique, un interrogatoire ciblé et une observation clinique atten-

tive. Comme nous l'avons vu, il est essentiel de considérer d'autres facteurs que la seule kératite et ne pas conclure trop vite à un état psychiatrique du fait de l'intensité des plaintes ou d'une dépression associée. La description et la meilleure compréhension des douleurs neuropathiques cornéennes nous permettra d'améliorer notre diagnostic et la prise en charge de ces patients pour lesquels nous sommes encore souvent démunis.

Les outils de l'ophtalmologiste pour évaluer la souffrance des patients

D'après la communication du Pr M. Labetoulle (Le Kremlin-Bicêtre)

1. Pour commencer, un cas clinique illustrant les méandres du parcours des patients

Il s'agit d'une patiente de 56 ans qui consulte pour un inconfort et des rougeurs oculaires chroniques qui évoluent depuis plusieurs années, et pour lesquelles elle a déjà consulté 5 ophtalmologistes et testé une dizaine de

collyres mouillants sans efficacité. Mais cette patiente est aussi traitée pour une hypertension oculaire par une trithérapie conservée (avec une pression intraoculaire à 26 mmHg aux deux yeux avec une pachymétrie à 600 µm). L'examen retrouve en effet une hyperhémie conjonctivale marquée, un marquage conjonctivocornéen prédominant en inférieur et une dysfonction meibo-

mienne (DGM) de bas grade. On décide de substituer temporairement les collyres anti-glaucomateux par un inhibiteur de l'anhydrase carbonique *per os* à bonne dose, de mettre en place un traitement de la DGM, ce qui permet de restaurer la surface oculaire, et de réintroduire progressivement un traitement hypotonisant non conservé en la sevrant de l'inhibiteur de l'anhydrase carbonique *per os*.

Ce cas illustre bien à la fois la déconnexion qu'il peut exister entre surspécialistes (en l'occurrence, du glaucome et de la surface oculaire) et la complexité du parcours de certains patients pour régler des problèmes finalement pas si compliqués.

2. Mieux comprendre les relations entre le parcours patient, la perception des patients et la qualité de vie

C'était justement l'objectif de l'étude européenne CALLIOPE qui reposait sur un interrogatoire détaillé auquel ont répondu plus de 700 patients souffrant de maladie de la sécheresse oculaire (MSO) dans 5 pays européens [3]. D'après cette étude, la sécheresse est perçue comme une gêne pour près de 70 % des patients, comme une authentique maladie pour 20 % et comme un handicap pour 12 %. L'impact sur le quotidien, évalué sur 6 dimensions, est coté à plus de 7/10 (soit un retentissement sévère) pour environ 25 % des patients.

Les habitudes des patients sont également modifiées par la MSO : un tiers évitent les lieux avec de l'air conditionné, 40 % utilisent des lunettes de soleil quelle que soit la météo, 25 % ont des soucis lors des activités sur écran, 13 % ont des troubles du sommeil à cause de la gêne oculaire et 1 sur 5 évite de sortir en cas de vent.

De manière intéressante, le niveau d'impact sur le quotidien est corrélé à la perception de la maladie, avec une sévérité croissante si la MSO est perçue comme une gêne, une maladie ou un handicap, mais également au délai diagnostique, avec un impact beaucoup plus sévère en cas de retard diagnostique supérieur à 2 ans. Par ailleurs, plus le diagnostic est tardif, moins la réponse au traitement est bonne. Enfin, environ 20 % des patients ont vu 3 ophtalmologistes avant qu'un diagnostic de MSO soit retenu, avec un délai diagnostique supérieur à 12 mois dans environ 30 % des cas.

L'ensemble de ces résultats confirme à la fois le retentissement de la MSO et l'intérêt d'un diagnostic précoce.

3. Comment évaluer les symptômes d'une sécheresse oculaire ?

Pour le diagnostic, le DEWS II recommande de combiner une évaluation des symptômes à l'évaluation des signes cliniques [4]. Deux questionnaires sont proposés dans ce cadre :

>>> L'OSDI (Ocular Surface Disease Index) comporte 12 questions (fig. 3), et est plutôt simple et rapide. Les arguments en faveur de ce questionnaire sont le fait qu'il s'agit du plus utilisé, qu'il a une certaine robustesse et qu'il existe un certain consensus pour le seuil de sévérité (> 33) [5]. À l'opposé, les limites de l'OSDI sont la redondance de certaines questions et un calcul du score un peu compliqué (qu'on peut toutefois simplifier à l'aide d'applications sur smartphone ou tablette).

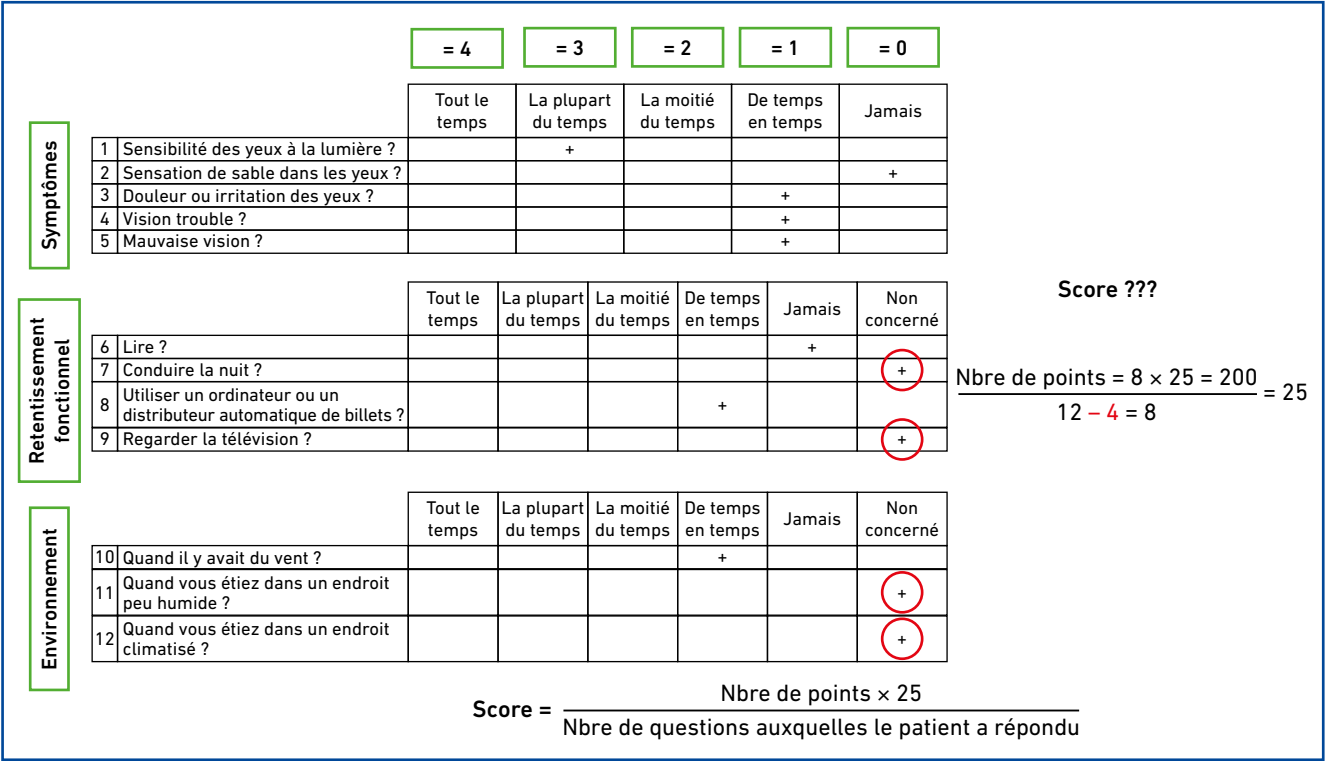


Fig. 3 : Score OSDI, exemple et méthode de calcul.

>>> **Le DEQ-5** (*Dry Eye Questionnaire 5*) est encore plus simple puisqu'il ne comporte que 5 questions (2 sur l'inconfort, 2 sur la sensation de sécheresse et une sur le larmolement – parfois mal comprise par les patients).

4. Une nouvelle modalité d'évaluation des symptômes basée sur les échelles visuelles analogiques

Les échelles visuelles analogiques (EVA) peuvent constituer une alternative aux questionnaires. Leur robustesse est largement démontrée et repose sur le fait que :
– quel que soit le domaine, une valeur supérieure à 7/10 signe la sévérité ;
– la valeur est reproductible pour un patient donné.

Le Pentascore combine 5 EVA portant sur les symptômes et leur retentissement (**fig. 4**) dont les résultats sont reportés sur un graphique "radar" dont la surface, calculée par une application disponible sur internet (www.ophtalmologie-bicetre.fr/pentascore/), donne à un score de 1 à 100.

Nous avons démontré une très bonne corrélation avec l'OSDI, mais également avec le score d'Oxford (de marquage conjunctivocornéen) [6].

5. Évaluer le parcours du patient souffrant de sécheresse oculaire

C'est l'objectif d'une nouvelle étude qui a évalué :

- le nombre de soignants (par catégorie : soignants tous confondus, médecins tous confondus, ophtalmologistes) ayant été impliqués dans la prise en charge et la perception de l'attention qu'ils ont portée au problème ;
- le nombre de traitements déjà reçus (collyres mouillants, anti-inflammatoires, autres) en tout, au pire moment de la maladie et au moment de l'étude, et la satisfaction vis-à-vis du traitement ;
- le Pentascore des patients (voir précédemment).

Les premières analyses sur une soixantaine de patients montrent que le Pentascore est très bien corrélé au

nombre de soignants consultés (tous confondus, médecins et ophtalmologistes) et au nombre d'instillation quotidienne de collyres mouillants, au moment de l'étude et au pire moment de l'histoire de la maladie. Enfin, le nombre d'instillations quotidiennes de collyres mouillants, au moment de l'étude et au pire moment de l'histoire de la maladie, est corrélé à la satisfaction vis-à-vis du traitement (plus le nombre de gouttes est élevé, moindre est la satisfaction...).

6. En conclusion

Il reste encore beaucoup de travail pour comprendre l'impact du parcours de soins sur la qualité de vie des patients souffrant de sécheresse oculaire. Les résultats suggèrent qu'un diagnostic précoce est un gage de bon pronostic. Pour se faire, il faut bien entendu reconnaître les premiers signes de sécheresse à l'examen, mais surtout savoir dépister les symptômes en apprenant à écouter nos patients et gérer leurs émotions.

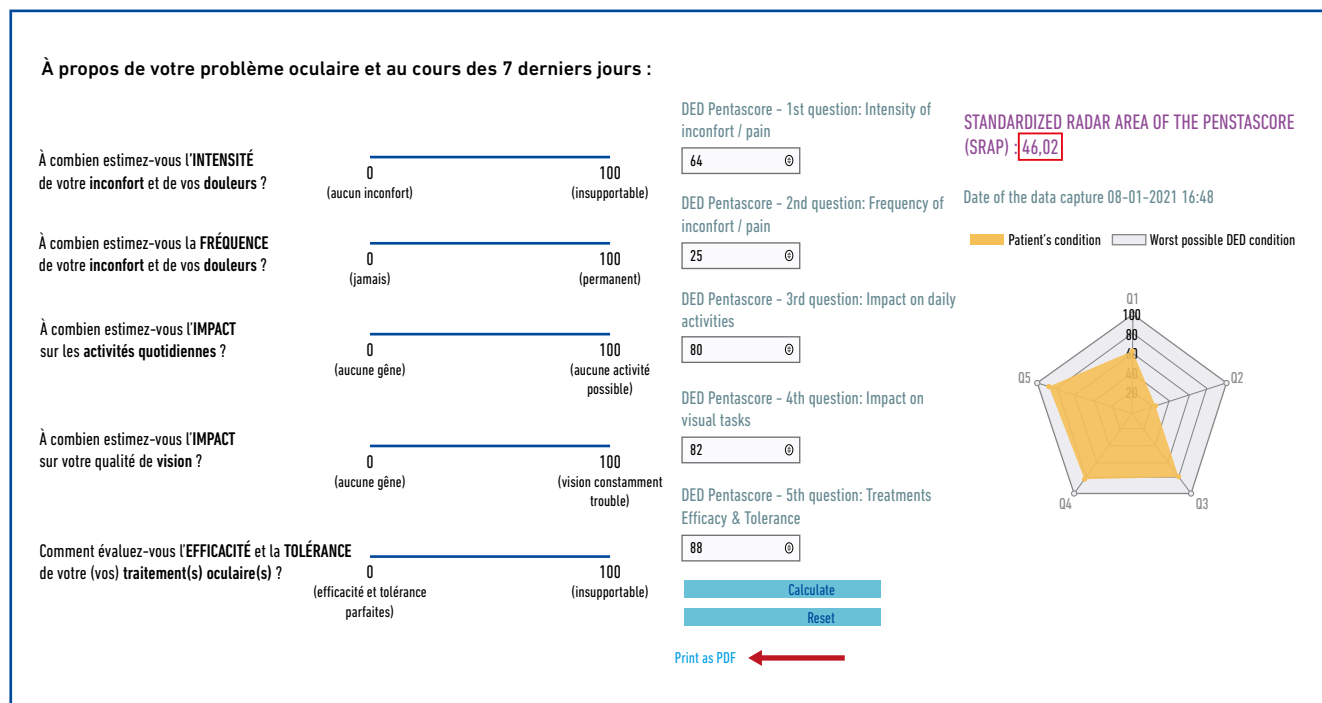


Fig. 4 : À gauche, les 5 échelles visuelles analogiques composant le Pentascore. À droite, exemple de représentation graphique (exportable et imprimable en format PDF) de résultat obtenu sur le calculateur disponible en ligne (www.ophtalmologie-bicetre.fr/pentascore/).

Sécheresse oculaire et dépression

D'après la communication du Pr A. Labbé (Paris)

1. L'impact de la sécheresse oculaire sur la qualité de vie : une cause de souffrance

Afin de comparer l'impact de différentes pathologies sur la qualité de vie, un groupe de chercheurs américains a proposé une méthodologie utilisant une échelle commune graduée de 0 à 1, où 1 représente une santé parfaite et 0 le décès [7] : les résultats sont pour le moins surprenants... En ajustant les scores en fonction des comorbidités, la qualité de vie associée à une sécheresse oculaire modérée à sévère était évaluée entre 0,62 et 0,78, une fourchette comparable à celle retrouvée pour l'angine de poitrine de stade avancé (0,72 à 0,75) qui, rappelons-le, limite de façon majeure la capacité d'adaptation à l'effort et réduit sensiblement le périmètre de marche.

Cet impact majeur et insoupçonné nous aide à mieux comprendre la souffrance des patients et parfois le cortège de plaintes fonctionnelles exprimées lors de la consultation, au passage pas toujours évident à gérer.

2. Comment la sécheresse oculaire impacte-t-elle la qualité de vie ?

La qualité de vie est une notion complexe et difficile à définir qui comporte de multiples dimensions : l'état physique (l'autonomie, les capacités physiques), les sensations somatiques (symptômes, douleur, fatigue...), l'état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) et le statut social (relations, rapport à l'environnement).

La sécheresse oculaire impacte la qualité de vie essentiellement de 3 façons :

>>> Les symptômes chroniques

On sait très bien, grâce aux résultats d'études menées dans le cadre d'autres

pathologies, que les symptômes chroniques (douloureux ou non) sont responsables de troubles psychologiques : on retrouve 40 % de dépression dans la polyarthrite rhumatoïde [8], 50 % dans les lombalgies et les bronchopathies chroniques.

>>> L'atteinte de la fonction visuelle

Cet aspect ne sera pas abordé en détail dans cette communication, mais rappelons toutefois qu'il est désormais solidement démontré que la qualité de vision et même l'acuité visuelle des patients souffrant de sécheresse fluctuent beaucoup, notamment en fonction des conditions environnementales (vent, froid).

>>> L'impact sur la notion de santé et de bien-être, ressenti principalement dans les limitations des activités quotidiennes.

3. Sécheresse oculaire et dépression : deux manières d'aborder le problème

>>> 1^{re} hypothèse : la sécheresse oculaire a des conséquences sur la santé mentale

L'impact sur l'état psychologique des formes les plus sévères de sécheresse oculaire, notamment celles associées au syndrome de Gougerot-Sjögren, est clairement établi : le risque relatif de dépression est multiplié par 2,5 [9, 10]. Mais les formes modérées de sécheresse, beaucoup plus fréquentes, sont elles aussi associées à un surrisque de dépression (risque relatif multiplié par 1,7 à 2) [11, 12], voire même de psychose (risque relatif multiplié par 1,8) [11].

L'équipe du Pr Baudouin avait démontré dès 2008 que près de 60 % des patients souffrant de sécheresse oculaire modérée à sévère sont gênés dans leurs activités quotidiennes, la moitié pensent au

risque de devenir aveugle (ce risque est objectivement infime, mais les patients l'ignorent le plus souvent) et 80 % estiment que leur problème n'est pas pris en considération, ni par leurs proches, ni par leur médecin [13].

La douleur chronique, même si elle est modérée, entraîne une altération des processus cognitifs, affecte l'humeur et la santé mentale. Le retentissement des symptômes douloureux de sécheresse oculaire (brûlures, picotements, irritation...) est souvent sous-estimé. Dans une étude prospective sur 489 vétérans américains, Pouyeh *et al.* montraient que l'intensité des symptômes de sécheresse oculaire est inversement corrélée à la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, à la sensation de bien-être et à la capacité de travailler [14]. Dans la Beijing Eye Study, menée sur un échantillon de population urbaine et rurale de près de 4 000 patients, le diagnostic de dépression était plus fréquent chez les patients atteints de sécheresse oculaire, même modérée. Près de 25 % des patients atteints de sécheresse étaient malheureux ou déprimés en raison de leurs symptômes oculaires, et il existait une corrélation entre les symptômes de sécheresse et les symptômes dépressifs [12].

>>> 2^e hypothèse : les traitements des pathologies psychiatriques entraînent une sécheresse oculaire

Les grandes études de cohorte ont également montré que la sécheresse oculaire est plus fréquente chez les patients anxieux et dépressifs, et en particulier chez les consommateurs de psychotropes (dont un des effets biologiques est de diminuer la sécrétion lacrymale). Dans la Blue Mountain Eye Study, 37 % des patients atteints de sécheresse oculaire prenaient des antidépresseurs [15] tandis que, dans la Beaver Dam Study,

le risque de sécheresse oculaire était 1,5 fois plus élevé chez les patients sous antidépresseurs [16].

Une autre étude chinoise plus récente retrouvait des symptômes de sécheresse oculaire chez 80 % des patients atteints de maladies psychiatriques, tandis que 63 % avaient des signes cliniques objectifs de sécheresse oculaire. Sur cette population spécifique, les facteurs de risque de sécheresse identi-

fiés étaient la durée de la maladie et la prise d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine [17].

4. En conclusion

Les intrications entre œil sec et dépression sont complexes... Comme nous l'avons vu, les symptômes de sécheresse oculaire, comme ceux d'autres maladies chroniques, peuvent générer un état anxieux ou dépressif. À l'opposé,

les traitements psychotropes altèrent la sécrétion lacrymale et l'humeur dépressive peut influencer la perception des symptômes de sécheresse. Enfin, il n'est pas exclu que des éléments biologiques sous-tendent les liens entre ces deux pathologies. Dans tous les cas, la prise de conscience de la souffrance des patients avec une sécheresse oculaire constitue une première étape essentielle de leur prise en charge.

Annonces de diagnostic difficile ou de traitements au long cours : les piliers d'une bonne alliance thérapeutique

D'après la communication du Dr A. Schneider (Paris)

Face à ces patients en souffrance, mal compris et souvent "nomades" (passant d'un spécialiste à l'autre), le praticien est souvent focalisé sur le fait de ne pas passer à côté d'une grosse pathologie et peut oublier d'écouter son patient, ce qui est pourtant essentiel. Pour faciliter cet échange et l'adhésion du patient, on retiendra 3 axes fondamentaux :

1. Adopter une posture ouverte

Par exemple en enlevant l'écran d'ordinateur interposé entre soi et le patient, en sachant interrompre de temps en temps sa prise de notes pour se tourner vers le patient ou encore en évitant de farfouiller dans ses dossiers lorsque celui-ci s'exprime. Il peut également être bon d'établir un contact physique, aussi minime soit-il : serrer la main, poser une main sur l'épaule (quitte bien sûr à se désinfecter les mains après)...

2. Avoir un échange de regard avec le patient

Les ophtalmologistes passent certes une grande partie de leur journée "plongés"

dans les yeux de leurs patients, mais n'ont pourtant pas toujours cet échange. En s'exerçant à regarder dans les yeux son patient pendant 7 petites secondes, on se rend bien compte que ce type de communication non verbale n'est pas si évident à mettre en place.

3. Faire preuve d'empathie

L'empathie, c'est comprendre l'émotion et la position émotionnelle de l'autre, sans forcément y adhérer. Elle se distingue de la sympathie, caractérisée par l'adhésion au discours de l'autre. En pratique, face à un patient souffrant de sécheresse oculaire, une attitude empathique pourrait consister à anticiper ses peurs : *"J'imagine que vous avez peur de perdre la vue."* Un écueil à éviter est de relativiser le problème : *"cela pourrait être pire"* ou *"il y a plus grave que la sécheresse oculaire"* sont des formules difficilement recevables par un patient en souffrance pour qui, au moment de la consultation, la sécheresse est LE problème.

Ces attitudes empathiques permettent notamment de désamorcer l'éventuelle agressivité accumulée par l'échec des

consultations avec les spécialistes précédents et d'installer une relation plus confortable, à la fois pour le patient et le praticien. Adopter une attitude empathique en toute circonstance face aux patients n'est pas toujours facile : il n'est pas inutile de s'entraîner et pas seulement au cabinet !

Ces principes de communications sont essentiels à prendre en compte dans la relation avec le patient : de nombreuses études ont démontré que, lors d'une consultation, plus de 90 % de ce que retient le patient est relatif au "contenant" (attitude du médecin, regard, gestuelle...), tandis que le contenu (l'information technique à proprement parler) ne représente que moins de 10 %... Pour conclure, ces 3 axes fondamentaux permettront de constituer une alliance thérapeutique solide, une base indispensable pour emporter l'adhésion du patient au projet de soin [18].

BIBLIOGRAPHIE

1. CRAIG JP, NICHOLS KK, AKPEK EK *et al.* TFOS DEWS II Definition and Classification Report. *Ocul Surf*, 2017;15:276-283.

2. LAUNAY PS, REBOUSSIN E, LIANG H *et al.* Ocular inflammation induces trigeminal pain, peripheral and central neuroinflammatory mechanisms. *Neurobiol Dis*, 2016;88:16-28.
3. LABETOULLE M, ROLANDO M, BAUDOUIN C *et al.* Patients' perception of DED and its relation with time to diagnosis and quality of life: an international and multilingual survey. *Br J Ophthalmol*, 2017;101:1100-1105.
4. WOLFFSOHN JS, ARITA R, CHALMERS R *et al.* TFOS DEWS II Diagnostic Methodology report. *Ocul Surf*, 2017;15:539-574.
5. BAUDOUIN C, ARAGONA P, VAN SETTEN G *et al.*; ODISSEY European Consensus Group members. Diagnosing the severity of dry eye: a clear and practical algorithm. *Br J Ophthalmol*, 2014;98:1168-1176.
6. LABETOULLE M, BENICHO J, M'NAFEK N *et al.* Assessment of patient burden from dry eye disease using a combination of five visual analogue scales and a radar graph: a pilot study of the PENTAScore. *Br J Ophthalmol*, 2022;106:467-473.
7. SCHIFFMAN RM, WALT JG, JACOBSEN G *et al.* Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology*, 2003;110:1412-1419.
8. BRUCE TO. Comorbid depression in rheumatoid arthritis: pathophysiology and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep*, 2008;10:258-264.
9. STEVENSON HA, JONES ME, ROSTRON JL *et al.* UK patients with primary Sjogren's syndrome are at increased risk from clinical depression. *Gerodontology*, 2004; 21:141-145.
10. WAN KH, CHEN LJ, YOUNG AL. Depression and anxiety in dry eye disease: a systematic review and meta-analysis. *Eye*, 2016;30:1558-1567.
11. WANG TJ, WANG IJ, HU CC *et al.* Comorbidities of dry eye disease: a nationwide population-based study. *Acta Ophthalmol*, 2012;90:663-668.
12. LABBÉ A, WANG YX, JIE Y *et al.* Dry eye disease, dry eye symptoms and depression: the Beijing Eye Study. *Br J Ophthalmol*, 2013;97:1399-1403.
13. BAUDOUIN C, CREUZOT-GARCHER C, HOANG-XUAN T *et al.* Severe impairment of health-related quality of life in patients suffering from ocular surface diseases. *J Fr Ophthalmol*, 2008;31:369-378.
14. POUYEH B, VITERI E, FEUER W *et al.* Impact of ocular surface symptoms on quality of life in a United States veterans affairs population. *Am J Ophthalmol*, 2012;153:1061-1066.e3.
15. CHIA EM, MITCHELL P, ROCHTCHINA E *et al.* Prevalence and associations of dry eye syndrome in an older population: the Blue Mountains Eye Study. *Clin Exp Ophthalmol*, 2003;31:229-232.
16. MOSS SE, KLEIN R, KLEIN BE. Long-term incidence of dry eye in an older population. *Optom Vis Sci*, 2008;85:668-674.
17. WEN W, WU Y, CHEN Y *et al.* Dry eye disease in patients with depressive and anxiety disorders in Shanghai. *Cornea*, 2012;31:686-692.
18. BOISVERT JM, BEAUDRY M. *S'affirmer et communiquer*. Éditions de l'Homme, 2012

L'auteur a déclaré avoir des liens d'intérêts avec Théa, Horus et Allergan.

Regards croisés

EN SÉCHERESSE OCULAIRE

Prendre en compte la souffrance des patients

SYMPOSIUM DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE DU 7 MAI 2022



THÉA PHARMA
12, RUE LOUIS BLÉRIOT - ZI DU BRÉZET
63100 CLERMONT-FERRAND - FRANCE
TÉL : 04.73.74.95.00 - www.theapharma.fr