

# **QUE FAIRE EN BOURGOGNE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS OCULAIRES ENTRE 2010 et 2025 ?**

**ETUDE DE LA SITUATION ACTUELLE, DES MOYENS DE FORMATION,  
DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SON EVOLUTION**

*PROPOSITIONS POUR L'AVENIR DU SYNDICAT NATIONAL  
DES OPHTALMOLOGISTES DE FRANCE (mars 2010).*

**I/ PREAMBULE (p. 2)**

**II / LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DANS LA REGION BOURGOGNE (p.2)**

1. Les ophtalmologistes
2. Les orthoptistes

**III / LES DONNEES D'ACTIVITE (p.5)**

1. Les ophtalmologistes
  - a) Le SNIR
  - b) Le contenu de l'activité
2. Les orthoptistes

**IV / QUE FAIRE POUR AMELIORER LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE ? (p.8)**

1. La formation médicale en ophtalmologie
  - a) Les perspectives si rien ne change
  - b) Peut-on corriger la démographie des ophtalmologistes ?
  - c) Quel plan de formation ?
  - d) Comment répartir les postes d'Internes ?
2. Recruter des médecins étrangers

**V / QUE FAIRE POUR MIEUX REPARTIR L'OFFRE DE SOINS LOCALE ET LA RENDRE PLUS  
PERFORMANTE ? (p.12)**

**VI / EN DEFINITIVE : UNE RUPTURE HISTORIQUE A NE PAS MANQUER (p.14)**

**ANNEXE I : QUAND ET POURQUOI VIENT-ON VOIR L'OPHTALMOLOGISTE ? (p.16)**

**ANNEXE II : EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES OPHTALMOLOGISTES (p.21)**

**ANNEXE III : GATE-KEEPERS OU AIDES-MEDICALES INTEGRÉES ?  
Comparaisons en termes d'efficacité et de rentabilité (p.26)**

## I / PREAMBULE

Le SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France), unique syndicat de la spécialité auquel sont adhérents 60% des ophtalmologistes, aussi bien libéraux, salariés, hospitaliers ou universitaires, accompagne les changements nécessaires à la profession depuis des dizaines d'années. Non seulement il les accompagne, mais il a souvent été à l'origine des évolutions. Ainsi, c'est lui qui a demandé la réglementation des opticiens il y a plus de 60 ans. Plus récemment, il a largement inspiré les trois décrets des orthoptistes (1988, 2001, 2007), celui des opticiens (2007), les modifications législatives concernant ces deux professions paramédicales (2006) ; il a participé à la mission Berland sur les délégations de tâches et a mené une expérimentation sur le travail aidé entre ophtalmologistes et orthoptistes qui fait référence. Certaines de ses prévisions ont été reprises par l'ONDPS et la DREES. C'est également sous son impulsion qu'ont été ouvertes trois nouvelles écoles d'orthoptie dans la moitié nord de la France afin de rééquilibrer les moyens de formation en orthoptie et qu'a été relancé l'enseignement de l'orthoptie (le recrutement des écoles d'orthoptie est passé de 130 en 2002 à 246 en 2007).

Cela fait 15 ans que le SNOF met en garde contre une pénurie inévitable d'ophtalmologistes s'il n'y a pas de modification des flux d'entrée. Il a publié plusieurs rapports sur le sujet dont le dernier en 2006<sup>1</sup> aborde tous les aspects du problème et développe les solutions possibles. Ses prévisions concernant la démographie et l'activité se sont révélées parfaitement conformes à la réalité contrairement à ceux des pouvoirs publics d'avant 2004 dont l'écart avec les chiffres réels actuels est impressionnant. Parallèlement aux EGOS, il a organisé en avril 2008 les Etats Généraux de la Vue pour une fois de plus exposer aux pouvoirs publics, aux usagers du système de santé et aux professionnels de la filière visuelle les problèmes actuels et à venir de cette filière de soins, ainsi que les solutions et les moyens à mettre en œuvre pour qu'enfin les besoins légitimes de la population soient pris en considération. Le Livre Blanc de l'Ophtalmologie Française a été publié dans les suites des Etats Généraux de la Vue.

## II / LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DANS LA REGION BOURGOGNE

### 1) Les ophtalmologistes :

Il y a **103 ophtalmologistes ayant une activité régulière** (ce qui exclu les 3 à 5% de remplaçants) pour le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) au 01.01.2009. La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé) trouve à la même date **110 ophtalmologistes contre 111 en 2004**. L'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) montre dans

---

<sup>1</sup> L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques. Dr Thierry BOUR et Christian CORRE. Avril 2006. 135p.

son rapport 2006-2007 (Tome 2 sur les Internes) que le nombre de nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre a été supérieur à celui des DES formés entre 2001 et 2005 (9 inscrits contre 5 diplômés). Le taux de féminisation est assez faible : 36% contre 43% au niveau national. **81% des ophtalmologistes ont une activité libérale** (85% au niveau national).

La population du NPC étant estimée à 1,630 millions d'habitants dans le document de la DREES, il en résulte une **densité de 6,81 ophtalmologistes /100 000 h**, contre 9/100 000 h pour la France métropolitaine, soit **inférieure de 24% à la moyenne nationale**, ce qui fait de la Bourgogne une des 8 régions françaises les plus en pénurie d'ophtalmologistes.

**La répartition des ophtalmologistes est relativement satisfaisante** entre les départements, sauf pour l'Yonne où la densité chute à 4,4 ophtalmologistes pour 100 000 h.

**La situation en ophtalmologie est plus grave que celle des généralistes ou de la moyenne des autres spécialistes.** En effet, pour les généralistes, la densité est de 149 / 100 000 h contre une moyenne nationale de 165, soit une différence de 10%. Pour l'ensemble des spécialistes, la densité est de 136 / 100 000 h contre une moyenne nationale de 174, soit une différence de 21,8%.

Depuis l'Internat Qualifiant, le nombre de diplômés en ophtalmologie a considérablement diminué. Outre la disparition du CES, cette situation résulte d'un triple effet pénalisant particulier à l'ophtalmologie comme cela a été montré dans le rapport du SNOF de 2006 : réduction du numerus clausus, réduction de la proportion de spécialistes formés et insuffisance des postes attribués à l'ophtalmologie au sein de la filière chirurgie. La Bourgogne ne fait pas défaut.

Le tableau 1 présente les diplômés sur les 15 dernières années (*sources : AUFEMO et service de scolarité de la Faculté de Médecine de Dijon*):

année	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97
nb de DES	2	1	3	1	2
année	97-98	98-99	1999-2000	2000-2001	2001-2002
nb de DES	1	1	1	2	2
année	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
nb de DES	1	1	0	2	0
Total	20	moyenne	1,3 / an		

On voit que le rythme actuel de formation n'est pas plus important que durant les années 90 et qu'il ne permet pas de renouveler les ophtalmologistes existants et encore moins de rejoindre la moyenne nationale.

**En conclusion la densité en ophtalmologistes est une des plus faibles en France, mais la situation ne s'est pas aggravée ces dernières années.**

Nous verrons par la suite, s'il est vraiment inéluctable que la situation s'aggrave ou si elle peut être corrigée.

## **2) Les orthoptistes :**

**Les orthoptistes sont peu nombreux et il n'y a pas d'école d'orthoptie en Bourgogne.**

Il n'y a que 40 orthoptistes, soit une **densité de 2,4 orthoptistes / 100 000 h, une des trois plus basses de France (moyenne nationale 4,8)** avec la Franche-Comté et la Champagne-Ardennes. Le SNOF a souligné à plusieurs reprises la nécessité de créer une école d'orthoptie ou au moins de créer des terrains de stages en s'associant à une école existante, car l'ensemble Bourgogne - Franche Comté constitue la dernière zone géographique non couverte par une école d'orthoptie.

Concernant la répartition salariés – libéraux, les chiffres fournis par la DREES sont approximatifs, provenant du fichier ADELI. Le SNIR, autrement plus fiable en la matière, ne retrouve que 21 orthoptistes ayant une activité libérale en 2006, soit 52%. Cependant, de nombreux orthoptistes ont également une activité salariée à mi-temps dans les cabinets ophtalmologiques ou les établissements de santé. On estime que plus de 55% des orthoptistes ont une activité salariée exclusive ou non. Les orthoptistes libérales sont moins accessibles géographiquement que les ophtalmologistes, leurs cabinets étant parfois très éloignés l'un de l'autre.

Suite aux décrets de compétences de 2001 et de 2007, le champ de l'orthoptie s'est élargi avec notamment la pratique de la réfraction et la réalisation de nombreux examens complémentaires, ce qui permet un travail nettement plus important avec les ophtalmologistes. Les orthoptistes restent une profession paramédicale agissant sur prescription médicale et ne pouvant prescrire elle-même ; les examens complémentaires sont interprétés par l'ophtalmologiste. Les orthoptistes ne peuvent conduire un examen oculaire complet, notamment le FO et l'examen à la lampe à fente. Ces décrets ont conduit à une forte augmentation des besoins en orthoptistes, surtout dans les cabinets d'ophtalmologistes et les établissements de soins, la partie rééducation oculaire reste inchangée. Les ophtalmologistes de Bourgogne se plaignent de ne pas trouver d'orthoptistes pour les aider. La situation est d'autant plus grave que jusqu'à présent, il n'y a pas d'école et que l'arrivée d'orthoptistes venant de Nancy ou de Lyon (écoles d'orthoptie les plus proches) n'est pas assuré.

**En définitive, il y a une très forte pénurie d'orthoptistes en Bourgogne, pire que celle des ophtalmologistes. Elle ne permet pas à la Bourgogne de profiter suffisamment des effets du nouveau décret des orthoptistes afin de soulager les ophtalmologistes.** Il y a donc nécessité de créer une école d'orthoptie pour assurer les besoins de base en orthoptie et le travail en collaboration avec les ophtalmologistes, à défaut une convention devrait être conclue avec une des écoles les plus proches afin d'offrir des terrains de stages à des étudiants en orthoptie originaires de Bourgogne. Il n'y a pas le socle suffisant pour entrevoir de nouvelles responsabilités aux orthoptistes, alors qu'ils sont très loin d'assumer leurs

responsabilités actuelles. Le décret des orthoptistes de 2007 est en fait en avance sur les pratiques en Bourgogne.

### III / LES DONNEES D'ACTIVITE

#### 1) Les ophtalmologistes

##### a) Le SNIR

Les **93 ophtalmologistes libéraux recensés par la sécurité sociale sont très productifs**, puisqu'ils ont réalisé 7300 actes en moyenne en 2006, ce qui les place juste derrière les radiologues (mais ceux-ci sont en moyenne aidés par trois manipulateurs-radio / radiologue).

**La prise en charge est globale et efficace, puisque qu'en moyenne le nombre d'acte par patient par année n'est que de 1,5** (ce qui comprend aussi les examens complémentaires et la chirurgie). Un ophtalmologiste de Bourgogne arrive à voir 4910 patients différents en un an (*source : SNIR 2006*), ce qui le place nettement devant la moyenne nationale qui est de 3857. Le tableau 2, reprenant les données 2006 nationales du SNIR montre quelques caractéristiques essentielles des ophtalmologistes par rapport aux autres médecins. La productivité est la plus importante de toutes les spécialités cliniques avec un nombre de patients pris en charge très élevé. **Les ophtalmologistes libéraux arrivent à régler rapidement et complètement les problèmes des patients ce qui justifie l'accès direct**, car un premier recours (chez le généraliste ou un gate-keeper) aurait pour conséquence une multiplication des actes et une augmentation des coûts. **Le coût de prise en charge par patient et par année est d'ailleurs le plus faible de toutes les spécialités avec la dermatologie** (qui a peu de chirurgie et d'examen complémentaires).

L'accès direct à l'ophtalmologiste libéral permet donc le plus souvent une prise en charge complète, efficace et peu chère.

<b>Tableau 2</b>	<b>Nombre de patients /par médecin / an</b>	<b>Honoraires Totaux en € /patient /an</b>	<b>Nombre d'actes /patient /an</b>
Généralistes	1519	84	3,5
MEP	1358	91	2,7
<b>Omnipraticiens</b>	<b>1501</b>	<b>85</b>	<b>3,4</b>
Anesthésistes	2452	115	1,5
Cardiologues	1793	131	2,5
Chirurgiens	954	277	2,3
Dermatologues	2372	55	1,7
Radiologues	5930	91	2,3
Gynécologues	1986	95	1,9
Gastro-entérologues	1326	151	2,1
ORL	2114	85	1,8

Pédiatres	1357	101	2,9
Rhumatologues	1488	102	2,9
<b>Ophthalmologues</b>	<b>3857</b>	<b>64</b>	<b>1,6</b>
Stomatologues	1106	219	2,6
Psychiatres	308	371	8,9
<b>Ensemble des 13 spécialités</b>	<b>2 321</b>	<b>101</b>	<b>2,2</b>

*France Métropolitaine - Année 2006. source SNIR*

## **b) Le contenu de l'activité**

**Le contenu de l'activité des ophtalmologistes libéraux a beaucoup changé ces dernières décennies. Si les patients peuvent espérer que la majorité de leurs problèmes oculaires s'arrangera avec des verres correcteurs, en pratique, il en va différemment. Il ne faut pas confondre motif de consultation de la part du patient et diagnostic.**

**Une enquête réalisée en 2005 (cf. annexes I et II) avait montré que :**

- **à peine plus d'un tiers des patients sortent avec une ordonnance optique (lunettes ou lentilles de contact)**
- **seulement 30% des patients viennent consulter réellement pour un motif réfractif.**
- **Les cas pathologiques sont plus nombreux que les cas réfractifs purs (pouvant être corrigés par des lunettes), mais qu'en pratique il était difficile a priori de faire la distinction entre les deux, puisque 50% des prescriptions optiques se font dans le cadre d'un examen où le motif principal n'est pas optique et si le patient vient pour des lunettes, dans 30 % on lui trouvera autre chose.**

Les données statistiques de l'Assurance-Maladie et des opticiens (enquêtes de GFK par ex.) confirment indirectement ces données, puisque l'on sait qu'il n'y a que 10 millions de prescriptions optiques pour 33 millions d'actes réalisés en ophtalmologie (tous modes d'exercice confondus) (cf. annexe II) et qu'en 2008, seulement 29% des actes ophtalmologiques étaient accompagnés d'une prescription optique (Source ERASME, champ RG + SLM, activité en cabinet uniquement).

**L'aspect technique de l'ophtalmologie libérale a fortement augmenté**, puisqu'en 2007, 50% des actes ophtalmologiques réalisés étaient techniques (source CNAMTS) contre 13% en 1980 ! La chirurgie ophtalmologique se fait majoritairement en libéral. Encore faut-il souligner que 29% des ophtalmologistes libéraux (source Atlas de la Démographie 2008, CNOM) ont une activité salariée à temps partiel et qu'ils participent donc pour une part non négligeable à l'activité des hôpitaux.

**Les ophtalmologistes ont fait des efforts considérables pour s'adapter à l'augmentation des besoins** (due essentiellement au vieillissement de la population et au progrès médical). Ainsi, au niveau national, le nombre d'actes par ophtalmologiste a augmenté de 45% entre 1990 et 2006 ! On a vu que les ophtalmologistes de Bourgogne ne sont pas en reste puisque leur activité est en moyenne supérieure à celle des autres régions. Malgré tout, **les délais d'attente sont apparus et deviennent difficilement supportables**

(entre 6 et 12 mois). Les raisons principales sont de deux ordres : une densité ophtalmologique insuffisante dans la région et le manque d'orthoptistes pour mettre en application les délégations de tâches.

**Tout ceci (le niveau d'activité et sa complexité) rend en pratique très difficile le remplacement d'ophtalmologistes manquants. Un exemple en est donné par la possibilité pour les opticiens depuis trois ans de renouveler et d'adapter une correction optique prescrite par un ophtalmologiste pendant trois ans pour les plus de 16 ans, sauf précision contraire. Les chiffres du marché de l'optique et de la base de données des remboursements de la sécurité sociale (SNIRAM) ont montré il n'y a guère eu plus d'équipements optiques vendus, car les vrais besoins des patients ne se situent pas (plus) prioritairement là et les besoins en équipements optiques sont déjà dans l'ensemble bien couverts malgré les délais de rendez-vous. Par ailleurs, on note une augmentation des retours vers l'ophtalmologiste, soit à l'initiative des patients (manque de confiance dans les capacités ou l'impartialité des opticiens, insatisfaction vis-à-vis de l'équipement fourni), soit de l'opticien (qui pense avoir vu quelque chose ou craint être passé à côté). Ces retours annihilent en pratique les examens économisés par le passage direct chez l'opticien et il n'y a donc aucun effet sur les listes d'attente des ophtalmologistes.**

On lira sur ce thème des possibilités de remplacement des ophtalmologistes par d'autres acteurs, l'annexe III qui tire les conclusions des expériences menées dans les pays anglosaxons avec ce que nous avons appelé « la règle des quatre-quarts ».

## **2) Les orthoptistes**

On ne dispose que de l'activité des orthoptistes libérales (SNIR). On peut d'ailleurs regretter que le principal syndicat des orthoptistes, le SNAO (l'autre étant le SOF également reconnu représentatif) n'ait jamais voulu réaliser d'enquête sur l'activité réelle et les aspirations de l'ensemble des orthoptistes, notamment des jeunes formés après le décret de 2001 et des étudiants. Les 63 orthoptistes libérales, malgré leur forte pénurie n'ont réalisé que 3320 actes annuels en moyenne en 2006, avec 3,8 actes par patient, soit seulement 876 patients différents par année et par orthoptiste.

**Rappelons que l'expérimentation ophtalmo-orthoptiste sur la délégation de tâches a permis de montrer qu'un orthoptiste permettait d'augmenter l'activité d'un ophtalmologiste de 30%.**

Les décrets de 2001 et de 2007 des orthoptistes ont permis de les habilitier à réaliser un certain nombre d'actes afin de soulager l'ophtalmologiste, qui est en pratique quasi le seul à prescrire les examens concernés, cette prescription reste réglementairement nécessaire. Certains peuvent être réalisés en l'absence d'un médecin, d'autres nécessitent sa présence plus ou moins proche pour qu'il puisse éventuellement intervenir en cas de besoin. Ces examens sont le champ visuel, la vision des couleurs, les rétinographies, l'électrophysiologie, la réfraction oculaire, la pachymétrie cornéenne, la tomographie par cohérence optique, la topographie cornéenne, l'angiographie rétinienne (sans l'injection), la biométrie oculaire et la

pose de lentilles de contact. L'article L.3424-1 du code de la santé publique, modifié en 2006 précise bien que l'exercice de l'orthoptiste découle de celle du médecin et qu'il peut travailler conjointement avec l'ophtalmologiste : « les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin ». Ceci est parfaitement logique puisque les examens supplémentaires autorisés à l'orthoptiste sont produits par l'activité de l'ophtalmologiste et doivent être interprétés par celui-ci. Pour éviter les déplacements successifs et les consultations inutiles, il est souhaitable que l'activité de l'orthoptiste s'effectue en unité de lieu (et souvent de temps) avec celle de l'ophtalmologiste.

En complément, on peut rajouter les activités des opticiens : 700 clients / an / opticien ; des optométristes anglo-saxons : 1500 patients-clients / an / optométriste (2500 à 3000 actes par an).

## **IV / QUE FAIRE POUR AMELIORER LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE ?**

### **1) La formation médicale en ophtalmologie :**

#### **a) Les perspectives si rien ne change.**

On ne peut plus continuer à former aussi peu d'ophtalmologistes en Bourgogne! **Rien n'a été réellement fait pour réduire l'insuffisance démographique médicale jusqu'à récemment.** Ainsi en ophtalmologie, la région n'a formé que 1,0 ophtalmologiste / 100 000h entre 1991 et 2001, contre 1,4 à la moyenne nationale, pourtant déjà historiquement faible. Une volonté de réduire l'écart aurait dû conduire à former au moins 2,5 ophtalmologistes par 100 000h, ce qui aurait permis d'avoir aujourd'hui une densité supérieure à 8,4/100 000 h. **La responsabilité des pouvoirs publics est grande** dans ce domaine. C'est un problème qu'il faut corriger dans la durée.

**Dans les 5 ans à venir, 23 ophtalmologistes devraient partir en retraite** (*source DREES*), 48 d'ici 10 ans et 67 d'ici 15 ans. **Au rythme actuel de formation (1 / an)**, cela signifierait qu'il ne resterait que 58 ophtalmologistes en 2024 au lieu de 110 actuellement ! Les dernières hypothèses démographiques (*source Insee Bourgogne*) penchent vers une stabilisation de la population vers 1 618 000 h pour la région vers 2030. **La densité tomberait alors à 3,6 ophtalmologistes pour 100 000 h alors que l'on attend une augmentation globale de 40 à 50% de l'activité d'ici là** (cf. annexe II) ! Les plus de 60 ans vont augmenter de 45% en Bourgogne d'ici 2030 (*source Insee Bourgogne*), or les maladies chroniques oculaires (DMLA, glaucomes, rétinopathie diabétiques, syndromes secs oculaires) et la cataracte atteignent surtout cette tranche d'âge. Cela signifierait que chaque ophtalmologiste aurait une charge de travail augmentée de 200% par rapport à aujourd'hui ! Cela n'est pas pensable. Comment peut-on croire que les choses puissent s'améliorer ainsi alors que les listes d'attente augmentent déjà aujourd'hui suite à une densité trop faible d'ophtalmologistes ? **On irait vers une tiers-mondisation de la prise en charge des pathologies oculaires en Bourgogne !** Ce n'est pas acceptable dans un pays comme la

France qui était encore il y a vingt ans un exemple pour la formation médicale. **C'est d'autant moins acceptable que les autres pays de l'OCDE ne suivent pas cette voie.**

### **b) Peut-on corriger la démographie des ophtalmologistes ?**

Il faut savoir que **nos voisins ont adapté leur offre de formation pour que leur démographie ne chute pas en ophtalmologie, voire progresse rapidement** (comme le Royaume-Uni). Ainsi la Belgique forme en moyenne 2,7 ophtalmologistes par million d'h ; l'Allemagne 2,8 ; le Royaume-Uni 2,5 (en plus il importe beaucoup d'ophtalmologistes) et la Suisse 3,2 (*sources UEMS et EBO*).

**De tels chiffres appliqués à la Bourgogne conduiraient à former 4 à 5 ophtalmologistes par année. Est-ce possible ?**

**En Bourgogne, on assiste à une montée importante des postes au niveau des Epreuves Classantes Nationales** depuis quelques années suite à l'augmentation antérieure du numerus clausus et de la volonté des pouvoirs publics de rééquilibrer géographiquement les postes d'Internes en fonction des besoins. Voici les effectifs pour Dijon de 2004 à 2009 : 120-153-157-201-207-225, soit **+87% en 5 ans !** Il est par ailleurs à noter que **dans la loi HPST**, qui est actuellement discutée, **il est prévu de supprimer les quotas par filière pour les remplacer par des quotas par spécialité et par subdivision d'Internat**. Ainsi va sauter un élément négatif pour l'attribution des postes en ophtalmologie, car les postes dans la filière chirurgie étaient souvent attribués aux spécialités chirurgicale « pures » mieux implantées dans les hôpitaux que l'ophtalmologie (c'est la raison principale qui explique que la proportion des ophtalmologistes parmi l'ensemble des médecins est passée de 3 à 2,7% en 15 ans).

**Si nous appliquons le ratio de 2,7% (proportion actuelle des ophtalmologistes parmi les médecins) aux chiffres précédents nous obtenons 3,2 postes en 2004, 4,2 en 2006, 5,6 en 2008 et 6 nouveaux postes d'Internes en ophtalmologie en 2009.** On voit donc que, sans léser les autres spécialités, **il est déjà possible avec les postes d'Internes attribués à la Bourgogne par les ECN d'atteindre un taux de formation égal, voire supérieur à celui de la Belgique, de la Suisse ou de l'Allemagne !** Par ailleurs le numerus clausus pour 2010 vient d'être publié: il attribue 212 postes à Dijon, ce qui montre que sur le moyen terme (10 ans), le nombre d'Internes ne va pas diminuer, puisque tous les étudiants deviennent Internes après les ECN.

**Ceci change complètement les perspectives démographiques ophtalmologiques en Bourgogne. En effet, non seulement, les départs prévus en retraite dans les quinze années à venir peuvent être compensés, mais il est également possible d'augmenter la densité en ophtalmologistes pour la rapprocher de la moyenne nationale ! Par ailleurs, il faut souligner que les postes en ophtalmologie sont très prisés par les Internes et qu'il n'y aura guère de difficulté à les pourvoir.**

### **c) Quel plan de formation ?**

La sommation des chiffres précédents issus des ECN devrait aujourd'hui conduire à ce qu'il y ait déjà 25 postes d'Internes en ophtalmologie (4,1+4,2+5,4+5,6+6). Jusqu'à récemment, il n'y en avait que 8, tous au CHU.

Le tome 3 (Renouvellement des effectifs médicaux) du dernier rapport de l'ONDPS, qui vient de paraître, confirme qu'on ne pourrait pas former plus de 10 internes dans les 5 ans si les effectifs actuels dans la spécialité perduraient (p.103). Ce même rapport, sur la base de la proposition du comité régional de l'ONDPS propose de monter à 23 les effectifs en formation en ophtalmologie, c'est-à-dire un chiffre très proche de celui que nous venons d'avancer (25)

On peut proposer le schéma présenté dans le tableau 3. Il consiste à **attribuer chaque année 2,7% des nouveaux postes d'Internes issus des ECN à l'ophtalmologie**. Le nombre total de postes d'Internes dans la spécialité en est déduit par la sommation des années antérieures. Les diplômés résultent du nombre d'internes ayant commencé cinq années auparavant (le DES dure 5 ans) majoré d'un coefficient de 1,2 pour prendre en compte deux éléments : il ne faut que 6 à 8 semestres d'ophtalmologie pour valider le DES et il peut y avoir des pertes par réorientation des Internes. Les diplômés des années 2008 à 2010 correspondent aux Internes déjà inscrit actuellement au DES en 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année (*source : service de scolarité de la faculté de médecine de Dijon*). On voit que **dès 2014, le nombre de diplômés commencera à être important. Cependant, vu le retard pris, seulement 12 ophtalmologistes peuvent être formés dans les cinq ans (soit à peine la moitié des départs). Dans dix ans, 54 seraient formés, ce qui compenserait largement les départs en retraite** (ceux-ci sont estimés à 54 d'après le fichier de la DREES) ; à 15 ans, on aurait par contre un excédent des formés (89) par rapport aux départs (67), ce qui permettrait de remonter la densité à 8,2 ophtalmologistes pour 100 000 h. On se rapprocherait donc de la densité nationale actuelle (9 / 100 000 h) vers 2025.

**On voit qu'il y a une chance unique et historique de diminuer fortement le retard démographique de la Bourgogne par rapport au reste de la France et aux pays limitrophes. Il faudra cependant passer par une baisse de 10% lors des 5 prochaines années, il ne faut donc plus attendre.**

Il est important de souligner que **ceci ne lèse pas les autres spécialités et ne privilégie pas l'ophtalmologie, puisqu'il s'agit simplement de respecter la proportion actuelle d'ophtalmologistes dans l'attribution des postes d'Internes**. Par contre, continuer la formation comme aujourd'hui aurait pour effet de ramener la proportion d'Internes en ophtalmologie à 0,5% seulement !

Année	Nb de diplômés	Nb de postes à ouvrir en 1 <sup>ère</sup> année	Nb d'Internes
2008	2		8
2009	2		8
2010	2	5	13

2011	2	5	16
2012	2	5	19
2013	2	5	22
2014	4	6	26
2015	6	6	27
2016	6	6	28
2017	6	6	29
2018	6	6	30
2019	7	6	30
2020	7	6	30
2021	7	6	30
2022	7	6	30
2023	7	6	30
2024	7	6	30
2025	7	6	30
Total diplômés	89		

*Tableau 3 : nombre d'Internes et de diplômés en ophtalmologie si 2,7% des postes d'Internes sont attribués à l'ophtalmologie en Bourgogne*

Il faut également souligner que **la forte augmentation des Internes permettra d'augmenter l'offre de soins en ophtalmologie dans les établissements de santé et d'améliorer grandement la permanence des soins si on les répartit de manière satisfaisante sur le territoire.** On peut estimer que l'offre de soins serait majorée d'environ 10% en quelques années rien qu'avec les Internes.

Il conviendrait aussi, comme le souligne le rapport 2006-2007 de l'ONDPS, d'augmenter les postes de post-Internat, particulièrement faibles en Bourgogne, et d'enseignants (PU-PH, CCA) (une des 4 régions les moins bien pourvues).

#### **d) Comment répartir les postes d'Internes ?**

Les délais et la demande étant tels, il n'y a pas de problème insurmontable pour augmenter les stages dans la région à condition de mieux les répartir. Une bonne répartition sur le territoire, outre l'accroissement immédiat de l'offre de soins, préparerait des installations plus homogènes sur la région.

En dehors du CHU, nous pensons qu'il est nécessaire de créer des stages d'internes dans les hôpitaux généraux disposant d'un service d'ophtalmologie. Certains services ne comptent que des ophtalmologistes à temps partiels. L'instauration de stages pouvant s'effectuer à la fois en cabinet libéral et en hôpital pourrait être expérimenté. Cela aurait de nombreux avantages hormis la création de postes supplémentaires d'Internes. Ces stages permettraient la découverte de l'exercice libéral, de ses particularités et de ses contraintes, lesquelles ne sont pas enseignées jusqu'à présent ; ils participeraient à une meilleure répartition des Internes sur le territoire et favoriseraient des installations dans des zones peu denses en médecins. Le couplage avec un exercice à l'hôpital assurerait une bonne formation technique et clinique lors de ces stages. Le cabinet médical serait un cabinet de groupe

comprenant au moins deux praticiens et l'un d'eux devra exercer également dans l'hôpital où s'effectuera l'autre partie du stage (pour 50%).

Ces stages ne seraient proposés qu'à des Internes en 3<sup>e</sup> année et plus, inscrits au DES et remplissant les conditions pour effectuer des remplacements dans la spécialité. Ils devront être agréés par le responsable local du DES et le coordonnateur interrégional de la spécialité. Ils ne pourront dépasser le nombre de deux durant le cursus de formation de l'Interne.

On pourrait aussi réfléchir à ce que ce type de stage s'effectue éventuellement en clinique. Il y a en effet plusieurs cliniques ayant une activité importante en chirurgie ophtalmologique et cela améliorerait la répartition sur le territoire des Internes (option retenue dans le cadre de la loi HPST par notre ministre de tutelle R. Bachelot).

La répartition pourrait être celle-ci : 50% des postes dans les services universitaires à Dijon, 25% dans les centres hospitaliers avec ophtalmologiste à temps plein et 25% pour les stages mixtes hospitalier-libéral. Dans une perspective de 4 ans, on aboutirait par ex. à 13 postes à Dijon, 7 en CH temps plein et 6 en stage mixte.

## **2) Recruter des médecins étrangers :**

Pour faire face à l'urgence des besoins, **le nouveau dispositif de validation des médecins étrangers hors UE (PAE) pourrait être dirigé préférentiellement vers les régions déficitaires.** Vu que l'ophtalmologie est la spécialité ayant le plus de délais d'attente, il serait logique de lui attribuer par exemple 5% des postes, soit 15-20 par année.

On sait par ailleurs que les médecins des pays de l'Est viennent actuellement volontiers en France (notamment la Roumanie et la Bulgarie), ainsi que les Belges. Les exercices hospitaliers et en médecine de groupe semblent être les cibles à privilégier, pour favoriser leur intégration pratique. Néanmoins, en pratique, l'intégration n'est pas toujours évidente.

Cette piste accessoire a pour but de lever une partie de la pression actuelle reposant sur les médecins libéraux en attendant que les solutions de fond (Internes en ophtalmologie et orthoptistes) produisent leurs effets.

## **V / QUE FAIRE POUR MIEUX REPARTIR L'OFFRE DE SOINS LOCALE ET LA RENDRE PLUS PERFORMANTE ?**

En attendant la formation des ophtalmologistes et des orthoptistes nécessaires, et pour préparer leur arrivée, certaines mesures peuvent être mise en place.

**1) développer et encourager l'assistantat par une orthoptiste salariée au cabinet de l'ophtalmologiste.** Des aides pourraient être sollicitées auprès de la région et des collectivités locales qui pourraient par ex. compenser les charges patronales la première année et 50% la deuxième année. Des prêts à taux zéro pourraient être consentis pour

l'équipement ou l'agrandissement des locaux. Il y a un moment où il faudra bien que l'Assurance-Maladie prenne conscience des efforts tarifaires qu'elle doit consentir pour avoir une offre de soins suffisante avec une démographie médicale en situation de pénurie (probable futur chantier de la Convention Médicale de 2010).

**2) Dans les zones les plus éloignées d'un cabinet ou d'un service d'ophtalmologie, créer des locaux d'examen ophtalmologiques équipés par les collectivités locales demandeuses.** Elles passeraient des conventions avec certains cabinets d'ophtalmologie pour assurer un ou deux jours de consultations par semaine. Dans ces locaux pourraient aussi intervenir des médecins remplaçants (éventuellement retraités) desdits cabinets. Le Conseil de l'Ordre reconnaîtrait comme cabinets secondaires ces locaux.

**3) promouvoir l'assistantat par un collaborateur médical salarié**, comme le font par exemple les dentistes.

Cette forme d'exercice autorise une collaboration par un confrère déchargé de la gestion du cabinet. L'accord est établi pour une durée fixée par contrat et peut déboucher sur une association ou une reprise.

**4) créer une incitation financière sous forme de primes, d'honoraires ou de réduction fiscale** pour l'implantation en zone à basse démographie médicale.

Cela concernerait les zones de proximité dont la densité est égale ou inférieure à 6 ophtalmologistes / 100 000 h pour lesquelles il faut tout faire pour garder les cabinets existants et accroître les installations. Une prime de 50 000 € serait attribuée à toute nouvelle installation ou reprise de clientèle, sous réserve que cette somme soit investie dans du matériel ophtalmologique.

Une majoration de 20% des honoraires (sur le modèle des généralistes) pourrait être créée dans les zones où la densité en ophtalmologistes est inférieure à 5 / 100 000 h.

**5) Créer une Unité Mobile Ophtalmologique de Régions Déficitaires (U.M.O.R.D.)**

Un camion équipé en unité de consultation d'ophtalmologie par des partenaires (par ex. le Conseil régional), conduit par un ambulancier, avec une secrétaire médicale, un orthoptiste et un ophtalmologiste, se déplacerait régulièrement dans les zones très déficitaires et éloignées d'au moins 20 kms d'un cabinet d'ophtalmologie. Cet ophtalmologiste pourrait être un ophtalmologiste libéral volontaire, un Interne, ou un ophtalmologiste retraité.

La venue de cette unité mobile serait annoncée à la mairie, chez les pharmaciens et les opticiens de la zone concernée. Un site internet avec un planning de consultation serait ouvert 15 jours avant le passage afin que les gens puissent s'inscrire.

**6) Création d'un livret sur les principales pathologies oculaires avec des tests de dépistage** inclus au livret pour permettre une auto-surveillance des patients (test d'acuité

visuelle, de la vision des couleurs, grille d'Amsler,...) , il pourrait être financé par le Conseil régional.

### **7) Réfléchir à l'instauration d'un bonus à l'Examen Classant National pour les étudiants qui postuleraient sur des postes de leur subdivision d'internat d'origine.**

Ce bonus pourrait représenter par exemple 5% de la note finale à l'ECN. Ce serait un bon moyen d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire. En effet, le meilleur moyen pour que des spécialistes s'installent dans des villes secondaires d'une région est de permettre aux étudiants en médecine de réaliser tout leur cursus dans leur région d'origine s'ils le désirent. Ensuite, les liens familiaux, personnels et patrimoniaux qu'ils auront à l'intérieur de la région, différents d'un étudiant à l'autre, joueront un rôle favorable pour des installations géographiquement diversifiées. C'est une mesure complémentaire à celle d'une meilleure répartition des postes d'Internes et elle va dans le même sens.

## **VI / EN DEFINITIVE : UNE RUPTURE HISTORIQUE A NE PAS MANQUER**

La situation de l'Ophtalmologie en Bourgogne est très préoccupante puisqu'il y a des délais d'attente très importants pour les rendez-vous (de 6 à 12 mois, voire plus). Cependant, comme l'a montré le SNOF (cf. le Livre Blanc de l'Ophtalmologie Française, 2008), ces délais ne sont réellement gênants que pour 10 à 15 % des patients et les urgences sont en général correctement prises en charge. **Les difficultés viennent essentiellement d'une densité bien trop faible en ophtalmologistes et en orthoptistes** (avec en plus une très mauvaise répartition géographique pour ces derniers). La situation ne s'est cependant pas aggravée ces dernières années et les ophtalmologistes ont fait des efforts importants pour essayer de s'adapter aux besoins.

Avec le vieillissement annoncé de la population et le développement des techniques diagnostiques et thérapeutiques en ophtalmologie, la situation actuelle ne peut perdurer sous peine de voire apparaître une dégradation importante de la prise en charge des patients. Les problèmes optiques hors pathologies ne vont guère augmenter à l'avenir vu l'évolution de la pyramide des âges. L'application du décret des opticiens leur permettant d'adapter une ordonnance médicale de verres correcteurs est en train de montrer que cette mesure n'a pas d'effet notable sur le délai de consultation chez l'ophtalmologiste. **Les besoins se situent au niveau de l'ophtalmologiste** qui est confronté à des prises en charge de plus en plus complexes chez des patients présentant souvent plusieurs problèmes médicaux associés. Le diagnostic, la thérapeutique, le suivi, la prévention et le dépistage sont très intriqués en pratique, et la prise en charge doit être globale pour arriver à la meilleure efficacité au moindre coût pour la société. **L'ophtalmologiste peut et doit être secondé pour certaines tâches** (réfraction, installation des patients, réalisation d'examens complémentaires,..). Les

orthoptistes ont bénéficié avec les décrets d'actes de 2001 et 2007 d'un élargissement de leur champ professionnel leur permettant d'être ce partenaire naturel de l'ophtalmologiste. Si ce n'était pas le cas, tout serait à recommencer avec d'autres professionnels (par ex. des infirmières spécialisées).

Les capacités actuelles de formation en ophtalmologistes et en orthoptistes de la région ne permettent pas de faire face aux besoins à venir. **Il y a là aussi une véritable politique de rupture à mener.** Cela est déjà en application dans de nombreux pays voisins. La France a pris beaucoup de retard en matière de démographie médicale, mais le changement amorcé depuis une dizaine d'année permet de voir l'avenir sous un nouveau jour, d'autant que cela est possible vu l'augmentation des postes lors de l'Examen Classant National qui ouvre l'accès au 3<sup>e</sup> cycle spécialisé.

En effet, depuis 2004, les postes d'internes attribués à la Bourgogne ont augmenté de 87%. **D'ores et déjà, en appliquant le ratio actuel des ophtalmologistes (2,7% des médecins), on peut former suffisamment d'ophtalmologistes pour compenser les départs en retraite à venir dans les dix ans et même rattraper la moyenne française d'ici 2030.** Ceci nécessitera cependant de créer de nouveaux terrains de stages en les répartissant mieux dans la région. **C'est une chance historique pour combler le retard démographique ophtalmologique de la Bourgogne, il serait difficile de comprendre pourquoi elle ne pourrait pas être mise en œuvre.** La possibilité de stages en libéral, pouvant être couplés à des postes hospitaliers à mi-temps semble fortement souhaitable.

Pour seconder efficacement les ophtalmologistes et mettre en application les avancées des derniers décrets des orthoptistes, **une école d'orthoptie doit être créée avec Besançon ou un partenariat fort doit être conclu avec une école existante.** Là aussi, des terrains de stages sont à créer en nombre. **Les besoins sont actuellement au niveau de la licence et ils se situent dans les cabinets, les plateaux techniques et les services d'ophtalmologie.** Il faut faire pénétrer les orthoptistes dans toutes les circonscriptions de la région afin que d'ici une quinzaine d'années, tout ophtalmologiste puisse s'appuyer sur un orthoptiste.

**Des mesures complémentaires** (cf. partie VI) **doivent accompagner cette évolution démographique** afin d'améliorer la répartition de l'offre de soins oculaires sur le territoire et son efficacité. Des incitations fiscales ou financières doivent être développées rapidement pour permettre l'intégration des orthoptistes dans les cabinets ophtalmologiques et favoriser des installations dans les régions médicalement les moins bien pourvues. Les collectivités locales peuvent aussi s'impliquer en participant matériellement à la création de cabinets secondaires dans ces zones de faible densité ophtalmologique, ou encore en finançant la création d'une unité mobile ophtalmologique. Enfin, il faut réfléchir aux moyens de rendre les patients plus acteurs de leur santé ; une batterie de tests simples réalisables à domicile irait dans ce sens.

## ANNEXE I

### QUAND ET POURQUOI VIENT-ON VOIR L'OPHTALMOLOGISTE ?

- Prévention primaire, en plus du diagnostic et du traitement des maladies oculaires
- Médecin de premier recours
- Prescription de lunettes et de lentilles minoritaire
- Prise en charge des amétropies comme problème majeur de santé publique

L'OPHTALMOLOGISTE EST LA PORTE D'ENTREE MEDICALE POUR UN PATIENT QUI PRESENTE UN TROUBLE TOUCHANT L'APPAREIL OCULAIRE ET SES ANNEXES. C'est lui qui orientera par ses prescriptions le patient en aval. Cela est logique et nécessaire car il n'est à priori pas possible de connaître l'origine et la localisation des troubles avant un examen, lequel demande des connaissances et un appareillage spécialisés. L'ophtalmologiste est à la fois spécialiste **de prévention primaire, secondaire et tertiaire**, domaines intriqués dans la pratique et parfois chez le même patient. Dans la sphère médicale, **l'ophtalmologie a la particularité de gérer elle-même la plupart de ses examens complémentaires** (angiographies rétiniennes, échographies, tomographies par cohérence optique,...).

**Il faut insister sur son action de prévention primaire**, même lorsque le patient vient pour une pathologie connue ou un traitement particulier : des examens de base complémentaires sont alors la plupart du temps pratiqués (réfraction, examen des principales structures de l'œil au biomicroscope et par fond d'œil (dilaté ou non), ce qui permet de détecter d'éventuelles anomalies, souvent avant qu'elles aient pu provoquer des symptômes d'alerte. Cette action de prévention primaire touchant une grande partie de la population évite de mettre en place une lourde structure de prévention primaire qui aurait d'ailleurs du mal à réaliser un tel suivi de la population.

### LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT

L'enquête du SNOF de 2005 a permis de mieux évaluer quantitativement le parcours de soins du patient, depuis les motifs de recours à l'ophtalmologiste libéral (86% des ophtalmologistes) jusqu'à l'orientation en aval.

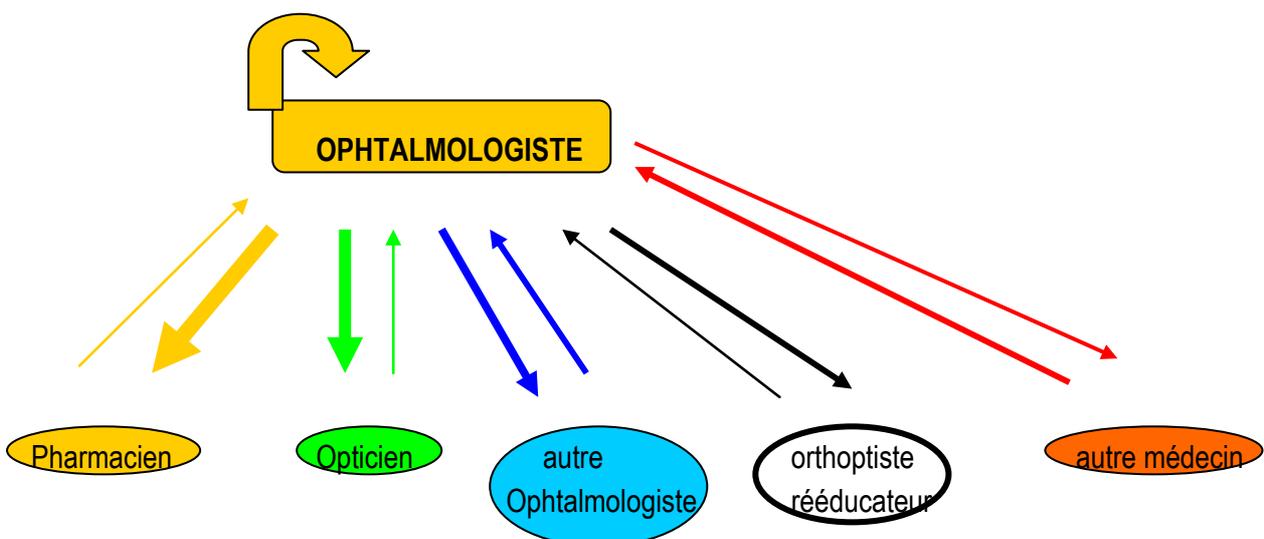
Cette enquête, qui porte sur près de 2000 patients représentatifs, a montré que **dans 9 cas sur 10, le patient consulte directement l'ophtalmologiste ou revient après un examen antérieur auprès du même médecin**. Le rôle de **médecin de premier recours** est donc bien confirmé, ce qui a d'ailleurs été reconnu par la nouvelle Convention Médicale puisque l'ophtalmologie est une des trois spécialités ayant gardé un accès direct pour les patients. Dans 5% des cas, il est adressé par un autre ophtalmologiste, montrant ainsi l'importance du circuit intra-spécialité. L'adressage par les généralistes est assez faible (moins de 4%), ce qui

confirme que dans l'esprit du public la répartition des tâches entre médecin généraliste et ophtalmologiste porte peu à confusion.

**LES ORDONNANCES MEDICAMENTEUSES SONT PLUS NOMBREUSES QUE LES ORDONNANCES DE LUNETTES !** Avec à peine plus d'un tiers des **prescriptions, les lunettes ou les lentilles de contact sont minoritaires**, et ce chiffre est même surestimé puisque l'étude n'inclut pas l'activité des salariés à temps plein (essentiellement hospitaliers) qui prescrivent peu de lunettes. Dans 5% des cas, l'intervention d'un orthoptiste rééducateur est nécessaire. Une intervention chirurgicale est programmée dans un peu moins de 5%, des examens ophtalmologiques complémentaires ou un traitement laser sont réalisés dans environ 12% des cas ; plus rarement, il est fait appel à d'autres médecins (radiologue, biologiste, autre spécialiste).

ORIENTATION EN FIN D'EXAMEN (plusieurs réponses possibles)	Professionnel de santé concerné	%
ordonnance médicamenteuse	pharmacien	38%
ordonnance de lunettes et / ou lentilles	opticien	37%
Bilan ou rééducation orthoptique	orthoptiste rééducateur	5%
examens complémentaires ophtalmologiques ou laser	ophtalmologiste	12%
examens complémentaires non ophtalmologiques	biologiste, radiologue	1%
RDV chirurgie (par autre ophtalmo ou non)	ophtalmologiste en général	5%
avis ou suivi par un autre médecin, hospitalisation	ophtalmologiste en général	4%

*Orientation du patient après un examen ophtalmologique.*



**Parcours de soins des patients dans la filière visuelle**\_(l'épaisseur des flèches reflète l'importance des flux de patients)

## LES MOTIFS DE RECOURS A L'OPHTALMOLOGISTE

L'enquête 2005 du SNOF sur le parcours de soins a aussi cherché à identifier les six principaux motifs de recours à l'ophtalmologiste libéral. ■ **Dans près de la moitié des cas (47%), il s'agit de contexte pathologique déjà connu du patient** (glaucomes, autres pathologies ayant déjà nécessité au moins un examen, demandes particulières). ■ Dans 22% des situations, un signe oculaire nouveau pousse à consulter. ■ Enfin, **dans seulement 31% des cas** (un quart concernant des enfants), **le patient vient à priori pour un problème lié à un contrôle de sa vision ou une modification de sa réfraction**. Là aussi, nous voyons que les examens ayant un but a priori réfractif sont nettement minoritaires en ophtalmologie libérale ; de plus, il ne s'agit pas des examens les plus chronophages.

<b>Motif principal de consultation ou d'intervention</b> (une seule réponse)		
Sensation d'une baisse ou altération visuelle	12%	
Demande de <b>CONTROLE</b> de l'appareil visuel ou suivi périodique d'une <b>AMETROPIE</b>	23%	adulte
	8%	< 16 ans
<b>GLAUCOME</b> ou suspicion de glaucome	12%	
Suivi, bilan et/ou traitement d'une <b>PATHOLOGIE CONNUE</b> (hors amétropie et glaucome)	31%	
<b>SIGNE D'APPEL</b> ophtalmo non lié à une baisse de vision	3%	urgences < 24H
	5%	fausses urgences ou > 24H
	2%	autres
Demande particulière à l'initiative du patient	4%	

*Motifs de recours à l'ophtalmologiste libéral.*

Le déroulement et les conclusions de l'examen réalisé ne sont souvent pas limités au motif avancé par le patient. Ainsi, **dans 41% des examens, un motif secondaire apparaît lors de l'examen**, soit à la demande du patient, soit révélé par l'examen ; il peut aussi s'agir d'une pathologie déjà connue qui nécessite une prise en charge concomitamment à l'objet initial de la demande. **Le motif avancé par le patient** n'est pas toujours en adéquation avec le diagnostic final. Ainsi, lorsque le patient vient pour un motif réfractif ou un contrôle de l'appareil visuel, une prescription de lunettes ou de lentilles n'est faite que dans 72% des cas, une ordonnance médicamenteuse est nécessaire dans 13%, une rééducation ou un bilan orthoptique est prescrit dans 8%, et dans 5% un bilan complémentaire est réalisé. Même **dans le cas bien limité où le patient vient pour un motif à priori réfractif, il n'y a donc pas d'adéquation entre ce motif et la conclusion dans près de 30% des cas**, ce qui est loin d'être négligeable d'un point de vue santé publique. Il faut également savoir **qu'à peine 52%**

**des ordonnances de lunettes ou de lentilles sont faites dans ce contexte, 48% sont réalisés dans des situations où la demande initiale n'est pas celle de lunettes.** Ce sont les conclusions de l'examen qui conduiront à prescrire ou à modifier les lunettes ou encore il s'agira d'une demande annexe du patient qui voudra « profiter de l'occasion » (la réfraction devant de toute façon être faite) pour changer ses lunettes.

## **LA PRESCRIPTION D'UNE CORRECTION OPTIQUE N'EST-ELLE QU'UNE ACTIVITE TECHNIQUE ?**

**L'ESSENTIEL DE L'ACTIVITE D'UN OPHTALMOLOGISTE, FUT-IL LIBERAL, NE CONSISTE DONC PAS A PRESCRIRE DES LUNETTES. Il n'en reste pas moins que l'examen de la réfraction représente une partie importante et indispensable de son activité, ainsi qu'un problème important de Santé Publique.** En effet, la réfraction (détermination des anomalies réfractives ou amétropies) est nécessaire pour apprécier la répercussion visuelle des pathologies oculaires médicales et chirurgicales, et corriger correctement le handicap réfractif en tenant compte du contexte médical.

**Une amétropie se manifeste par un trouble fonctionnel variable de vision qui baisse l'autonomie de l'individu,** et peut provoquer des symptômes en dehors de la vision floue : céphalées, asthénie, vision double, avec parfois des répercussions psychologiques (manque d'assurance, enfermement sur soi...). **L'amétropie** provoque une altération fonctionnelle, mais **résulte d'une altération organique** : courbure anormale de la cornée, anomalie de taille du globe, altération de la puissance du cristallin. ■ **Des maladies organiques peuvent provoquer ou modifier des amétropies** : cataracte myopisante, kératocône, kératites avec déformation de la cornée, ptérygion, chorio-rétinite séreuse centrale, botulisme, mélanome maculaire... La grossesse modifie souvent la réfraction, ainsi que parfois un diabète déséquilibré, une stase papillaire, un spasme accommodatif, une intervention chirurgicale oculaire, un traumatisme ou encore certains médicaments. ■ **Certaines amétropies sont incriminées dans la genèse de maladies organiques** : glaucome aigu (forte hypermétropie), déchirures de la rétine, taches de Fuchs, choroidose (myopie forte)...

Il ne faut pas oublier que **les amétropies sont une des principales causes des strabismes et des amblyopies. La prise en charge d'une amétropie débouche quasiment toujours sur un traitement pour rétablir l'autonomie de l'individu.** Il y a une batterie thérapeutique : **lunettes** (orthèses), **lentilles** (prothèses) et **chirurgie réfractive**, qui n'existait pas il y a trente ans. Fréquemment, cela doit s'accompagner d'une prise en charge complémentaire (du strabisme, de l'amblyopie, de l'affection organique en cause,...). Le fait que l'acceptation sociale des lunettes soit bonne (souvent moins individuellement) ne retire rien de leur caractère supplétif et pas toujours satisfaisant fonctionnellement (amputation périphérique du champ visuel, modification de taille d'image,...). Si le traitement est mal suivi ou conduit, il peut y avoir des incidents, voire des complications (abcès de cornée sous lentilles, amblyopie, céphalées, vision floue, déséquilibre en relation avec des déformations visuelles périphériques...). **La correction optique n'est pas toujours celle définie par les lois de l'optique, mais elle demande à être adaptée à l'état physiologique ou**

pathologique de l'individu pour être tolérée le mieux possible.

**La diversité étiologique des amétropies n'en fait pas réellement des maladies individualisables, mais plutôt des SYNDROMES.** Nous sommes donc en présence d'entités diverses, de causes variées, ayant des traitements, des répercussions et des complications différentes. Il y a bien nécessité d'interrogatoire, d'examen global de l'œil, d'un diagnostic positif après élimination des diagnostics différentiels, du choix d'un traitement.

**LES AMETROPIES REPRESENTENT UN IMPORTANT PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE,** étant donné ■ leur fréquence, ■ le handicap pour l'individu en cas de non ou mauvaise correction, ■ le risque pour autrui (conduite automobile, certaines professions,...) et ■ le coût pour la société (4,1 milliards d'euros par année). Les amétropies constituent d'ailleurs la première cause de malvoyance dans le monde vu la difficulté d'accès à une correction optique adaptée dans les pays du tiers-monde, comme le reconnaît l'OMS dans son programme « *VISION 2020 : le droit à la vue* ».

**Enfin, il est primordial d'insister sur le fait que la plupart des maladies oculaires se manifestent par une baisse de vision (symptôme ressenti) qui sera souvent attribuée à priori par le patient à un problème réfractif.** Il reviendra à l'ophtalmologiste de faire la part des choses entre ce qui revient aux pathologies cornéennes, cristalliniennes, vitréennes, rétiniennes, cérébrales, du nerf optique ou une amétropie isolée.

## ANNEXE II

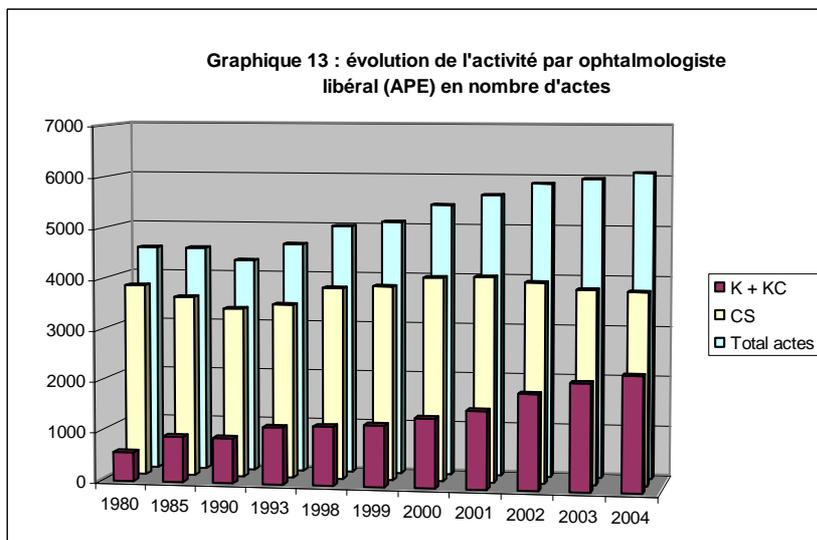
### EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES OPHTALMOLOGISTES

- Stabilisation des consultations, mais progression des actes techniques correspondant à la complexité croissante des problèmes médicaux oculaires des patients.
- Les examens ayant un motif réfractif ne représentent que 17% de l'activité ophtalmologique
- Augmentation des besoins avec efforts considérables et sans précédent d'adaptation de la part des ophtalmologistes
- Progression rapide de la chirurgie ophtalmologique, avec nécessité de sites opératoires ouverts et bien répartis

#### I/ EVOLUTION DE L'ACTIVITE LIBERALE ENTRE 1980 ET 2005

L'ACTIVITE OPHTALMOLOGIE A FORTEMENT AUGMENTE DEPUIS 25 ANS ET S'EST PROFONDEMENT MODIFIEE EN CONTENU. La très forte augmentation du nombre d'ophtalmologistes libéraux dans les années 80 (+64%) a été associée à une importante croissance globale de l'activité (+63%), mais avec stabilisation de l'activité par médecin. L'augmentation de l'activité a été, durant cette période, entièrement absorbée par l'accroissement démographique et sans répercussion sur l'activité individuelle. Depuis 1990, on note un net ralentissement, concomitant de la stabilisation du nombre d'ophtalmologistes libéraux. L'accroissement des consultations, qui a été de 50% entre 1980 et 1990, n'a pas dépassé 20% dans la décennie suivante. **Depuis 2000, on assiste à une stabilisation des consultations, mais la progression des actes techniques se poursuit, marquant la complexité croissante des problèmes médicaux oculaires des patients.**

#### Croissance des actes techniques par rapport au recul relatif de la part des consultations



**Les ophtalmologistes libéraux ont dû fortement accroître leur activité individuelle depuis 1993** pour faire face à la stagnation de la démographie et à l'augmentation des besoins. Cet accroissement concerne avant tout les actes techniques et chirurgicaux. Le recours à l'ophtalmologiste libéral est passé dans la population de 0,353 actes/h en 1993 à 0,437 en 2003, soit une augmentation de 23,8% (mais l'activité globale s'est accrue de 29% en nombre d'actes du fait de l'accroissement de la population). Cette augmentation est liée à trois phénomènes : ■ rétrocession d'une partie de l'activité hospitalière vers le libéral, ■ exigence plus importante de la population vis-à-vis de sa vision et augmentation de la pathologie par individu, ■ développement de nouvelles techniques d'explorations ou chirurgicales. Cela s'est aussi traduit par une augmentation du temps de travail des ophtalmologistes.

année	CS	K	KC	Total actes
1993	15 277 000	4 283 000	692 000	20 252 000
2003	16 950 276	7 908 409	1 312 411	26 171 096
augmentation	11,0%	84,6%	89,7%	29,2%

*Activité globale en ophtalmologie libérale durant les dix dernières années*

*La forte croissance de l'activité n'a pas suffi à satisfaire les besoins, ce qui prouve l'échec de la théorie selon laquelle la baisse (ou la stagnation) de la démographie médicale permet de stopper la montée de la demande de la population (cf. rapport Choussat de 1996).*

**Les ophtalmologistes, devant l'augmentation des besoins, ont fait des efforts considérables et sans précédent pour s'adapter :** ■ généralisation de l'informatisation, diffusion importante des autoréfractomètres automatiques et des réfracteurs, ■ modernisation des techniques chirurgicales, ■ développement des plateaux techniques et ■ apparition de nouveaux moyens d'exploration. 2000 ophtalmologistes libéraux et salariés se sont même engagés depuis un an dans une démarche de *certification collective ISO 9001-2000* afin de rendre plus efficace et plus lisible leur activité vis-à-vis du public. Le travail aidé par des orthoptistes et multipostes, se développe rapidement depuis cinq ans.

## Typologie de l'activité en libéral

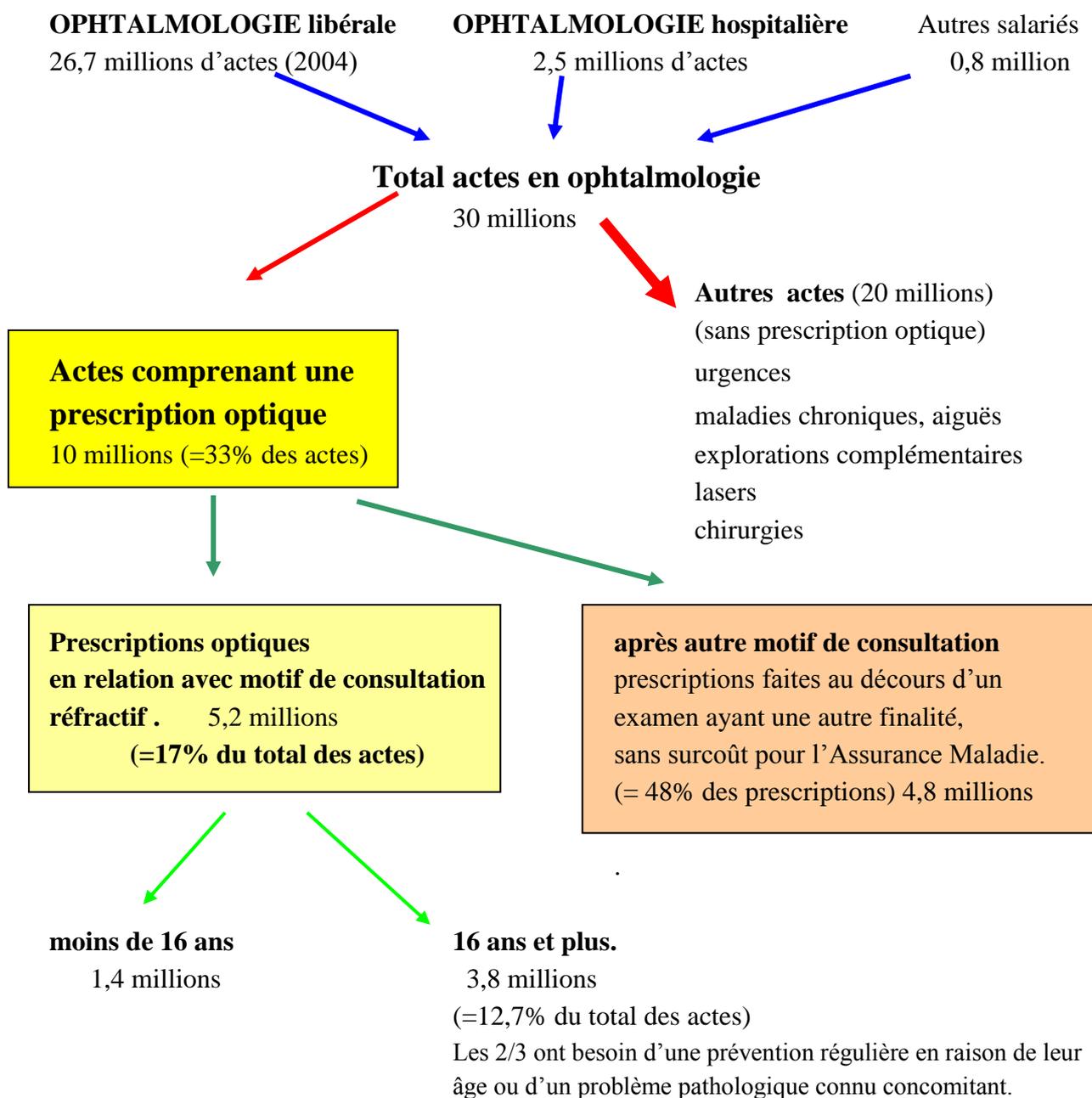
L'activité des ophtalmologistes regroupe plusieurs situations différentes avec le développement de sur-spécialisations, mais elle couvre l'ensemble de l'ophtalmologie dans sa mission polyvalente, à la fois médicale, chirurgicale et optique.

- 11% des ophtalmologistes ont une activité chirurgicale prépondérante.
- Plus de 80% des ophtalmologistes sont essentiellement médicaux.
- Les hommes ont une activité plus importante (+30%) en moyenne que les femmes. La France est le pays occidental avec la plus grande proportion de femmes en ophtalmologie.
- Les secteurs 2 consultent moins, mais ont une activité plus importante en chirurgie. Ils travaillent autant qu'en secteur 1 en ophtalmologie.
- L'activité des DES est plus technique et plus chirurgicale en moyenne, mais la différence reste modérée par rapport aux générations précédentes.

## Importance relative des prescriptions optiques

LES EXAMENS AYANT UN MOTIF REFRACTIF NE REPRESENTENT QUE 17% DE L'ACTIVITE OPHTALMOLOGIQUE. La moitié des prescriptions optiques se fait sans facturation spécifique et donc sans coût pour l'Assurance Maladie. **Une délégation vers les opticiens ne permettrait pas de résorber les listes d'attente**, car les potentialités ne dépassent pas 1 à 2 millions d'actes in fine et parce que la majorité des patients étant en attente d'un rendez-vous ne le sont pas pour des motifs réfractifs. **Ce délai serait résorbable en quelques années à condition de mettre en place une politique d'aides-assistants** dans les cabinets d'ophtalmologie. Une délégation de tâche encadrée vers les opticiens est utile, mais comme adjuvant.

*Répartition des prescriptions optiques (lunettes, lentilles de contact)  
au sein de l'activité ophtalmologique globale en 2004.*



## La progression rapide de la chirurgie ophtalmologique

En 2003, on comptait 640 000 interventions chirurgicales ophtalmologiques annuelles dans le cadre du PMSI ; 800 000 en y ajoutant la chirurgie réfractive hors nomenclature, un certain nombre d'actes de chirurgie plastique et les actes de petite chirurgie pratiqués en cabinet. La chirurgie PMSI est faite aux trois-quarts dans des établissements privés sous OQN. **La cataracte représente à elle seule 65% de l'ensemble ! La cataracte est devenue de loin la première intervention chirurgicale en France.** L'ambulatoire se développe rapidement (19% en 1997 et 44% en 2003). La chirurgie rétinovitréenne et la chirurgie réfractive ont connu aussi des améliorations et des évolutions considérables. La progression des volumes de la chirurgie est de même niveau que l'évolution des actes techniques non chirurgicaux. On estime qu'actuellement le temps chirurgical représente environ 20% du temps de travail soignant de l'ophtalmologiste libéral en moyenne.

## II/ QUELLE ACTIVITE EN OPHTALMOLOGIE VERS 2025 ?

A l'avenir, on assistera, avec le vieillissement de la population, à une forte augmentation des pathologies oculaires, souvent **intriquées les unes aux autres**. Le nombre de glaucomes, de cataractes, de DMLA, de complications diabétiques... va nettement progresser. Une augmentation nettement moindre pour les défauts réfractifs dont la plupart concerneront des patients de plus de 45 ans qui devront de toute façon voir l'ophtalmologiste vu la prévalence de certaines pathologies à partir de cet âge.

L'évolution des consultations doit pouvoir être contenue à un même rythme de croissance que depuis une dizaine d'années, sauf s'il y a une obligation réglementaire à augmenter la fréquence des contrôles visuels (ex. permis de conduire). Le vieillissement interviendra sûrement plus pour les actes techniques et les interventions chirurgicales directement corrélées à l'âge. **On peut donc tabler sur une augmentation moyenne, à démographie ophtalmologique à peu près constante, de 20 à 25% pour les consultations.** Ceci conduirait à un nombre de consultations de 21 à 22 millions en 2025, soit 4 millions de plus par rapport à 2003. La CCAM aura des répercussions importantes sur le nombre d'actes, avec disparition des actes cotés en K+K/2 ou en KC+KC/2. Compte tenu du vieillissement de la population, il paraît raisonnable de garder une progression de 25% tous les cinq ans, soit 17,7 millions d'actes techniques vers 2023. Par rapport à aujourd'hui, cela ferait 9 millions d'actes supplémentaires comptabilisés.

**En conclusion : vers 2025, il pourrait y avoir (actes cliniques + CCAM) 40 millions de recours à l'ophtalmologiste contre 26,2 M en 2003 (+52%),** voire un peu moins si la relative décélération actuelle se confirmait. Cette dernière hypothèse reste cependant peu probable avec l'inévitable vieillissement et l'augmentation de la population, sauf s'il y a une volonté politique d'aggraver les listes d'attente et de les généraliser à l'ensemble du pays...

## Cas particulier de la chirurgie

Pour la **chirurgie rétino-vitréenne**, une **augmentation d'au moins 50% sur la période est probable**. La progression de la **chirurgie réfractive** est plus difficile à prévoir, s'agissant d'une chirurgie fonctionnelle non obligatoire et demandant donc un passage à l'acte de la part du patient. Cependant, les progrès sont constants et il s'agit sans doute du secteur de l'ophtalmologie le plus innovant ; les complications sont rares et les résultats souvent spectaculaires pour le patient. Une **augmentation de l'ordre de 50 à 100%** ne serait pas surprenante. La cataracte restera le vecteur principal de la progression de la chirurgie. Un **chiffre minimal de 800 000 par année** peut être avancé et **une estimation haute pourrait être d'un million**. Un **nombre compris entre 1,3 et 1,4 million d'interventions** peut donc être avancé vers **2025**, contre **800 000 aujourd'hui**. Cela ne pose pas un problème **insurmontable** vu que depuis 1988, tous les néo-ophtalmologistes ont aussi une formation chirurgicale. Même si tous ne se consacreront pas à la chirurgie, on peut penser que cela sera le cas des 2/3, soit environ 4000 médico-chirurgicaux à l'horizon 2025 (contre 2000 aujourd'hui).

Cependant, sur le terrain, des difficultés surviendront si les sites opératoires sont réduits. Il s'agit là d'un **point extrêmement important, car la formation actuelle médico-technico-chirurgicale des ophtalmologistes nécessite impérativement qu'ils puissent exercer l'ensemble de leur spécialité pour pouvoir s'installer**. Une répartition harmonieuse sur le territoire ne peut se concevoir que s'il y a des sites opératoires bien répartis sur le territoire et ouverts. **IL EST DONC INDISPENSABLE DE DEVELOPPER CES PLATEAUX QUI SEULS PERMETTRONT L'INSTALLATION D'OPHTALMOLOGISTES.**

## Annexe III

# **GATE-KEEPERS OU AIDES-MEDICALES INTEGRÉES ?**

## **Comparaisons en termes d'efficacité et de rentabilité**

- Economie du temps médical ?
  - Diminution des coûts?
  - Bénéfice en termes de santé publique ?
- 

### 1) QUEL EST LE POTENTIEL DE REMPLACEMENT D'UN GATE-KEEPER ?

Les « gate-keepers » sont des professionnels de soins paramédicaux avec une formation médicale complémentaire qui ont été introduits à partir des années 1970 aux USA pour faire face à la pénurie de médecins pour certains groupes de population défavorisée. Leur champ d'action est cantonné normalement aux soins primaires. Les *Nurses Practitioners & specialists* et les *Physicians Assistants* en sont les principaux représentants. Les optométristes peuvent y être assimilés, avec une particularité liée à leur implication dans le secteur commercial.

**L'intérêt d'un gate-keeper non médecin est de permettre d'économiser du temps médical** en soustrayant aux médecins une partie de leur activité de base, si possible fréquente et demandant des connaissances médicales limitées. Le gate-keeper reçoit les patients en autonomie, sans présence d'un médecin, prend en charge ceux qui relèvent de ses compétences (diagnostic, suivi et traitement) et doit référer les autres à un médecin. Il intervient dans les champs de la prévention primaire, mais aussi secondaire. Son activité peut comprendre des actions de dépistage prédéfinies, mais sans s'y limiter, vu l'étendu des situations qu'il peut rencontrer en tant que premier intervenant. Il joue souvent le rôle d'un filtre destiné à limiter l'accès à un médecin dans son champ d'intervention, ce qui peut apparaître comme une dégradation de l'accès aux soins. Dans les rares pays qui les utilisent (souvent pour faire face à une pénurie médicale) ils ont entre 4 et 5 années de formation. L'évolution LMD les situe donc au niveau du Master. Leur utilisation conduit à se poser le problème de leur efficacité suivant plusieurs critères :

- Combien de gate-keepers pour remplacer l'activité quantitative d'un médecin ?
- Quel effort de formation faut-il consacrer pour les former et entretenir leur niveau ?

- Quel est leur coût par rapport aux autres solutions ?
- Est-ce efficace en termes de maintien ou d'amélioration de l'état de santé de la population ?

**La « REGLE DES QUATRE-QUARTS »**

*Par rapport à celle d'un médecin, l'activité d'un gate-keeper, quel que soit son domaine d'activité, se divise en deux quarts extrêmes et une moitié centrale, elle-même se réduisant de moitié en efficacité finale.*

**a) Le premier quart correspond à l'activité induite par l'existence du gate-keeper, plus celle venant en doublon par rapport à l'activité médicale.** En effet :

- diverses études ont montré que les gate-keepers ont tendance à développer une offre de soins spécifique et à susciter une demande qui n'existe pas avec des médecins en première ligne. Ils créent une activité de novo, laquelle peut dépendre parfois d'une spécialisation auto-décidée par le gate-keeper en fonction de ses préférences, ce qui va à l'encontre du but recherché collectivement.

- le gate-keeper, ayant des connaissances moins étendue que le médecin, aura tendance à multiplier les actes et les examens complémentaires dans un certain nombre de cas avant de poser un diagnostic ou de référer à un médecin.

- un certain pourcentage d'actes en doublon est inévitable. Il concerne les patients préférant avoir un deuxième avis, désirant une confirmation ou un redressement diagnostique par un médecin. Il dépend aussi de la confiance du public dans les capacités du gate-keeper. On peut alors parler de doublons médicaux à l'initiative du patient.

Ce premier quart accroît donc l'activité globale d'une filière de soins sans rien apporter réellement de plus, mais absorbe déjà le quart des effectifs des gate-keepers.

Néo-activité induite + doublons (25%)	activité médicale réellement remplacée	activité référée à un médecin (25%)
--	---	--

schéma 1 : répartition quantitative de l'activité moyenne d'un gate-keeper.

**b) Le dernier quart correspond au pourcentage de patients qui sera adressé secondairement à une structure médicale.** Cela concerne les deuxièmes avis à l'initiative du gate-keeper et les cas demandant une prise en charge médicale. Il faut aussi y ajouter les patients atteints d'une affection médicale déjà prise en charge et

qui, par erreur, se dirigeront vers le gate-keeper pour un contrôle intermédiaire ou pour avoir un accès médical plus rapide : il s'agit d'une deuxième forme de doublons (doublons gate-keeper par opposition aux doublons médicaux).

Ce dernier quart accroît aussi l'activité globale d'une filière de soins et absorbe le quart des effectifs des gate-keepers.

c) **La moitié centrale comprend l'activité réellement économisée par rapport à des médecins en première ligne.** Mais, en supposant que le gate-keeper soit aussi efficace et travaille autant qu'un médecin, il faut déjà à ce niveau doubler les effectifs par rapport aux médecins du fait de l'existence des deux quarts déjà mentionnés.

*Or, diverses études ont montré :*

■ Qu'un médecin travaille habituellement entre 50 et 55 heures par semaine, contre 35 à 40 heures pour un gate-keeper, soit un temps de travail inférieur en moyenne de 30% pour ce dernier.

■ Qu'un gate-keeper est moins temps-efficace qu'un médecin, c'est-à-dire qu'il mettra plus de temps pour effectuer le même examen et en tirer les conclusions nécessaires. Cela peut parfois multiplier par deux la durée d'un examen, mais en moyenne un accroissement de 50% du temps est communément admis (par ex. 30 minutes au lieu de 20). Pour une activité X médicale réellement remplacée en nombre d'examens, il faudra rajouter en « équivalent gate-keeper » 40% pour le différentiel d'heures de travail et 50% pour la moindre efficacité par heure travaillée.

Activité effectivement remplacée d'un médecin X		
Activité d'un gate-keeper Y	<b>majoration diff. nombre d'heures</b> 40% de Y.	<b>Efficacité moindre par unité de temps</b> 50% de (Y+40%).

schéma 2 : le gate-keeper travaille moins et est moins temps efficace.

**A l'arrivée, cette activité centrale, réellement économisée par rapport au temps médical demandera environ le double en temps gate-keeper = (1 + 40%) + 50% = 2,1.**

Au total, il faudra en moyenne quatre fois plus de gate-keepers afin d'économiser un nombre X de médecins manquants !

d) **L'effort de formation de base** découle simplement des données ci-dessus. Un gate-keeper devant à l'avenir avoir au moins un niveau Master (5 années d'études supérieures) et le nombre de gate-keepers étant de quatre fois supérieur à celui des médecins remplacés, il en résulte que **pour 11 années économisées de formation**

**médicale (temps de formation d'un médecin spécialiste en France), il faudra 20 années de formation de gate-keeper, soit 82% de plus !** A cela il faut ajouter la création de structures d'enseignements, de stages et des postes d'enseignants en nombre suffisant. L'évaluation des besoins en formation continue et en personnel de contrôle (administratif et médical) reste à faire, mais viendra en plus des besoins médicaux en la matière.

- e) **Les revenus d'un gate-keeper** doivent tenir compte de ses responsabilités, de son temps de travail et de son niveau de qualification (5 années après le Bac). Ils ne peuvent donc qu'être nettement supérieurs au SMIC. Le coût par acte reste assez élevé compte tenu de leur moindre efficacité par rapport à un médecin (temps d'examen plus long, parfois nécessité d'examens successifs ou complémentaires pour arriver à un équivalent-examen médical avec diagnostic et décision thérapeutique). **L'ensemble des coûts engendrés par les gate-keepers est nécessairement supérieur à ceux des médecins qu'ils sont censés remplacer.**

## **2) SURPLUS DE COUT AVEC GATE-KEEPERS (ou équivalent) DANS LA FILIERE VISUELLE**

### **a) Les Optométristes** (*cf. Rapport sur la filière visuelle, chapitre III*)

Les optométristes représentent un cas particulier, car ils cumulent les fonctions de gate-keeper dans les pays anglo-saxons et d'acteur commercial pour la vente des équipements optiques, ce qui (*chapitre III du rapport*) leur permet d'améliorer la rentabilité de leur activité, mais entraîne des problèmes particuliers.

Au Royaume-Uni, ils sont actuellement environ 10 000 pour 2 500 ophtalmologistes « économisés » par rapport à la France (on retrouve le ratio 1 : 4). Leur tarif de consultation de base est à 27,6 € dans 2/3 des cas et libre pour le dernier 1/3 (consultation d'un ophtalmologiste secteur 1 en France : 27€). Ils engendrent une inflation des examens et des équipements optiques vendus de 25%. Or, ils n'ont pas amélioré l'accès aux soins ophtalmologiques, au contraire. Aux USA, l'inflation des dépenses et des examens par les optométristes est tout aussi évidente, le coût d'un examen est de l'ordre de 50 à 100 \$US. Le taux de remplacement y est plutôt de 5 optométristes pour 1 ophtalmologiste, l'activité induite et en doublon semblant encore plus importante qu'au Royaume-Uni. Le chiffre d'affaires moyen d'un optométriste américain était de 524 000 dollars en 2003.

### **b) Le rétinographe non-mydratique pour dépister la rétinopathie diabétique**

Les ophtalmologistes étant d'accès difficile et pas assez nombreux dans certains pays anglo-saxons pour voir les diabétiques une fois par an, certains pays ont mis en place un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe non-mydriatique. C'est un équivalent de gate-keeper, d'autant que ces photographies sont effectuées en général en l'absence de médecins par des optométristes, des infirmières, des photographes médicaux, et que le but avoué est d'éviter que la majeure partie des diabétiques ne voit un ophtalmologiste. Les coûts sont élevés.

En France, plusieurs expérimentations sont en cours. **Les coûts unitaires par patient se situent actuellement entre 70 et 110€, donc largement supérieurs à ceux d'une consultation médicale.** Mais ces coûts sont nettement aggravés par plusieurs éléments :

- près du tiers des patients ont eu dans la même année un examen ophtalmologique ou vont l'avoir (= examens en doublon)

- plus du quart des patients photographiés devra être adressé à un ophtalmologiste (pour rétinopathie diabétique ou photographies ininterprétables)

- ces rétinographies ne répondent pas aux besoins ophtalmologiques autres des patients diabétiques chez lesquels certaines maladies sont très fréquentes (glaucome, cataracte, amétropies). La prise en compte de ces besoins engendre par conséquent des examens supplémentaires.

On voit donc que **le coût réel d'un examen hors circuit ophtalmologique sera plus important que celui avancé par les expérimentations en tenant compte des doublons et des avis complémentaires, et nettement plus élevé que celui d'un suivi ophtalmologique classique.**

De plus, ces « gate-keepers ophtalmologiques » n'ont pas apporté d'amélioration de la santé visuelle de la population. Bien au contraire, ils ont souvent aggravé la situation. Le Royaume-Uni a un nombre d'aveugles nettement plus important que la France, deux fois moins de glaucomes détectés et traités, 1/3 de moins de cataractes opérées et l'accès à un ophtalmologiste y est nettement plus difficile.

### **3) REDUCTION DES COUTS AVEC AIDES-MEDICALES INTEGRÉES AUX STRUCTURES MEDICALES**

Les récentes expériences (par exemple celle de la Sarthe sur le binôme orthoptiste-ophtalmologiste exerçant dans une unité de temps et de lieu) montrent qu'un assistant médical dûment formé permet de réduire d'environ 30% le temps médical, tout en ne sacrifiant pas la qualité médicale, et en améliorant aussi l'acceptabilité du public par rapport à un gate-keeper. Le taux de remplacement peut donc être estimé à 1/3 au lieu de 1/4 pour les gate-keepers. Mais

là ne se limite pas l'économie réalisée dans le cas d'un assistant médical intégré. En effet, cette solution permet de supprimer l'activité induite par les gate-keepers, d'éviter les doublons et de réduire les examens complémentaires peu contributifs ; elle permet aussi de sauter une étape lorsque le référent médical devait être consulté en passant par le gate-keeper. La formation et l'intégration en milieu médical, associés à une réduction des examens utiles, permettent une réduction du nombre d'assistants nécessaires, lesquels sont aussi plus performants pour une durée de formation inférieure (3 ans en orthoptie). Il y a donc une véritable économie d'échelle permettant de financer largement ces aides vu l'ampleur des examens économisés par rapport à un circuit autonome de première ligne. Les pays anglo-saxons développent actuellement aussi ces types d'aides (USA, Canada, Australie), lesquelles sont donc apparues après les optométristes et sont mieux adaptées aux besoins actuels et à venir.

L'intégration des assistants médicaux dans les cabinets médicaux permet donc de :

*(cf. chap. V.4.3.3. du rapport):*

- freiner l'augmentation des examens médicaux.
- limiter le nombre de professionnels à former.
- faire des économies importantes par rapport à un circuit autonome (plus de 500 millions d'euros par an en 2015 en ophtalmologie).
- éviter les examens inutiles et redondants (intérêt de l'unité de temps et de lieu) et les prescriptions médicalement superflues.
- assurer la meilleure qualité de prise en charge médicale, avec une prévention efficace.
- maintenir les intérêts de la Santé publique et la confiance du public.