L'OPHTALMOLOGIE

ET LA FILIERE VISUELLE EN FRANCE

PERSPECTIVES ET SOLUTIONS A L'HORIZON 2025-2030

Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques.

FICHES DE SYNTHESE

SNOF Mai 2006

1.
SOINS VISUELS A LA FRANCAISE
Une organisation qui ne manque pas d'atouts

- **Une grande lisibilité du système pour le patient**
- **Une éthique de haut niveau empêchant les conflits d'intérêts**
- **Une efficacité médicale curative certaine**
- **Une prévention efficace fondée sur un schéma cohérent de Santé publique**
- **Un coût économique modéré pour la solidarité nationale et la population**
- **Une organisation adaptée aux besoins à venir**

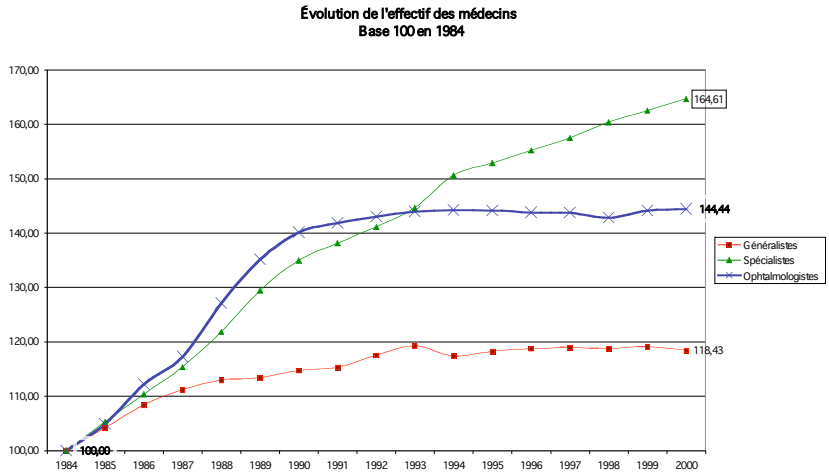
L'organisation française des soins oculaires est différente de celle des pays anglo-saxons. Dans ces derniers, il s'est souvent développé une situation concurrentielle entre l'ophtalmologie et l'optométrie, discipline mêlant une pratique de plus en plus médicale (et le revendiquant) et un cumul prescription-vente des lunettes, ainsi que des lentilles de contact. La reconnaissance et le développement de l'optométrie anglo-saxonne résultent d'une longue lutte à coup de jurisprudences et de lobbyings. **En Amérique du Nord, il se développe actuellement une véritable médecine parallèle commerciale en soins visuels en dehors de tout contrôle de la médecine officielle et très lucrative**. L'optométriste n'est ainsi pas seulement le « gate-keeper » (porte d'entrée) du système de soins visuels, mais en devient aussi la porte de sortie par la vente des équipements optiques et des médicaments oculaires qu'il a souvent fini par pouvoir également prescrire, sans parler des tentatives d'intrusion dans le secteur de la chirurgie oculaire, qui se concrétisent ces dernières années aux Etats-Unis. **Cette situation pose des problèmes majeurs de conflits d'intérêt, de mauvaise visibilité du système et de qualité des soins** vu la formation des optométristes et la situation dans laquelle elle s'exerce. Assez longtemps limitée aux Etats-Unis, l'évolution médico-commerciale de l'optométrie gagne les autres pays anglo-saxons (Canada, Royaume-Uni, Australie) sans que la situation sanitaire oculaire de ces pays s'améliore, mais au prix d'une pléthore de professionnels et de coûts en forte expansion. La stratégie de développement de l'optométrie est internationale et l'organisme mondial représentatif de l'optométrie revendique une définition de la pratique englobant à la fois l'optique, l'ophtalmologie et l'orthoptie !

La France et d'autres pays ont eu une approche très différente avec séparation stricte des professions de soins et de prescriptions d'une part (ophtalmologistes et orthoptistes) et, d'autre part, les professions commercialisant les produits de santé (pharmaciens et opticiens).

C'est une organisation qui a fait ses preuves et qui reste d'actualité sur le principe et en termes d'efficacité, même à l'orée des difficultés sanitaires à venir.

Les problèmes actuels de délais d'attente *résultent d'une rupture démographique apparue après l'instauration de l'Internat Qualifiant à la fin des années 1980, où l'ophtalmologie a été doublement pénalisée par la réduction du Numerus Clausus et la diminution de ses postes d'internes par rapport aux autres*

spécialités. Sans ce dernier effet (qui a conduit à réduire de plus de 50% le nombre de nouveaux ophtalmologistes formés à Numerus Clausus constant), il n'y aurait pas de pénurie d'ophtalmologistes aujourd'hui. C'est l'application d'un rationnement de médecins de type anglo-saxon (cf. Rapport Choussat) qui a conduit à la situation actuelle et non un défaut structurel du système français.



1) Une grande lisibilité du système pour le patient

En France, le patient sait que l'ophtalmologiste est son interlocuteur pour tout problème oculaire ressenti, alors qu'aux USA, il hésitera avec l'optométriste, au risque de retards de prises en charge, d'une multiplication ou d'une redondance des examens, voire d'errements thérapeutiques dans certains cas. **Cette mission de premier interlocuteur de l'ophtalmologiste français est renforcée par la Convention Médicale de 2005.** L'ophtalmologiste est le spécialiste le plus consulté par la population après le médecin généraliste et le chirurgien-dentiste et il y a peu de doublons avec le généraliste.

2) Une éthique de haut niveau empêchant les conflits d'intérêts.

L'ophtalmologiste est soumis à l'éthique médicale, au Code de Déontologie Médicale qui fait référence. Il n'a pas d'implication dans un circuit de vente, il n'est pas soumis à une politique commerciale d'enseigne, il n'a pas droit à la publicité, son examen n'est pas un acte préparatoire à la vente. **Il peut conseiller en toute objectivité son patient sur l'opportunité de choisir tel ou tel mode de correction optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie réfractive), d'en changer ou de s'en passer, sur la seule base de son état clinique.** Sa longue formation (11 ans) associée à son indépendance lui assurent la meilleure compétence en la matière. *Les optométristes ont engendré une inflation de 25 à 50% de la vente des lunettes dans les pays anglo-saxons et plus de 30% des enfants porteurs de lunettes prescrites par des optométristes n'en auraient pas besoin*.

3) Une efficacité médicale curative incomparable

L'ophtalmologiste, porte d'entrée médicale pour un patient qui présente un trouble touchant l'appareil oculaire et ses annexes, est le seul réellement capable de poser un diagnostic objectif par ses connaissances et son appareillage spécialisé. En couvrant tout le champ médical, optique et chirurgical de l'appareil oculaire, **l'ophtalmologiste français peut intervenir immédiatement et mettre en place les mesures thérapeutiques adéquates dès le premier examen**. Au Royaume-Uni, il faudra affronter des listes d'attente importantes après l'optométriste ou le general practitioner, et aux USA des conflits

concurrentiels, mais surtout il y a un risque important de méconnaissance de certaines pathologies et donc des retards ou des absences de diagnostic. **La prise en charge française, plus directe et plus globale, offre seule les garanties thérapeutiques indispensables.**

4) Une prévention efficace dans un schéma cohérent de Santé publique

L'obligation actuelle de passer par un ophtalmologiste pour obtenir une ordonnance de lunettes permet non seulement de fournir au patient la meilleure correction optique possible et de détecter les cas sans rapport avec une prescription de lunettes (30% des cas lorsque le patient vient pour ce motif !) ; c'est aussi l'occasion de réaliser un bilan des différents tissus de l'œil (cornée, cristallin, rétine, annexes…) et ainsi **de pouvoir intégrer certains dépistages primordiaux en phase avec le suivi de la correction optique**. comme, par exemple, l'amblyopie et le strabisme chez l'enfant ; les glaucomes, la cataracte, les complications oculaires du patient diabétique de type 2 et la dégénérescence maculaire liée à l'âge chez les patients presbytes.

Contrairement à ce qu'on voudrait faire accroire, il y a le plus souvent lien entre les troubles de la réfraction (amétropie) corrigés par lunettes et certaines pathologies. De même, dans la mesure où les principales maladies chroniques ophtalmologiques surviennent à un âge où tous les patients ont des lunettes (presbytie associée ou non à un autre trouble réfractif), c'est l'occasion idéale de faire passer des messages de préveention en couplant actions de détection-dépistage et examen oculaire (glaucomes, cataracte, DMLA, diabète,…). **Cela évite d'avoir à organiser en parallèle des actions de dépistage lourdes et coûteuses, mais souvent peu efficaces du fait d'une participation insuffisante rapportée à la population générale.** *Les résultats du système français sont éloquents : la prise en charge de la cataracte est d'un très bon niveau en France, le nombre de glaucomateux traités est deux fois supérieur à celui du Royaume-Uni et le nombre d'aveugles trois fois inférieur à ce dernier pays.*

Alors que chacun s'accorde aujourd'hui en France sur la nécessité de développer la prévention, sous la poussée en particulier du vieillissement de la population, **la prévention assurée depuis des dizaines d'années par les ophtalmologistes à l'occasion de chaque examen n'est pas prise en compte à sa juste valeur.** Même lorsque le patient vient pour une pathologie connue ou un traitement particulier, des examens de base complémentaires sont la plupart du temps pratiqués. Cette prévention primaire doit continuer ; elle doit être mieux reconnue.

■ Chez l'enfant la prévention doit s'articuler aussi avec les pédiatres, les services de PMI et la médecine scolaire pour dépister l'amblyopie, le strabisme, les amétropies, mais aussi certaines maladies rares, mais graves (rétinoblastome, glaucome congénital, syndrome malformatif…).

■ Entre 15 et 44 ans, les baisses de vision et les autres signes d'appel oculaire (rougeurs, douleurs, gênes, …) résument la grande majorité des problèmes ophtalmologiques atteignant cette classe d'âge et nécessitent un avis médical spécialisé. Sauf cas particulier, un contrôle tous les cinq ans peut être conseillé au reste de la population, la médecine du travail a aussi un rôle d'alerte à jouer.

■ A l'âge de la presbytie, il faut coupler prévention et suivi des amétropies avec prescription des lunettes pour un meilleur suivi de population au moindre coût . Gardons à l'esprit que c'est l'âge où plusieurs maladies fréquentes potentiellement cécitantes débutent insidieusement sans signe d'appel, ce qui justifie un dépistage systématique (glaucomes, rétinopathie diabétique, DMLA).

5) Un coût économique modéré pour la solidarité nationale et la population

L'ophtalmologie française ne coûte pas cher lorsqu'on la compare aux organisations anglo-saxones avec optométristes (cf. chapitre III du Rapport sur les expériences étrangères et fiche 4). En cas d'ajout d'un circuit primaire autonome de type « gate-keeper », il faudrait dépenser 500 millions d'euros de plus à terme.

Elle n'est pas onéreuse par rapport au coût des lunettes délivrées en aval dans un tiers des cas, dispositif pourtant purement supplétif. Les 27 millions d'actes en ophtalmologie libérale (englobant les revenus des médecins, les salaires des personnels et les charges des cabinets médicaux) sont facturés environ un milliard d'euros alors que les 11 millions de paires de lunettes fournies annuellement coûtent à la population plus de trois milliards d'euros.

Elle est particulièrement rentable si l'on considère qu'une société fonctionne mieux avec une population apte à voir le mieux et le plus longtemps possible. Jamais dans l'histoire, la vue des gens n'a eu autant d'importance pour eux-mêmes et pour autrui. Tout dans notre vie quotidienne nécessite et sollicite une bonne vision: les études, la conduite automobile, le travail (industrie, services), l'utilisation des médias (écrits ou audio-visuels), le tourisme, les loisirs, le sport, une retraite pleine et aboutie … Il est admis que 90% des informations arrivent au cerveau par la vue. L'investissement en frais médicaux et pharmaceutiques est faible pour un tel résultat par rapport au PIB (à peine 1,5/^{00}).

6) Une organisation adaptée aux besoins à venir.

L'ophtalmologie de 2006 n'a plus rien à voir avec celle d'il y a 50 ans où la majorité des actes était liée directement à la prescription de lunettes. Elle va encore se transformer considérablement avec le renforcement vers le haut de la pyramide des âges.

La population des 0- 44 ans va diminuer de un à trois millions, alors que celle des plus de 44 ans va augmenter de six à sept millions d'ici vingt ans. Les maladies oculaires liées à l'âge vont fortement progresser, souvent associées les unes aux autres (glaucomes, cataracte, DMLA, rétinopathies vasculaires). Les progrès médicaux et chirurgicaux pour les prendre en charge sont constants et vont se poursuivre. La part des examens liés uniquement à un problème réfractif, déjà inférieure à 20%, va encore se réduire (10% dans vingt ans ?). **Les besoins ophtalmologiques devraient augmenter de 50% d'ici vingt ans** *(cf. partie IV.2.3. du Rapport et fiche 3).*

Seul un nombre suffisant d'ophtalmologistes, au moins équivalent à celui d'aujourd'hui, secondés dans le même lieu par une équipe paramédicale (orthoptistes, techniciens aides-soignants en ophtalmologie) et administrative compétente, permettra de faire face à un tel afflux à la fois de maladies, de besoin de prévention et de traitement. La majorité des prescriptions optiques se fera dans le cadre d'examens ayant a priori un autre motif. Seule cette organisation permettra de contenir les coûts tout en gardant la meilleure qualité.

Il est donc urgent de relancer la formation d'ophtalmologistes tout en développant les structures nécessaires pour former des paramédicaux de soins compétents dans le domaine visuel. Sachant que les besoins actuels et à venir sont bien dans la filière de soins et non ailleurs.

2. QUAND ET POURQUOI VIENT-ON VOIR L'OPHTALMOLOGISTE EN 2006 ?

- **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 SOINS 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.

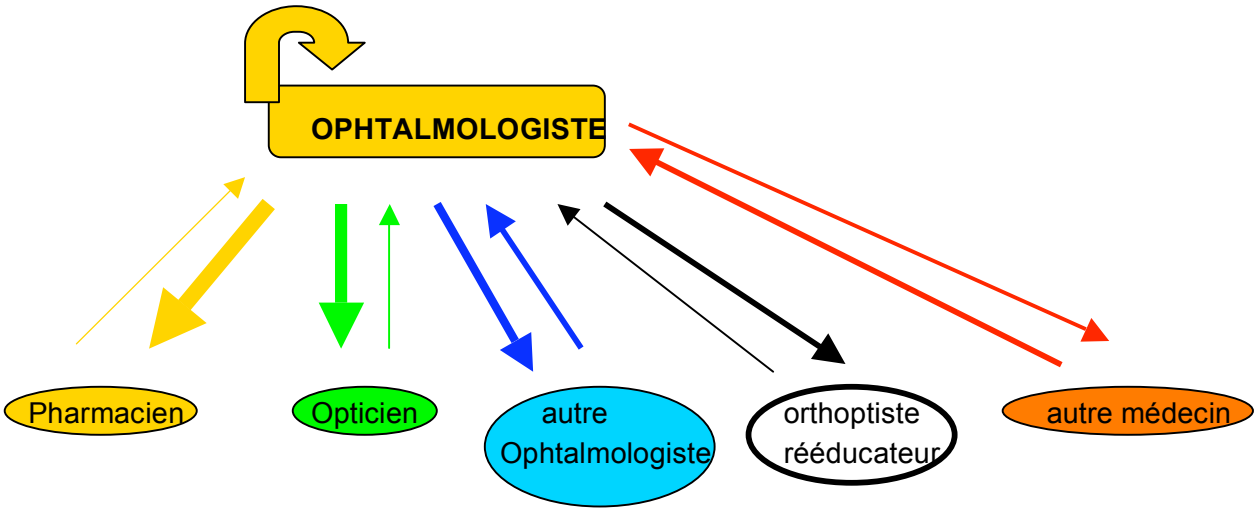
Cette enquête, qui porte sur près de 2000 patients représentatifs, a montré que **dans 9 cas sur 10, le patient consulte directement l'ophtalmologiste ou revient après un examen antérieur auprès du même médecin.** Le rôle de **médecin de premier recours** est donc bien confirmé, ce qui a d'ailleurs été 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 maladies 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**

Motif principal de consultation ou d'intervention *(une seule réponse)*		
Sensation d'une baisse ou altération visuelle	12%	
Demande de CONTROLE de l'appareil visuel	23%	adulte
ou suivi périodique d'une AMETROPIE	8%	< 16 ans
GLAUCOME ou suspicion de glaucome	12%	
Suivi, bilan et/ou traitement d'une PATHOLOGIE CONNUE (hors amétropie et glaucome)	31%	
SIGNE D'APPEL ophtalmo	3%	urgences < 24H
non lié à une baisse de vision	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. Par exemple, 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 accomodatif, 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, choroïdose (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 « V*ISION 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.

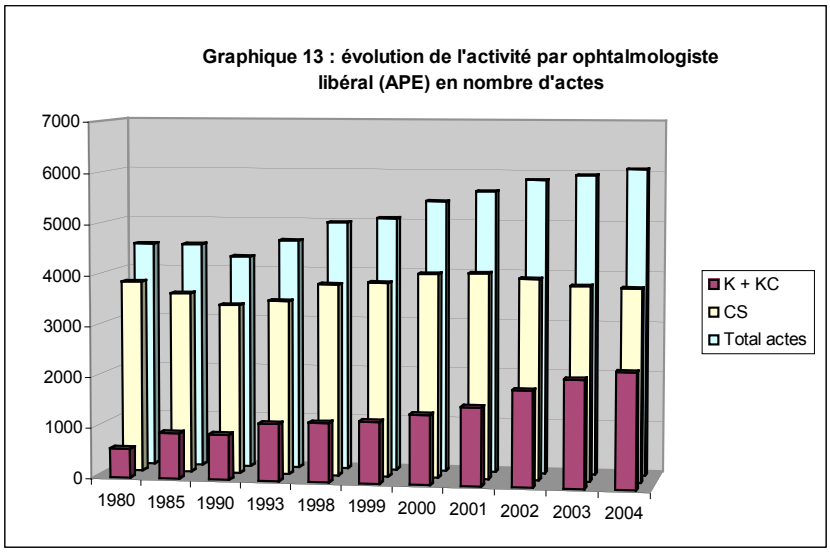
3. EVOLUTION DE L'ACTIVITE DES OPHTALMOLOGISTES

- **Le nombre des consultations s'est stabilité, mais la complexité croissante des problèmes médicaux oculaires des patients entraîne une progression importante des actes techniques**
- **17% seulement de l'activité ophtalmologique a un motif réfractif isolé**
- **L'augmentation des besoins a nécessité de la part des ophtalmologistes des efforts d'adaptation sans précédent**
- **La progression rapide de la chirurgie ophtalmologique exige des 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 ■ 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

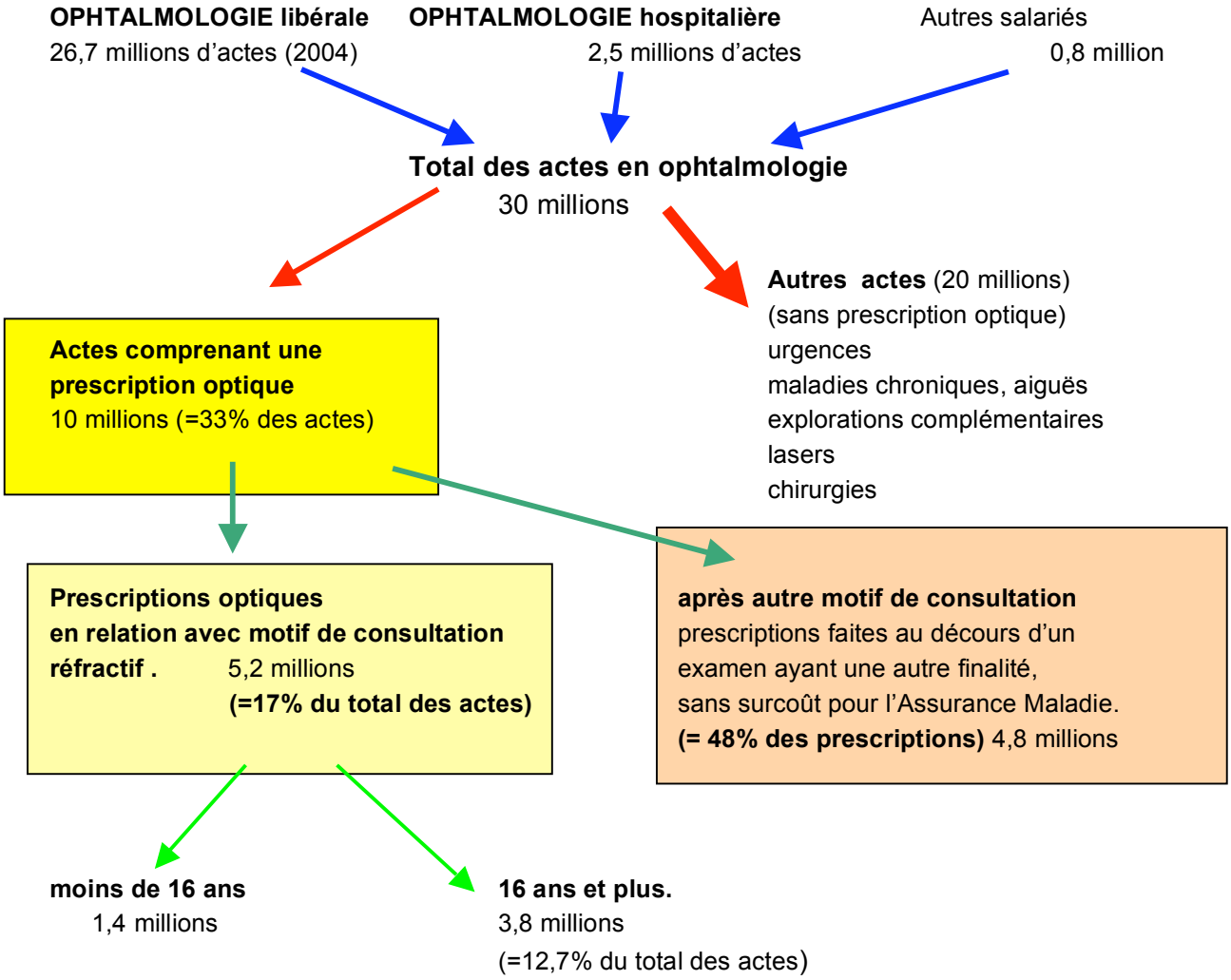
L'activité des ophtalmologistes regroupe plusieurs situations différentes avec le développement de sur-spécialisations, mais elle couvre l'ensemble de l'ophtalmologie dans sa mission polyvalente, à la fois médicale, chirurgicale et optique.

- 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.

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.



Les 2/3 ont besoin d'une prévention régulière en raison de leur âge ou d'un problème pathologique connu concomitant.

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 rétino-vitréenne et la chirurgie réfractive ont connu aussi des améliorations et des évolutions considérables. La progression des volumes de la chirurgie équivaut à l'évolution

des actes techniques non chirurgicaux. **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.

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. Or, 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.

4. 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 introduits à partir des années 1970 aux USA pour faire face à la pénurie de médecins pour certains groupes de population défavorisés. 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 assimilé, 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, prend en charge ceux qui relèvent de ses compétences et doit référer les autres à un médecin. Il intervient dans les champs de la prévention primaire et secondaire. Son activité peut comprendre des actions de dépistage prédéfinies, mais sans s'y limiter, vu l'étendu des situations qu'il peut rencontrer comme premier intervenant. Il joue souvent le rôle d'un filtre destiné à limiter l'accès à un médecin, ce qui peut apparaître comme une dégradation de l'accès aux soins. Dans les rares pays qui les utilisent, 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 pour le maintien ou l'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 :

■ 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, allant à l'encontre du but recherché collectivement.

■ le gate-keeper, est souvent tenté de multiplier les actes et les examens complémentaires avant de poser un diagnostic ou de référer à un médecin.

■ un certain pourcentage d'actes en doublons est inévitable : patients préférant avoir un deuxième avis ou un redressement diagnostique par un médecin. Il dépend aussi de la confiance du public dans les capacités du gate-keeper.

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 représente le pourcentage de patients qui sera adressé secondairement à une structure médicale. Cela concerne les deuxièmes avis et les cas demandant une prise en charge médicale. S'y ajoute les patients atteints d'une affection médicale déjà traitée et qui se dirigeront par erreur vers le gate-keeper.

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 :

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

■ un gate-keeper est moins temps-efficace qu'un médecin : il mettra plus de temps pour effectuer le même examen et en tirer les conclusions nécessaires. 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 X médicale effectivement remplacée		
Activité Y d'un gate-keeper (X=2,1Y)	**majoration diff.nb d'heures (40% de Y)**	**Efficacité moindre 50% de (Y+40%)**

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

A l'arrivée, cette activité centrale, réellement économisée sur 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 donné de médecins manquants !

d) **L'effort de formation de base** découle des données ci-dessus. Un gate-keeper ayant 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 en nombre suffisant, les besoins en formation continue et en personnel de contrôle (administratif et médical).

e) **Les revenus d'un gate-keeper** doivent tenir compte de ses responsabilités et de son niveau de qualification, donc nettement supérieurs au SMIC. Le coût par acte reste assez élevé vu 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) COUTS SUPPLEMENTAIRES AVEC GATE-KEEPERS DANS LA FILIERE VISUELLE

a) Les Optométristes

Les optométristes représentent un cas particulier en cumulant les fonctions de gate-keeper dans les pays anglo-saxons et d'acteur commercial, ce qui 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. Le chiffre d'affaires moyen d'un optométriste américain était de 524 000 dollars en 2003.

b) Le rétinographe non-mydriatique pour dépister la rétinopathie diabétique

Certains pays anglo-saxons ont mis en place un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe non-mydriatique, vu le nombre insuffisant d'ophtalmologistes. C'est un équivalent de gate-keeper, d'autant que ces photographies sont effectuées en général par des optométristes, des infirmières, des photographes médicaux, et que le but avoué est d'éviter que la majeure partie des diabétiques ne voient un ophtalmologiste. Les coûts sont élevés.

En France, plusieurs expérimentations sont en cours. **Les coûts unitaires par patient se situent actuellement entre 35 et 70€, donc supérieurs à ceux d'une consultation médicale et** 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 et fréquents des patients diabétiques (glaucome, cataracte, amétropies). La prise en compte de ces besoins engendre par conséquent des examens supplémentaires.

Le coût réel d'un examen hors circuit ophtalmologique sera au moins le double de celui avancé par les expérimentations vu les doublons et les 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 expérimentations (comme celle de la Sarthe sur le binôme orthoptiste-ophtalmologiste exerçant dans une unité de temps et de lieu) montrent qu'**un assistant médical formé permet de réduire d'environ 30% le temps médica**l, 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. 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 de :

- **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 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.**

5. LA FILIERE VISUELLE
Repères, perspectives et recommandations

REPÈRES DÉMOGRAPHIQUES : expliquer la pénurie

■ La France se situe exactement dans la moyenne de l'Union européenne pour sa démographie ophtalmologique (9/100 000 h).

■ **Les Ophtalmologistes représentent 2,7 % des médecins et 5,2 % des spécialistes, contre 3% et 6,3% en 1990. Ce recul est responsable de la pénurie actuelle.**

■ En 2000, seuls 2 % des nouveaux médecins étaient des ophtalmologistes – par manque de postes formateurs dans cette spécialité – alors que la demande des internes pour cette discipline était et demeure considérable.

■ Il faut au moins 11 ans pour former un ophtalmologiste, dont cinq années de spécialisation. **Les mesures de redressement démographique sont urgentes pour compenser les départs après 2010.**

■ L'ophtalmologie française est la plus féminisée (43,3 %) en Europe.

■ **Concernant la répartition géographique**, la situation n'a pas cessé de se normaliser depuis 1985, en sorte qu'il n'existe presque aucune commune de France éloignée de plus de 30 km d'un ophtalmologiste. Plus préoccupante est la fermeture programmée des plateaux techniques chirurgicaux ophtalmologiques dont la rentabilité est discutée par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Leur fermeture nuirait fortement à la bonne repartition des ophtalmologistes sur le territoire pour l'avenir.

■ **Il faut 2 ans pour former un opticien par un Brevet de Technicien Supérieur, 3 ans pour un orthoptiste en Faculté de Médecine (certificat de capacité) et 11 ans pour un ophtalmologiste (Doctorat d'Etat).**

■ **Les orthoptistes** sont formés à temps plein dans des services ophtalmologiques universitaires et sont en constant contact avec les patients.
■ **Avec 2500 orthoptistes en 2005, dont 92 % de femmes, la densité française pour cette profession est la plus forte au monde avec celle de la Suisse, mais le ratio orthoptiste / ophtalmologiste (0,44) est faible par rapport aux autres professions paramédicales.**

■ Le nombre des **écoles d'optique-lunetterie** a été presque décuplé durant le dernier quart de siècle. Cette croissance exponentielle s'est traduite dans le nombre des nouveaux diplômés : moins de 300/an en 1990, plus de 1000/an depuis 2000.

■ Le nombre d'années de formation par profession était en 2005 de 3400 pour les opticiens, de 500 pour les orthoptistes et seulement 850 pour les ophtalmologistes alors que les opticiens délivrent 8 millions d'équipements optiques (sans le deuxième équipement offert) et que les ophtalmologistes font 30 millions d'actes par an.
La formation est donc 2,5 fois plus développée dans le circuit de vente, là où les besoins sont le moins important.

La population française augmente vite et son vieillissement va s'accélérer dans les trente années à venir. La fréquence des maladies oculaires s'accroît fortement avec l'âge.

REPERES D'ACTIVITE : Une spécialité d'abord médicale

■ **L'activité de l'ophtalmologiste moyen : 1/3 comprenant une prescription de lunettes, 2/3 de maladies, 3/3 de prévention et d'information sanitaire.**

■ **Les consultations « pour des lunettes » ne représentent que 17 % de l'activité des ophtalmologistes. 1/3 de ces demandes conduit à la révélation d'un autre motif de prise en charge.**

■ L'activité ophtalmologique devient plus technique et chirurgicale alors que les besoins en verres correcteurs n'augmenteront que lentement et uniquement chez les presbytes qui nécessitent un suivi médical impératif.

■ La croissance des activités de soins non chirurgicales est aussi rapide que l'accroissement des interventions chirurgicales. L'ensemble est très lié au vieillissement de la population, aux maladies chroniques oculaires et la multiplication des polypathologies oculaires chez le même individu.

■ La durée moyenne de travail hebdomadaire des ophtalmologistes est passée depuis 1991 de 51 heures à plus de 55 heures.

■ Plus de 80 % de l'activité des ophtalmologistes libéraux relève de l'ophtalmologie dite « médicale », laquelle comporte une très forte composante médico-technique (explorations fonctionnelles, lasers,…). **11 % seulement des ophtalmologistes ont une activité chirurgicale prépondérante.**

■ L'ophtalmologie est la spécialité médicale qui a **les délais d'attente les plus longs**, suite à sa stagnation démographique alors que les effectifs des autres spécialités ont progressé en moyenne de près de 30% depuis 15 ans.

■ Les ophtalmologistes ont fait des efforts considérables pour s'adapter depuis dix ans à l'augmentation des besoins et à la stagnation démographique de la profession : l'activité par médecin a augmenté de 33% (évolution sans précédent).

L'orthoptie est la profession paramédicale de soins complémentaire de l'ophtalmologie. Son champ de compétences s'est accru depuis 2001. L'intégration des orthoptistes dans les cabinets médicaux s'est nettement développée depuis quelques années, permettant des gains substantiels de productivité.

■ *Le nombre de lunettes vendues par point de vente est de 900 par an, soit un peu plus de 3 par jour ouvré.*

■ *Les opticiens sont plus nombreux, mais pas mieux répartis sur le territoire.*

■ *Les revenus moyens d'un opticien commerçant sont aujourd'hui supérieurs à ceux d'un médecin généraliste, d'un rhumatologue, d'un dermatologue et proches de ceux d'un ophtalmologiste en secteur 1.*

LES EXPERIENCES ETRANGERES : un contre-exemple ?

■ **Les optométristes des pays anglo-saxons sont devenus progressivement des sous-médecins commerçants autonomes en situation concurrentielle et souvent conflictuelle avec les ophtalmologistes.**

■ Un optométriste américain fait en moyenne 525 000 dollars de chiffre d'affaires annuel, avec des tarifs par examen allant de 50 à 100 euros, soit deux fois et demi celui d'un ophtalmologiste français.

■ Un examen basique de vue fait par un optométriste anglais est facturé au NHS au prix d'une consultation d'un ophtalmologiste français de secteur 1.

■ **Il faut 4 à 5 optométristes pour remplacer l'activité d'un ophtalmologiste manquant.**

■ Les optométristes n'ont pas réussi à diminuer les besoins en ophtalmologistes et ne sont pas coût-efficaces.

■ En Angleterre, le nombre d'ophtalmologiste a augmenté de 63% entre 1995 et 2005 (2% en France…) et celui des optométristes de près de 50%.

En additionnant les ophtalmologistes, les orthoptistes et les optométristes, le Canada, les USA et le Royaume-Uni ont nettement plus de professionnels de la vue que la France. C'est pourtant en France que les besoins oculaires sont actuellement les mieux pris en charge.

Il y a trois fois plus d'aveugles en Angleterre qu'en France, les glaucomes y sont deux fois moins détectés et il y a un déficit de 150 000 cataractes non- opérées tous les ans . On note une sur-prescription de 25% en verres correcteurs par rapport à la France.

■ **Les orthoptistes sont reconnus dans nettement plus de pays que les optométristes.**

■ Les ophtalmologistes américains et allemands n'ont pas de délais d'attente importants grâce à l'intégration d'aides de consultation (qui ne sont pas des optométristes) dans les cabinets.

L'octroi aux opticiens de la possibilité de faire des prescriptions de lunettes sans contrôle et sans nécessité de passer par l'ophtalmologiste n'est pas une mesure efficace pour faire baisser les listes d'attente pour un rendez-vous d'ophtalmologie. Les ophtalmologistes belges ont les mêmes délais de rendez-vous (1 à 3 mois) que ceux du Languedoc-Roussillon pour une même densité en ophtalmologistes, alors que les opticiens belges peuvent prescrire et vendre des lunettes et des lentilles de contact ; les renvois des malades vers les ophtalmologistes annihilent le gain potentiel.

PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Il n'est pas trop tard pour éviter la baisse démographique en ophtalmologie, à condition de prendre des mesures correctrices d'urgence

■ **Les besoins globaux en soins oculaires devraient augmenter de 50 % d'ici 2025.** Les besoins chirurgicaux pourraient croître de 75%. Ceux-ci seront absorbés par le quasi-doublement des ophtalmologistes médico-chirurgicaux si les départs en retraite programmés sont compensés.

■ La formation des professionnels de la filière visuelle est actuellement complètement déséquilibrée au profit de la vente alors que ce sont les besoins en soins qui augmentent et augmenteront le plus vite.

■ Vu les délais d'attente actuels, **il faut attribuer 3,5% des postes d'Internes à l'Ophtalmologie**. Des effets positifs seront vite perçus.

■ **Les effectifs doivent être régulés par régions** en visant une densité cible minimale et en évitant que ce soit les régions ayant le moins d'ophtalmologistes qui en forment le moins. Le vieillissement de la population et l'évolution démographique doivent être prises en compte.

■ Les **terrains de stages doivent être diversifiés et multipliés,** en faisant aussi participer la médecine libérale pour une meilleure adéquation entre formation et besoins de la population.

■ **Il faut garder une répartition homogène des plateaux chirurgicaux oculaires sur le territoire** pour avoir une offre ophtalmologique de proximité et de qualité pour une population vieillissante et souvent frappée par le handicap visuel, source de perte d'autonomie, d'accidents et de mauvaise intégration dans la société.

■ **La stabilisation démographique est absolument nécessaire** pour permettre une adaptation de la profession aux besoins, mais elle est insuffisante.

La démographie des orthoptistes doit au moins être doublée d'ici 2020.

■ **D'autres aides, des techniciens en ophtalmologie pourraient les compléter**, à l'instar de ce qui se fait en Allemagne et aux USA.

Une équipe de soins autour de l'ophtalmologiste doit émerger .

■ ***La création d'un circuit parallèle de première ligne (type optométrique) coûterait 500 millions d'euros de plus par an que la mise en place de la délégation dans les cabinets médicaux avec les orthoptistes et des techniciens.*** *Il ne permettrait pas de faire face aux besoins. L'optométrie est une solution inadaptée à l'avenir et au défi démographique. Le transfert de compétence serait inopérant, très coûteux et provoquerait par ailleurs des conflits d'intérêt associés à une instabilité du système.*

Donner une durée de validité de plusieurs années aux ordonnances de lunettes sur des critères médicaux permettrait d'économiser un à deux millions de consultations.

■ **Une meilleure articulation avec le secteur du marché de l'optique** est possible, mais elle doit être encadrée pour être efficace et rassurer le public.

■ **Des aides financières** doivent être trouvées pour ne pas rendre économiquement pénalisante la mise en place de la délégation de tâches dans les cabinets.

■ Même une région aussi en pénurie d'ophtalmologistes que le Nord-Pas de Calais verrait sa situation s'améliorer progressivement en suivant les principes précédents.

Les diverses mesures correctrices (relance de la formation des ophtalmologistes, doublement des orthoptistes, intégration d'aides techniques dans les cabinets médicaux, meilleure articulation avec le secteur de l'optique) sont urgentes et toutes nécessaires, avec mise en route impérative dès 2006.
Un effort de formation sans précédent va devoir être accompli pour faire face à une situation qui risque de mettre en péril la bonne santé oculaire de la population