



Coopération des métiers de la vision : propositions du syndicat des ophtalmologistes

Jean-Bernard Rottier
Ophtalmologiste,
président du
Syndicat national
des ophtalmologistes
de France

Les années 90 marquent le début, pour nous ophtalmologistes, de nos actions de lobbying pour tenter de développer notre démographie. Soit une dizaine d'années après la fermeture de la filière CES. À partir de cette époque, notre profession a vu peu à peu augmenter sa charge de travail. Alors que le nombre d'ophtalmologistes restait à un plateau d'environ 5500, le nombre moyen d'actes annuels a augmenté de 50 % entre 1990 et 2005. Cette amélioration de la productivité, terme tout à fait nouveau dans le champ de la médecine, a été possible grâce aux progrès technologiques. Des machines toujours plus sophistiquées nous ont permis d'acquérir des données de façon plus fiable et plus rapide. Beaucoup d'instruments de mesure sont devenus « sans contact » avec l'œil, et les résultats de leur manipulation devenaient un opérateur indépendant. Ces évolutions nous ont permis d'y affecter un personnel peu qualifié : nos secrétaires étaient ainsi promues assistantes. Malgré cela, les files d'attente se sont allongées peu à peu, certes de façon disparate selon les régions, mais l'avis général du public est qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologiste, et les difficultés ne font que commencer...

L'optométrie : courant anglo-saxon de redistribution des tâches

Ce contexte de tension sur l'offre de soins oculaires et, parallèlement, sur l'accès aux équipements optiques (lunettes et lentilles de contact) a réveillé un vieux courant de pensée appelé l'optométrie. Il date du début du xx^e siècle et a réussi à s'imposer dans les pays anglo-saxons. Il se base, au départ, sur une séparation entre la gestion de la fonction visuelle et la prise en charge des pathologies. À charge pour le secteur commercial de vendre en autonomie des équipements optiques, et à charge pour le médecin de gérer les pathologies avérées. Mais il est évident qu'un pourcentage important de demande de lunettes correspond en fait à des baisses visuelles induites par des pathologies (20 à 30 % des cas). Ainsi l'opticien-optométriste anglo-saxon s'est formé d'abord au dépistage des maladies oculaires, puis à leurs traitements, pour aboutir, après un siècle de lutte contre les ophtalmologistes, à accéder à la chirurgie. Aujourd'hui la revendication de l'optométrie couvre l'ensemble de la spécialité ophtalmologique : dépistage, traitements médicaux, chirurgie, et la déborde même en revendiquant la vente des équipements optiques (auto-prescrits) et la rééducation orthoptique. Mais sa demande principale, fondamentale, est l'autonomie complète par rapport au monde médical. L'optométrie

prétend offrir une prise en charge commerciale de l'œil et de ses pathologies, quasiment auto-suffisante, dans un circuit indépendant de la médecine, avec ses propres unités de formation. Un siècle après son émergence, il existe toujours un affrontement intense entre la filière ophtalmologique, médicale, et la filière optométriste, commerciale, dans les pays mêmes où elle a émergé. Celle-ci s'est organisée au niveau mondial, avec une stratégie simple en trois étapes : d'abord la formation, puis un exercice au-delà de la légalité (mais pas trop), et enfin un lobbying qui permet la légalisation des pratiques déviantes. Chaque pays est classé dans une échelle de 1 à 6. La France est abusivement classée en niveau 2, ce qui correspond à un pays dans lequel l'optométriste peut délivrer des verres en autonomie. On sait que ce n'est pas vraiment le cas en France, mais le lobby « opto » est coutumier de ce genre de raccourci. Le niveau 3 correspond à un pays qui lui autorise le dépistage de pathologies. Le 4 permet de faire des diagnostics en utilisant des médicaments à visée diagnostique. Au niveau 5, les optométristes ont le droit de prescrire les drogues à but thérapeutique. Le 6 est le Graal : ils accèdent à certaines procédures chirurgicales.

Cette introduction est importante pour expliquer pourquoi la solution anglo-saxonne, qui peut sembler une réponse simple et évidente à la pénurie qui s'installe, suscite un rejet massif et incoercible de la part des opticiens (qui se sentiraient relégués à la dernière place), des orthoptistes (qui seraient tout simplement rayés de la carte) et des ophtalmologistes. Cette opposition existe aussi bien dans les pays où elle s'est implantée depuis longtemps (États-Unis d'Amérique, Australie, Canada) que dans ceux où elle souhaite se développer.

L'approche française basée sur une coopération : ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens

C'est donc dans ce contexte de saturation de notre activité et de notre opposition viscérale à la création d'une profession commerciale qui prétendrait agir sur le même territoire de compétence que le nôtre que nous réfléchissons aux méthodes et aux moyens à mettre en œuvre pour atténuer les effets de notre baisse démographique.

La première étape a été de se tourner vers les deux professions proches des ophtalmologistes : les opticiens et les orthoptistes, pour voir quels seraient les éventuels aménagements à faire dans la répartition du travail. Cette étape, qui date des années 2000-2002, n'était pas si facile à mener, car si la charge de travail était lourde, la profession arrivait quand même à l'assumer. Avec des

délais qui s'allongeaient, certes, mais les délais ne sont pas perçus négativement par le professionnel libéral : ils le rassurent contre un avenir toujours incertain. C'est un élément à prendre en compte dans ce dossier très psychologique de délégations et de transferts.

La profession d'opticien était très demandeuse. Demandeuse de pouvoir faire des réfractions en autonomie, de pouvoir vendre en direct des lunettes et d'adapter des lentilles. Une autre demande un peu fantasmée, et jamais vraiment explicitée, était de « faire de la médecine » en « dépistant des maladies ». La faiblesse de cette profession venait de sa formation limitée à deux années de BTS, délivrée dans une quarantaine d'écoles privées de valeur très inégale, ainsi que de sa nature commerciale.

La profession d'orthoptiste était paradoxalement réticente aux délégations. Le syndicat traditionnel, qui avait construit son image sur une émancipation du corps médical, était opposé à ce qui pouvait apparaître comme une remise sous tutelle ophtalmologique. Une réunion dite de l'Hôtel Dieu, le 19 janvier 2002, permettait de voir émerger un accord entre les deux syndicats d'orthoptistes et les ophtalmologistes. Il était acté que les orthoptistes seraient les partenaires les plus adéquats pour effectuer les actes médicaux que les ophtalmologistes ne pourraient plus faire.

Pendant les années qui suivirent, une partie des orthoptistes, majoritairement libérale et âgée, eut beaucoup de mal à accepter ce rapprochement interprofessionnel. Du côté ophtalmologique ce n'est que tout récemment que nous avons admis la possibilité d'une coopération entre deux professionnels libéraux, en dehors du cadre rassurant du salariat.

Une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste dans un cabinet libéral

La mission du Pr Berland, des années 2004-2005, est arrivée juste à point. Elle nous a permis de mettre en place une expérimentation de collaboration ophtalmo-orthoptiste, dans un cabinet libéral. La consultation a été découpée en 7 étapes, qui sont successivement : l'interrogatoire du patient, la mesure de l'acuité visuelle, la mesure de la pression intra-oculaire, l'examen de l'équilibre oculomoteur, l'examen de l'œil lui-même (partie antérieure à la lampe à fente et partie postérieure appelée « fond d'œil »), la synthèse, et la prise de décisions. Ces 3 dernières étapes sont du domaine de l'ophtalmologiste lui-même, en revanche les 4 premières peuvent être confiées à un orthoptiste. L'audit, financé par l'Urcam des Pays de la Loire, a montré que la réfraction seule pouvait prendre de 7 à 13 minutes selon les patients, ce qui corrélativement permettait de faire gagner ce temps au médecin. En ce qui concerne la formation complémentaire, elle n'était nécessaire que pour la mesure de l'acuité visuelle, et l'expérience nous a montré que 50 heures de cours et 2 000 réfractions contrôlées par l'ophtalmologiste permettaient d'amener les orthoptistes à donner des résultats dans lesquels

nous pouvions avoir confiance. Par ailleurs l'oculomotricité faisait déjà partie de sa formation initiale. La mesure de la pression intra-oculaire non contact ne nécessitait que quelques explications et, enfin, l'interrogatoire était juste un recueil du motif principal de consultation et il était repris par l'ophtalmologiste. L'audit a de plus permis de répondre positivement à la triple interrogation des expérimentations : est-ce profitable au patient, est-ce intéressant pour l'orthoptiste, est-ce intéressant pour l'ophtalmologiste ?

Concernant la productivité, l'étude a montré que le flux de patients était augmenté de 25 à 30 %. En pratique, cette organisation permettait de voir environ deux patients de plus par heure de consultation, tout en recentrant le médecin sur son cœur de métier, qui est de faire la synthèse des différentes données, acquises par lui ou par l'orthoptiste, d'établir un diagnostic puis de prendre une décision. Les consultations étant réellement faites par le médecin, cela a permis d'utiliser les cotations classiques remboursées par les caisses d'assurance maladie.

Ces résultats intéressants ne doivent pas masquer les difficultés de la diffusion d'un tel mode de fonctionnement. C'est d'abord demander au médecin de quitter son mode de travail artisanal. C'est lui accroître à gérer de nombreux collaborateurs, c'est augmenter les contraintes d'organisation, c'est augmenter de beaucoup le coût de son absence de sa structure, pour cause de maladie ou de formation. C'est aussi lui donner le souci d'équilibrer son budget : un poste d'orthoptiste coûte environ 50 000 € par an, ce qui est difficile à réaliser quand le professionnel exerce son activité en secteur 1. Il doit faire attention aux charges de l'Urssaf et préférer salarier d'emblée les orthoptistes pour éviter une dramatique requalification en salariat de la part de cet organisme. Ajoutons, pour finir, une inadaptation du statut de professionnel libéral à ce mode d'organisation, une impossibilité de créer une SEL en association avec les orthoptistes, et un manque de soutien des autorités sanitaires.

Nous sommes malgré tout convaincus que ce mode opératoire est une étape indispensable pour augmenter l'offre de soins et habituer les uns et les autres à travailler ensemble. Il est aussi le socle sur lequel vont pouvoir émerger d'autres collaborations beaucoup plus audacieuses, car hors unité de lieu et de temps.

La première, qui concerne le dépistage de la rétinopathie diabétique, est déjà largement expérimentée. Elle consiste à remplacer le contrôle annuel du médecin par un contrôle simplement tous les trois ans avec, dans les années n1 et n2, une prise de photos des fonds d'yeux par un personnel qualifié. Les clichés sont ensuite analysés par un ophtalmologiste, à la recherche d'une rétinopathie diabétique qui, si elle est découverte, impose un rendez-vous médical. Le potentiel maximum d'économie de consultations est de 2 millions d'actes annuels, mais il y a un temps médical consacré à la lecture des photos.



La seconde n'est encore qu'au stade de projet. Il faut savoir que les glaucomeux sont habituellement suivis tous les six mois, quand ils sont en période d'équilibre du traitement. Le projet consisterait à faire contrôler ces patients, une fois sur deux, par un orthoptiste qui ferait une batterie d'exams : mesure de la pression intra-oculaire, photographie des nerfs optiques, champs visuels. Les résultats de ces exams seraient là aussi lus et validés par le médecin ophtalmologiste. Le potentiel maximum d'économie de consultation serait d'un million d'actes annuels.

Citons enfin la possibilité d'une consultation orthoptiste de dépistage, qui serait, dans certaines conditions strictes, en amont de l'ophtalmologiste.

En conclusion, les collaborations interprofessionnelles sont appelées à se développer, dans un contexte très contraint par le temps : dans les dix prochaines années va se produire un collapsus jamais vu du corps médical. Cette mutation est très délicate à gérer, surtout dans un temps aussi court. Le pragmatisme doit être notre philosophie commune, en laissant la manœuvre au terrain, ce qui est d'ailleurs l'esprit de l'article 51 de la loi HPST. 🏠

Les pratiques avancées des professionnels paramédicaux en Ile-de-France

Ljiljana Jovic
Directeur des
soins, conseillère
technique régionale,
Drass Ile-de-France

Les reconfigurations des contenus des métiers, des compétences professionnelles, des prérogatives et des rapports entre professions sont permanentes. Généralement, les modifications s'opèrent de façon isolée, à des niveaux locaux, jusqu'à atteindre des masses critiques leur donnant de la visibilité et permettant des avancées significatives. Les pratiques avancées (pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ») sont l'un de ces phénomènes. Ce concept a émergé au milieu du xx^e siècle aux États-Unis puis a été développé, adapté et mis en œuvre dans de nombreux pays. Initialement, il se rapportait aux activités des infirmières, mais les définitions sont applicables aux autres professionnels paramédicaux.

Des phénomènes ayant un impact sur les champs d'intervention et les missions des professionnels de santé sont observables en France, comme au niveau international. Ils conjuguent les besoins de santé des populations, le raffinement des compétences professionnelles, notamment dans les approches cliniques, les évolutions technologiques importantes, les problématiques démographiques, les contraintes médico-économiques.

Les enjeux liés aux pratiques avancées sont multiples. Ils concernent la qualité des soins et de prise en charge, l'efficacité du système de santé, l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Les pratiques avancées sont une réalité observable dans les structures de santé et le secteur ambulatoire. Aussi, pour innover et accompagner les évolutions au niveau régional, il est apparu indispensable de disposer de données objectives.

La population installée en Ile-de-France est de 11 616 500 habitants, soit 18,27 % de l'ensemble national [67]. La région compte plus de 112 000 professionnels paramédicaux et propose une offre de soins diversifiée dans toutes les dimensions : préventive, éducative, de dépistage, curative et palliative.

L'étude exploratoire réalisée au niveau régional a pour but de décrire les professionnels et les activités de pratiques avancées. Les objectifs sont : d'identifier les pratiques qui pourraient relever de pratiques avancées, qu'elles s'inscrivent ou non dans le champ réglementaire actuel; d'identifier les caractéristiques des professionnels déclarant exercer des pratiques avancées.

L'étude a été réalisée dans un contexte français, de réflexion et d'évaluation des coopérations entre professions de santé, de perspectives d'évolution des modes de pratiques et de formation, de reconfiguration de l'offre de soins, d'une relative méconnaissance du concept de pratiques avancées et d'insuffisance de données sur le sujet¹.

La méthodologie repose sur l'étude de la littérature et l'adoption d'une définition opératoire du concept de pratiques avancées, une enquête, par questionnaire, auprès de structures de soins (établissements, réseaux...) (n = 132) et de professionnels paramédicaux (diététiciennes, infirmières, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) déclarant exercer des pratiques avancées (n = 380) [42].

Les résultats extraits de l'étude permettent, notamment, de décrire les professionnels paramédicaux déclarant avoir des pratiques avancées et de comparer leur profil aux données théoriques issues de la littérature. Les similitudes et les différences fournissent des pistes d'action et des questions pour des travaux ultérieurs.

Les pratiques avancées : données de la littérature

La littérature internationale montre qu'il existe diverses terminologies pour désigner des pratiques professionnelles allant au-delà des pratiques « généralistes ». Les appellations recouvrent également des

1. La réglementation, en lien avec des aspects de pratiques avancées, portant sur les coopérations entre professionnels de santé est intervenue après le recueil de données et l'analyse des résultats.