



Organisation de l'ophtalmologie libérale : un regard vers le futur

Coordination : Serge Zaluski

Édition réalisée avec le soutien institutionnel des Laboratoires Théa



IN

NOVATION

Une large gamme
de produits
au service de
l'Ophthalmologie

- Allergie
- Anesthésie
- Antisepsie
- Sécheresse
- Hygiène
- Glaucome
- Herpès
- Infection
- Infection + Inflammation
- Inflammation
- Mydriase
- Nutrition
- Diagnostic
- Antibioprophylaxie
- Atteintes cornéennes

LABORATOIRES
 **Théa**
Moteur d'innovation

www.laboratoires-thea.com

Éditorial

→ Béatrice COCHENER

Si l'ophtalmologie connaît depuis deux décennies des progrès fulgurants en matière de techniques d'exploration et de stratégies chirurgicales, dont s'alimentent les revues périodiques, il paraît à la fois original et pertinent de consacrer un numéro à l'évolution de l'organisation de la spécialité. Cette dernière doit, en effet, s'ajuster à un certain nombre de paramètres qui dépassent l'intégration de l'innovation pour s'adapter aux évolutions de la démographie et aux besoins grandissants de la population.

Nous avons connu, il y a 10 ans, une réduction par le ministère du *numerus clausus* des internes en ophtalmologie, source de la crise démographique actuelle qui a justifié le combat de notre syndicat avec le soutien de l'Académie CNP (Collège National Professionnel de l'Ophtalmologie) pour optimiser de nouveau ce nombre. Cependant, le creux de vague va exiger le temps d'une formation. Par conséquent, se pose la question des solutions à trouver durant cette phase de retour à un équilibre plus serein, pour maintenir l'accès aux soins sans perte de chance pour nos patients, alors que la population vieillissante augmente et avec elle le besoin de prise en charge oculaire.

Le défi est donc de réunir les conditions d'acquisition des outils de modernité, qui impose l'association, autour d'une plateforme d'explorations et de chirurgie ambulatoire de pointe, de spécialistes, lesquels ne peuvent plus concevoir un travail isolé compte tenu de la lourdeur des investissements d'équipement. Parallèlement, le souci de l'efficience visant à concentrer l'exercice médical sur sa mission première – le diagnostic et la thérapeutique – conduit à réfléchir à des stratégies de délégation qui placent dans la boucle et en première ligne l'orthoptiste, notre partenaire de choix.

Si la ministre de la Santé, à l'appui du rapport IGAS (Inspection générale des affaires sociales) sur la filière visuelle, a pérennisé la non-reconnaissance dans notre pays du métier de l'optométriste issu de la faculté d'optique, la réingénierie de la filière orthoptique dessinée sous le contrôle de la Faculté de médecine a concrétisé le modèle Licence, en renforçant le contenu de l'enseignement dans la perspective d'un élargissement du champ de compétences et d'une homogénéisation de ces études sur les 14 écoles françaises. Même si les étapes Master, puis Doctorat et surtout la mise en place d'une plateforme de télé-enseignement restent à concrétiser, cette structuration nouvelle devrait rendre le métier plus attractif et assurer une formation adaptée aux évolutions du parcours de soins. En effet, cette année, une

étape majeure est à considérer, à savoir la validation de protocoles de coopérations permettant une délégation aux orthoptistes, notamment pour la capture des images de rétinopathie diabétique, la réalisation de la réfraction et le suivi patient entre deux examens ophtalmologiques dont l'intervalle de temps dépendra de l'âge du patient.

Pour ceux qui, à distance du champ de négociations, trouveraient que les processus en cours sont lents et timides, il faut souligner et rendre hommage ici à l'énergie investie avec pugnacité par les acteurs majeurs responsables du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), des collègues universitaires (CNU, COUF) et de l'Académie CNP. L'objectif est de faire naître cette réorganisation et de contrer les initiatives inadaptées et menaçantes des tutelles depuis que "la résolution du délai d'attente en ophtalmologie" est devenue une question clé dont veulent s'emparer les pouvoirs publics.

À l'échelle de la formation médicale et dans le cadre de la réforme de l'internat, une maquette est en cours de gestation. Celle-ci mobilise bien entendu le corps académique mais également la jeune génération, tous soucieux de concevoir un métier et un champ de spécialisation basés sur cette nouvelle hiérarchisation du soin. En effet, fort de ces adaptations organisées autour de la situation de crise et intégrant la sophistication des moyens, il peut être imaginé que l'ophtalmologiste revêtira

désormais le costume d'un gestionnaire d'équipe s'appuyant sur le travail aidé et l'informatisation des activités. Il faudra cependant orchestrer, au-delà de cette fédération médicale et paramédicale, la gestion de la population isolée qui ne peut gagner les centres localisés dans les fortes agglomérations. Cela justifie en particulier la construction d'unités de premier recours, notamment sur les lieux des hôpitaux périphériques, animées par des assistants (à temps partagé), ou des praticiens à temps partiel, en collaboration avec les orthoptistes. L'ensemble de ces modèles trouvent déjà leur réalité ou leur approche pilote sur tout le territoire, en appliquant des organigrammes intelligents dont témoignera cette revue.

Ainsi, l'ophtalmologie du futur, dans son schéma d'organisation, sera inévitablement conditionnée par les avancées technologiques qui visent à aider au diagnostic et guider la main du chirurgien, lequel devra mettre à jour sa structure de travail pour la rendre efficiente et rentable. Du reste, la mise en place de stages en secteur libéral comme passage obligatoire au cours du parcours d'internat devrait établir une passerelle entre service public et pratique libérale: le premier a adopté depuis quelques années une même politique comptable, et le second peut introduire une dimension pédagogique voire un accès à la recherche clinique. Mais, avant tout, il est fondamental d'user de toute la vigilance pour que les missions soient précisément délimitées entre les différents partenaires de

travail de la filière visuelle dans le but d'assurer une offre de soins optimale pour la population, tout en protégeant le rôle de l'ophtalmologiste. Le savant équilibre entre les trois acteurs – opticien, orthoptiste et ophtalmologiste – doit être précisément régulé en termes de flux et de délégations des missions.

Ce numéro vous propose d'aborder la problématique d'aujourd'hui et les efforts conduits pour demain autour de cette situation analysée par nos experts de la politique; il évoque les actions menées, les coopérations validées et les perspectives réglementaires. Le témoignage des experts du terrain sera apporté avec le descriptif et les recommandations concernant la structure pyramidale des centres modernes, basés sur des modèles de fonctionnement optimisés qui incluent le partenariat entre ophtalmologistes et orthoptistes, mais aussi le soutien des infirmières et secrétaires.

Autant d'expériences et d'arguments mesurés qui, nous l'espérons, devraient répondre à vos questions, vous éclairer sur les axes défendus, soulager vos inquiétudes et vous servir de guide dans la manière de réfléchir à la pratique et à l'organisation ou la réorganisation de votre mode d'exercice.

Nous vous souhaitons une passionnante lecture.

Avant-propos

→ Serge ZALUSKI

*“La prévision est difficile, surtout lorsqu'elle concerne l'avenir.”
Niels Bohr (ou Pierre Dac)*

Les nouveautés incessantes des produits et des dispositifs médicaux nous amènent en permanence à nous interroger sur les meilleures stratégies diagnostiques et les meilleurs outils ou techniques thérapeutiques. Ces progrès constants sont essentiels pour optimiser la qualité de la prise en charge de la population de nos pays occidentaux, mais ne représentent pas tous une avancée majeure et facilement quantifiable pour nos patients pris individuellement et moins encore pour la santé publique.

Les exigences de formation continue, que chacun s'impose à sa mesure, nous permettent rapidement d'être informés de ce que l'on appelle communément les nouveaux acquis de la science. Paradoxalement, il nous a semblé que la communauté médicale en général, et ophtalmologique en particulier, ne prend pas le même temps de réflexion et ne dépense pas la même énergie pour les problèmes concernant l'organisation de la prise en charge des patients de nos bassins de population, et donc pour apporter les réponses les plus appropriées en matière de santé publique. En d'autres termes, notre souci va à l'amélioration de la qualité des soins, mais nos modèles organisationnels pèchent souvent en efficacité, en productivité et donc en capacité de prise en charge. Si cette problématique apparaît négligée par la profession, elle laisse cependant rarement indifférent.

Alors que les débats concernant la meilleure stratégie thérapeutique pour une pathologie identifiée sont le plus souvent tranchés par des sachants, en matière d'organisation la hiérarchie du savoir est abolie. Chacun a son opinion. Elle lui convient ou lui a convenu tout au long de son exercice et n'a pas, *a priori*, vocation à être contestée ou réévaluée. Or, les schémas organisationnels sont aujourd'hui, et seront plus encore demain, bouleversés. De nombreux bassins de population sont en carence de praticiens, les cabinets de ceux qui cessent leur activité restent bien souvent en déshérence, la diversité des matériels nécessaires pour un plateau technique permettant un exercice de qualité connaît une progression phénoménale, l'ophtalmologiste se surspécialise de plus en plus, la division en ophtalmologistes médicaux et médico-chirurgicaux s'estompe avec les modes actuels de formation et d'exercice, remettant en cause les circuits d'adressage des patients vers des chirurgiens qui n'avaient à répondre qu'aux attentes de leurs prescripteurs. Tout cela dans un contexte d'explosion de la demande de soins liée à l'effet du “papy-boom” (la population âgée de plus de 65 ans devrait croître de 28 % en Europe entre 2010

et 2050 et la population âgée de plus de 80 ans passer, en France, de 1,5 million en 2011 à 6,1 millions en 2035).

L'antienne consistant à invoquer l'incurie des gouvernants passés et actuels (et la diminution du nombre de postes d'ophtalmologie à l'ECN de 2016 n'est pas pour modifier cette opinion) comme responsables de la pénurie des ophtalmologistes et de la situation résultante n'est cependant pas un argument suffisant pour nous absoudre de nos responsabilités, dont la principale est de nous donner les moyens d'une médecine de qualité au service du plus grand nombre. Notre système éducatif a longtemps reposé sur le principe du colloque singulier comme garant d'une médecine à l'écoute et au service de son patient. C'était négliger la part fondamentale qu'est la santé publique. Cela peut se traduire autrement : il est très respectable et tout à fait nécessaire de bien soigner un patient ; il n'est pas concevable de ne pas optimiser son organisation afin de ne plus laisser dans un désert médical une DMLA débutante, un glaucomeux qui s'ignore, un enfant strabique, ou un corps étranger sous-palpébral, et chacun pourra étendre cette liste à l'aune de son expérience quotidienne.

Nous nous inscrivons par ailleurs dans un contexte qui anticipe probablement des modifications radicales de nos modes de fonctionnement. L'environnement dans lequel nous baignons se modifie. Les tutelles sanitaires cherchent à prendre de plus en plus de pouvoir et d'influence sur nos modalités même d'exercice. Les établissements de santé privés se regroupent au sein de groupes d'intérêt essentiellement, voire parfois strictement, financier. Les mutuelles et autres assureurs cherchent à maîtriser nos modes d'exercice afin de limiter leurs dépenses au bénéfice de leurs profits et d'optimiser leurs partenariats commerciaux, au besoin

en créant des centres de soins sous tutelle. Des sociétés purement commerciales s'impliquent dans la création de chaînes de cabinets médicaux, affichant un type de prise en charge (urgence, délai d'accès relativement court, travail aidé...) parfois négligée par les ophtalmologistes en place. Ces sociétés ou, comme on le voit en biologie, des groupements émanant de fournisseurs de matériels ou de dispositifs médicaux pourraient demain chercher à contrôler la gestion de nos structures.

Des choix stratégiques organisationnels majeurs s'imposent donc à nous

Rappelons, s'il en est besoin pour un lectorat fort averti, que l'équipement d'un cabinet d'ophtalmologie représente aujourd'hui un investissement de plusieurs centaines de milliers d'euros, et une installation incluant les plateaux techniques de chirurgie et de réfractive de plusieurs millions d'euros.

L'une des clés de l'organisation est liée à l'exercice en groupe (il en existe probablement autant de modalités de fonctionnement que de groupes) dont chacun choisira son modèle pour autant qu'il soit équitable, pérenne et privilégiant l'intérêt de la structure en respectant celui des individus. Cette organisation du travail en groupe est indiscutablement consubstantielle d'un équilibre, où domine la volonté plus que la capacité, entre complémentarités médicales, cadres juridique et économique, psycho-affectivité des relations, convivialité, implication dans la structure... Cet équilibre résulte toujours d'un compromis acceptable et accepté par tous. Ces structures de groupe doivent pouvoir prendre en charge les patients sur un plateau technique de haute tenue dans un centre urbain, mais peuvent avoir également mission de se rapprocher des populations plus éloignées du territoire de santé, sans ressource ophtalmologique proche, par exemple

en créant des antennes de proximité. À cet égard, et malgré des progrès dans l'attitude de l'Ordre, celui-ci se devra de faciliter plus encore les propositions qui vont dans ce sens. Des spécialités comme la radiologie et la biologie (dont l'exercice est différent à bien des égards) ont depuis longtemps saisi l'intérêt du regroupement avec des centres largement équipés et des sites secondaires. L'exercice sur site distinct, la collaboration, la mise à disposition de locaux, toutes les formes de synergie entre confrères, qu'ils soient du secteur public ou privé, sont parmi les moyens qui permettent ce maillage territorial.

Le deuxième point repose sur la variété des moyens à disposition pour recentrer nos activités vers notre cœur de métier qu'est le soin au patient. Le travail aidé avec les orthoptistes en première ligne, l'aide de secrétaires formées, la création d'un poste de directeur ou manager de centre, mais aussi l'organisation même du cabinet et les outils d'information qui aident à son fonctionnement sont primordiaux, afin que nous puissions nous consacrer au mieux et davantage aux soins. J'ai également la conviction que la santé en général, et nous-mêmes, médecins, sommes des acteurs majeurs de l'économie du pays (on parle avec bonheur de la croissance de l'industrie automobile mais avec horreur de l'évolution des dépenses de santé sans même aucune évaluation médico-économique du service rendu). En ce sens – et dans la conjoncture que nous connaissons – toute stratégie permettant de mieux et plus rapidement prendre en charge nos patients et qui, de plus, sera créatrice d'emplois au sein de nos cabinets est favorable et pour la santé publique et pour l'économie du pays.

La réalité des souhaits exprimés par la jeune génération est à considérer comme faisant partie du paysage de l'ophtalmologie d'aujourd'hui et de

demain. L'ophtalmologie libérale est le monde de l'entreprise médicale où chacun doit pouvoir occuper la place qu'il souhaite. Il est aujourd'hui possible pour un jeune de s'associer pleinement dans un groupe ou d'y travailler comme collaborateur (en percevant la part réelle du bénéfice de son travail), voire d'y être salarié, ou même d'exercer dans des structures purement capitalistiques qui, elles, de façon naturelle, réaliseront un profit sur son activité. La rareté des jeunes ophtalmologistes leur permet, dans les limites du raisonnable et peut-être alors dans l'intérêt même du groupe, d'élever leur niveau d'exigence tant pour le cadre contractuel d'exercice (et son environnement mobilier et immobilier) que pour la qualité du plateau technique et de l'organisation proposée. Il est certainement possible pour un ophtalmologiste en fin de carrière, sans successeur à venir, de s'adosser à des groupes structurés afin d'éviter une rupture à venir de la permanence des soins pour ses patients.

Dans ce numéro consacré à l'organisation de l'ophtalmologie libérale, nous avons souhaité donné la parole à un panel d'ophtalmologistes reconnus pour leur implication dans la vie professionnelle ainsi qu'à certains des collaborateurs, partenaires ou prestataires habituels de notre profession. Lorsque cela était justifié, nous avons privilégié l'écriture des articles à quatre mains afin

de réunir des acteurs opérant dans des structures différentes, ou exprimant des compétences complémentaires.

Nous avons cherché à traiter le maximum de sujets transversaux. Cependant, de nombreux problèmes n'ont pas été abordés dont, à l'évidence, ceux liés aux contraintes économiques supplémentaires (mais non rédhibitoires), qui relèvent de l'exercice en secteur 1, ou de la pérennité du secteur 2, ou de l'exercice hors convention.

De par sa construction éditoriale et les prises de position de certains des auteurs, cette revue adopte un parti pris qui ne fera probablement pas l'unanimité. Ce parti pris est assumé, voire revendiqué. La diversité actuelle des pratiques est vaste : exercice individuel ou en groupe, travail aidé ou non, chirurgical ou médical, spécialisé dans un domaine ou plus généraliste, à Paris ou en province, en zone où le déficit médical est présent ou à venir... et tous les modes d'exercice sont respectables. Les idées exprimées dans ce numéro ne prétendent pas apporter une réponse univoque aux problèmes de notre spécialité mais être une source d'interrogations, de questionnements, de réflexions, somme toute de curiosité face à l'avenir. Cette revue a donc vocation à donner envie de bouger les lignes – nous l'espérons – matière à réflexion, que pour les plus jeunes qui pourront

imaginer un cadre d'exercice moderne, attractif et viable à tous points de vue.

L'ensemble des intervenants : ophtalmologistes (parmi d'autres, Béatrice Cochener, présidente de l'Académie, Thierry Bour et Jean-Bernard Rottier, actuel et ancien président du syndicat ont immédiatement répondu présents, c'est l'occasion de rendre hommage à leur travail et d'insister sur le rôle fondamental du SNOF et de l'Académie de l'Ophtalmologie dans la défense et la cohésion de notre spécialité), orthoptistes, managers de centres, mais aussi ceux issus du monde non médical mais reconnus pour leur expertise dans le domaine de la santé, ont accepté sans hésiter nos attentes éditoriales. Qu'ils soient tous sincèrement remerciés pour leur travail et la cohérence que nous espérons avoir pu donner à ce numéro. Cet avant-propos serait incomplet sans évoquer le soutien du laboratoire Théa qui a immédiatement répondu avec enthousiasme à notre volonté d'éditer ce numéro. Ce soutien, que le laboratoire assure entièrement, illustre l'attachement que cette entreprise, à l'instar de son fondateur, Henri Chibret, et de son président, Jean-Frédéric Chibret, porte à l'ophtalmologie française. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude. La revue *Réalités Ophtalmologiques* et toute son équipe ont totalement adhéré à ce projet, nourri d'une volonté commune, et le résultat nous semble être à la hauteur de nos objectifs.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr J.P. Adenis, Pr J.L. Arné, Pr Ch. Baudouin,
Pr T. Bourcier, Pr A. Brézin, Pr A. Bron,
Pr E.A. Cabanis, Pr G. Chaîne, Pr B. Cochener,
Pr J. Colin, Pr Ch. Corbe, Pr G. Coscas,
Pr C. Creuzot-Garcher, Pr P. Denis, Pr J.L. Dufier,
Pr A. Gaudric, Pr T. Hoang-Xuan,
Pr J.F. Korobelnik, Pr P. Le Hoang, Dr S. Liotet,
Pr F. Malecaze, Pr P. Massin, Dr S. Morax,
Pr J.P. Nordmann, Pr J.P. Renard, Pr J.F. Rouland,
Pr J.A. Sahel, Pr G. Soubrane, Pr E. Souied,
Pr P. Turut, Pr M. Weber

COMITÉ DE LECTURE

Dr M. Assouline, Dr C. Boureau,
Dr S. Defoort-Dhelemmes, Dr L. Desjardins,
Dr B. Fayet, Dr C. Albou-Ganem,
Dr S. Leroux-les-Jardins, Dr G. Quentel,
Dr B. Roussat, Dr E. Sellem,
Dr M. Tazartes, Dr M. Ullern

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr F. Auclin, Pr S.Y. Cohen,
Dr M.A. Espinasse-Berrod,
Dr F. Fajnkuchen, Dr J.L. Febbraro,
Dr M.N. George, Dr J.F. Girmens, Dr Y. Lachkar,
Dr Y. Le Mer, Dr D.A. Lebuissou, Dr F. Malet,
Pr M. Pâques, Dr C. Peyre, Dr J.J. Saragoussi,
Pr R. Tadayoni, Dr F. Vayr

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr T. Desmettre, Dr D. Gatinel

CONSEILLER DE LA RÉDACTION

Dr T. Amzallag

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

A. Le Fur, M. Meissel

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉALITÉS OPHTHALMOLOGIQUES

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Impression : bialec
23, allée des Grands-Pâquis
54180 Heillecourt
Commission paritaire : 0121 T 81115
ISSN : 1242-0018
Dépôt légal : 4^e trimestre 2016



Octobre 2016
Cahier 3 #235

- 3** **Éditorial**
Béatrice Cochener
- 5** **Avant-propos**
Serge Zaluski
- 10** **Les auteurs**
- 13** **Les défis de demain de l'ophtalmologie**
Thierry Bour
- 17** **Les souhaits d'installation des jeunes ophtalmologistes en France**
Sara Touhami
- 19** **L'ophtalmologiste en cabinet libéral : médecin et entrepreneur ?**
Jean-Marc Charpin
- 24** **Les écueils à éviter dans le travail en groupe : l'avis du juriste**
Olivier Smallwood
- 27** **Enjeux de l'équilibre comptable et financier de l'activité**
Jean-Marc Charpin,
Fabrice Goudard
- 31** **Les nécessités de l'assurance RCP et de la prévoyance**
Valérie Cordonnier,
Bernard Deguiraud
- 36** **NOSO : organiser le cabinet d'ophtalmologie selon des standards qualité ISO 9001**
Gabriel Quentel, Iléna Quiéte
- 40** **Le rôle d'un responsable de centre**
Sébastien Degoute, Débora Lylon
- 46** **Optimiser les fonctions du secrétariat ? L'exemple de VISIS**
Sébastien Degoute, Serge Zaluski
- 50** **Fonctions et rôle des orthoptistes dans un centre d'ophtalmologie multicompetences**
Grégory Gasson, Elidia Grondin
- 55** **Perspectives réglementaires prochaines**
Thierry Bour
- 60** **Protocoles de coopération : la grande mutation**
Jean-Bernard Rottier
- 64** **Quelle place pour un interne dans un établissement de santé privé ?**
Thierry Amzallag,
Delphine Chenault
- 69** **La recherche clinique en pratique privée**
Loïc Pinsard, Patrice Taubenblatt
- 72** **L'optimisation des flux patients en chirurgie de la cataracte**
Jean-Pierre Danos, Serge Zaluski

Image de couverture :
© deepadesigns/shutterstock.com.

Les auteurs



Béatrice COCHENER
Professeur des Universités, Brest.
Présidente de l'Académie Française
d'Ophtalmologie – CNP
beatrice.cochener-lamard@chu-brest.fr



Serge ZALUSKI
Ophtalmologiste
VISIS, Perpignan.
sz@visis.fr



Thierry AMZALLAG
Ophtalmologiste,
Responsable pédagogique,
Institut Ophtalmique de Somain.
thierry.amzallag@institut-ophtalmique.fr



Thierry BOUR
Ophtalmologiste, Metz.
Président du SNOF.
thbour57@gmail.com



Jean-Marc CHARPIN
Président, Nouvelles Trajectoires,
Montpellier.
jm.charpin@nouvelles-trajectoires.com



Delphine CHENAULT
Directrice opérationnelle,
Institut Ophtalmique de Somain.
d.chenault@institut-ophtalmique-somain.fr



Valérie CORDONNIER
Juriste assurances expert,
Direction du Risque Médical,
Protection Juridique, Prévoyance
et Libea, Groupe MACSF.
valerie.carbonnier@macsf.fr



Jean-Pierre DANOS
Directeur de Albedo Conseil,
Jurançon
albedo.rebenacq@orange.fr



Sébastien DEGOUTE
Directeur administratif
VISIS, Perpignan.
direction.adm@visis.fr



Bernard DEGUIRAUD
Directeur du Département des
Opérations d'Assurances Prévoyance
et Santé. Direction du Risque
Médical, Protection Juridique
Prévoyance et Libea, Groupe MACSF.
bernard.deguiraud@macsf.fr



Grégory GASSON
Orthoptiste et Manager de Centre,
Ophtalmologie Thiers – Saint-Augustin,
Bordeaux.
gregory.gasson@gmail.com



Fabrice GOUDARD
Expert-comptable,
Commissaire aux comptes
Villefranche-sur-Saône.
fgoudard@cabinetgoudard.fr



Elidia GRONDIN
Orthoptiste
VISIS, Perpignan.
eg@visis.fr



Débora LYON
Directrice administrative du
COF (Cabinet d'Ophtalmologie
des Flandres), Lille.
deboralyoncof@gmail.com



Loïc PINSARD
Ophtalmologiste
VISIS, Perpignan.
loic.pinsard@visis.fr



Gabriel QUENTEL
Ophtalmologiste, Paris.
Président de NOSO.
drgquentel@orange.fr



Ilena QUIETE
Directrice Générale
d'INDEO Consulting, Paris.
iquiete@indeoconsulting.com



Jean-Bernard ROTTIER
Ophtalmologiste, Le Mans.
Ancien Président du SNOF.
jbr@ophtalmo.net



Olivier SMALLWOOD
Avocat associé, Eurolex,
Montpellier.
ol.smallwood@orange.fr



Patrice TAUBENBLATT
Direction du développement
et des relations médicales,
MédiPôle Partenaires.
p.taubenblatt@medipolepartenaires.fr



Sara TOUHAMI
Ophtalmologiste,
Présidente de l'Association Nationale
des Jeunes Ophtalmologistes (ANJO).
saratouhami@gmail.com

Les défis de demain de l'ophtalmologie

→ Thierry BOUR

L'ophtalmologie est une spécialité particulière à bien des égards. Elle est la seule à s'occuper de tous les aspects d'un même organe sur les plans médicaux (ce qui comprend aussi l'optique) et chirurgicaux. Elle a également la particularité d'assumer elle-même la plupart de ses explorations fonctionnelles complémentaires (OCT, angiographie rétinienne, topographie cornéenne, biométrie oculaire...) et d'être à la fois en premier et en second recours (*fig. 1*).

La différence entre médecine et chirurgie est moins prégnante que dans les autres organes; il y a en effet un continuum qui s'installe de plus en plus avec les divers traitements lasers et les injections intraoculaires. Nous ne savons plus trop où se situe la limite entre

chirurgie et médecine, ce qui finalement est une bonne chose. L'opposition entre l'ophtalmologiste médical et chirurgical est aujourd'hui dépassée. L'ophtalmologie est résolument médico-chirurgicale, et la prochaine maquette du Diplôme d'études supérieures (DES) l'affirmera plus que jamais. C'est fort heureux, car cela permet à l'ophtalmologiste une polyvalence sans égale et des évolutions de carrière tout au long de sa vie professionnelle en fonction de ses goûts, mais aussi selon les progrès techniques et parfois l'ouverture de nouveaux champs thérapeutiques (p. ex. chirurgie réfractive, injections intravitréennes).

L'innovation a toujours joué un rôle important dans l'histoire de notre spécialité, et cela devrait perdurer. Ce

champ extrêmement large et diversifié, au sein pourtant du plus petit appareil du corps humain, explique sans doute que l'ophtalmologie est, année après année, une des premières spécialités choisies à l'Examen classant national (ECN). Nous pouvons en être fiers, car cela conforte le choix fait par la spécialité d'être une et indivisible, en évitant un morcellement qui serait dommageable pour les patients et notre cohésion.

Les défis de l'ophtalmologie

>>> Le premier défi, et de loin le plus important, est là : assumer cette unicité de l'ophtalmologie et ses conséquences. Cela signifie faire face à l'ensemble des missions de la spécialité, aussi bien en volume qu'en qualité. Cela

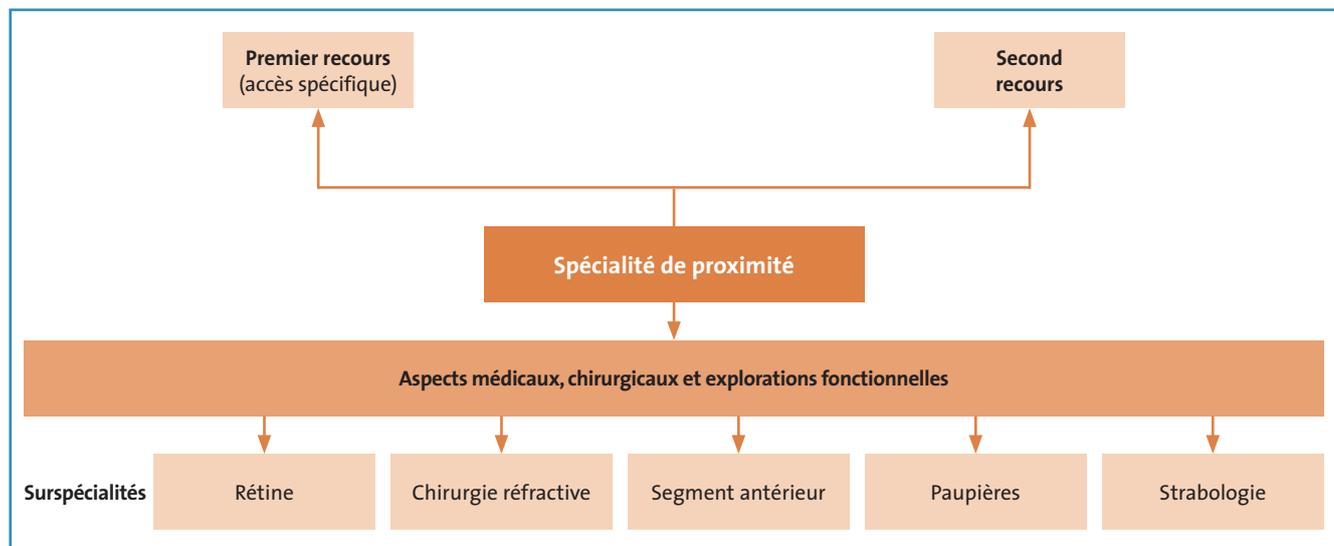


FIG. 1 : Situation particulière de l'ophtalmologie dans l'offre de soins.

justifie pleinement le développement des surspécialités (rétine, cornée, strabologie, glaucome, orbitopalpebral, neuro-ophtalmologie...) pour que les patients bénéficient des meilleurs traitements possibles. Les tutelles ont parfois du mal à le comprendre : les profils d'activité des ophtalmologistes peuvent en effet être très différents, alors que l'Assurance Maladie aime raisonner sur des moyennes. Les ophtalmologistes doivent aussi se préparer à ce que leur activité se modifie dans le temps, et des "reconversions" plus ou moins importantes seront sans doute nécessaires au cours d'une carrière. Nous disposons déjà d'excellentes formations postuniversitaires ; elles devraient s'enrichir progressivement avec un Développement professionnel continu (DPC) mieux structuré qu'il ne l'est aujourd'hui.

>>> L'autre versant est de faire face à l'augmentation constante et soutenue des besoins en soins oculaires de la population. Celle-ci est secondaire à la conjonction de trois phénomènes de forte ampleur :

- l'augmentation continue du nombre d'habitants en France, de l'ordre de 250 000 à 300 000 par année, situation plutôt rare en Europe ;
- le vieillissement de la population française, lequel devrait se poursuivre jusqu'en 2050 d'après l'INSEE ;
- l'innovation en ophtalmologie, ouvrant de nouvelles perspectives diagnostiques et thérapeutiques pour le bien-être de nos patients.

Ces besoins croissent depuis plus de 30 ans à un rythme soutenu d'environ +50 % tous les 15 ans (**fig. 2**) :

- depuis 1980, nous avons plus que triplé notre activité. L'ophtalmologie d'aujourd'hui, et encore plus celle de demain, ne peut être la même qu'il y a 30 ans ;
- jusqu'à l'orée des années 2000, la réponse à ce fantastique accroissement justifié de la demande a été de

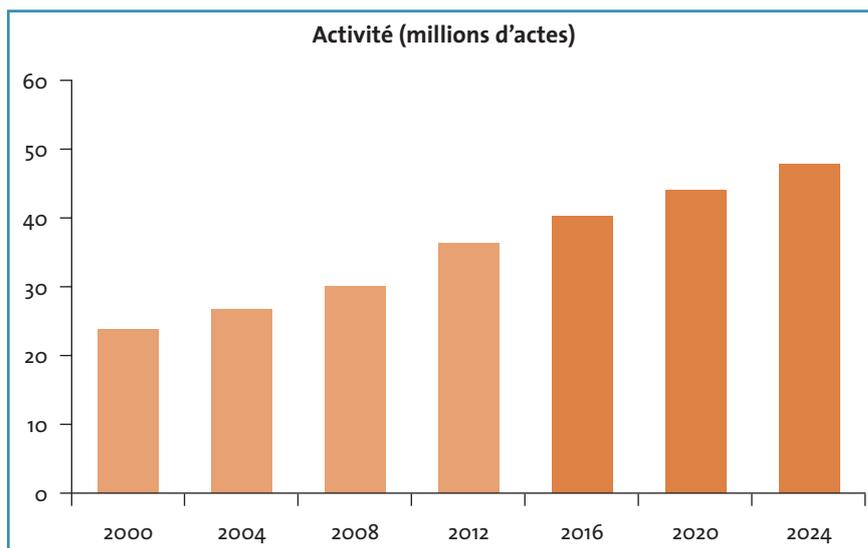


Fig. 2 : Progression de l'activité en ophtalmologie libérale (en rouge les prévisions).

compenser par une formation accrue d'ophtalmologistes : en 50 ans, leur nombre a quadruplé pour dépasser 5 000 à la fin des années 90 ! L'activité par ophtalmologiste restait stable. La croissance exponentielle du nombre de médecins ne pouvait continuer indéfiniment. Mais, à une poussée démographique médicale sans doute excessive à un moment, a succédé une volonté absurde de vouloir réduire l'offre de soins pour diminuer les dépenses, avec cette idée iconoclaste que la réduction en médecins allait nécessairement réduire la demande, donc les malades... Cela a entraîné des promotions quasi familiales de diplômés au début des années 2000, quatre à cinq fois moins nombreuses que 20 ans plus tôt en ophtalmologie. Un excès de balancier dans un sens ne corrigeant pas nécessairement le mouvement inverse, cela a déclenché le phénomène des délais d'attente en ophtalmologie suite à un effet ciseaux non maîtrisé.

Depuis une quinzaine d'années, le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) se dépense inlassablement pour faire comprendre à nos tutelles les erreurs commises et mettre en application des mesures correc-

trices. Il n'est pas nécessaire d'y revenir ici en détails, mais souvenons-nous des rapports Berland, de ceux du SNOF qui ont éclairé nos interlocuteurs, des deux rapports de l'Académie de Médecine sur l'Ophtalmologie (dirigés par les Professeurs Hamard et Arné), de l'expérimentation Berland, des protocoles article 51 dont il sera encore question dans ce numéro.

Très (trop) progressivement, les tutelles ont pris conscience des problèmes démographiques de la profession et le nombre de DES formés a cru, doucement, pour cependant atteindre un chiffre d'environ 150 postes à l'ECN de fin de la 6^e année depuis 2014, avec filiarisation de la discipline (**tableau I**). Nous avons pris du retard, et ce chiffre devrait encore sans doute augmenter

2010	106
2011	111
2012	123
2013	130
2014	150
2015	159
2016	152

TABLEAU I : Évolution du nombre de postes pour l'ophtalmologie à l'ECN depuis 2010.

d'environ 25 % pour assurer l'avenir. Il faut se battre constamment pour maintenir le niveau de formation, et la tentative du ministère – cette année – de réduire de dix places les postes ouverts à l'ECN est là pour nous le rappeler.

Aujourd'hui, l'arrivée d'ophtalmologistes étrangers et la poursuite d'activité courageuse de nos aînés au-delà de 65 ans permet globalement le maintien du nombre de praticiens, mais cela reste fragile. Le défi démographique pour les 10 prochaines années est d'arriver à maintenir un nombre stable d'ophtalmologistes pour garder une offre médicale suffisante et accessible territorialement. Il ne s'agit plus de doubler le nombre de médecins, mais une décroissance au-delà de 10 % aurait des conséquences catastrophiques pour l'offre de soins et sa structuration.

Pour faire face aux besoins de formation, aussi bien qualitatifs que quantitatifs, l'ophtalmologie libérale doit développer une offre de stages pour les internes. La formation est aujourd'hui trop hospitalo-centrée, ce qui ne correspond plus totalement aux objectifs d'une formation professionnalisante aboutissant à une pratique libérale dans 80 % des cas. En effet, là aussi l'ophtalmologie se distingue : l'attrait du libéral, aussi bien dans les faits que dans les intentions ne faiblit pas ! Ce stage en libéral est à considérer comme un atout pour le futur ophtalmologiste, et il faudrait qu'en quelques années plus d'une centaine de cabinets se lancent dans cette aventure.

Il est par conséquent vital de continuer à appuyer pour avoir un nombre suffisant de DES formés, mais cela sera insuffisant en soi vu l'accroissement de l'activité. La solution préconisée et adoptée, là aussi progressivement (mais tout changement structurel en médecine nécessite un temps d'explication et d'appropriation long), a été le travail aidé. Certains diront que cela s'est fait

Points forts

- Assumer l'ensemble de ses missions : médicales, chirurgicales, traitements lasers, explorations fonctionnelles.
- Proposer une offre de soins suffisante en premier et second recours.
- Stabiliser le nombre d'ophtalmologistes à plus de 5 000. Mettre en place le stage d'interne en libéral.
- Généraliser le travail aidé avec constitution d'une équipe administrative et paramédicale autour de l'ophtalmologiste.
- Développer l'entrepreneuriat médical.
- Se saisir des nouvelles technologies numériques et de la télémédecine.

pour éviter la menace des optométristes. C'est vrai que cette menace a été réelle et continue de l'être ; mais, plus prosaïquement, c'était devenu une nécessité. Celle-ci résultait non seulement de la réduction des effectifs en formation, mais aussi de l'évolution des techniques, des logiciels médicaux et du matériel de consultation, lesquels permettaient d'envisager des délégations de tâches tout en assurant un contrôle du processus par l'ophtalmologiste en unité de lieu, et aujourd'hui même à distance. Cela ouvrait le chemin au travail en équipe pluridisciplinaire (secrétaires-assistantes + paramédicaux) autour de l'ophtalmologiste. Le choix de la profession s'est fait résolument en faveur des orthoptistes dont il a fallu modifier la formation, la démographie et le champ réglementaire (compétences).

Quinze ans plus tard, nous pouvons dire que nous touchons au but :

>>> La réingénierie des études d'orthoptie est terminée et validée depuis 2014. Le nouveau programme est appliqué depuis cette date (le précédent datait de 1966 !).

>>> Les formations ont augmenté en qualité et en volume. Aujourd'hui, c'est

près de 400 étudiants orthoptistes par année qui sont en cours d'études, soit trois fois plus qu'au début des années 2000.

>>> Le décret d'actes des orthoptistes a été revu en 2001, 2007 et 2016 (vous trouverez les principaux éléments du futur décret plus loin dans ce numéro). Une nouvelle profession est née, axée sur la coordination avec les ophtalmologistes.

>>> Le rapport IGAS (Inspection générale des affaires sociales) sur la restructuration de la filière visuelle de septembre 2015 a consacré l'intérêt du travail aidé, ce qui a ensuite été fixé dans le marbre par la loi Santé en décembre 2015 et le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS 2016).

Les innovations futures

Les prochaines années vont certainement être axées sur la généralisation du travail aidé, aussi bien en secteur 1 qu'en secteur 2. Aujourd'hui, un peu plus d'un tiers des ophtalmologistes utilisent ce mode de fonctionnement, pas seulement avec des orthoptistes. L'objectif est d'atteindre 80 % en 2025. Nous pouvons y arriver. Les nouveaux protocoles organisationnels devraient favoriser cette généralisation. Il ne

s'agit plus d'ajouter des compétences ou d'imaginer de nouveaux textes réglementaires, mais d'appliquer ce qui a été mis en route et d'utiliser les outils à disposition. Le SNOF se bat pour que les pouvoirs publics nous donnent les moyens nécessaires pour y parvenir dans la suite du rapport IGAS.

Enfin, il ne faut pas oublier nos relations avec le monde de l'optique et les opticiens en particulier, même si les prescriptions de lunettes occupent aujourd'hui un rôle moins central en ophtalmologie. En 2007, avec l'ordonnance renouvelable, nous avons inventé un nouveau concept qui a fait la preuve de son efficacité en fluidifiant le renouvellement des lunettes. S'il a fait des remous à l'époque, aujourd'hui il est majoritairement bien accepté.

Des évolutions vont apparaître prochainement; elles sont décrites plus loin et surtout seront nettement mieux encadrées juridiquement qu'en 2007, ce qui devrait sécuriser le parcours ophtalmologiste – opticien. Si le cycle des changements est quasi terminé pour les orthoptistes, la réingénierie des études d'optique reste à faire, et il

s'agit d'un chantier très important. On ne peut plus continuer avec 2000 (!) opticiens formés chaque année, alors que les besoins réels sont sans doute inférieurs à 500. Les formations sont pléthoriques et inégales en qualité. Est-il raisonnable d'avoir 50 000 opticiens dans 10 ans? Cette réingénierie est nécessaire, mais il faudra rester très vigilant sur son contenu et ses objectifs. Cela ne doit pas être l'occasion de voir resurgir l'optométrie, qui a été officiellement rejetée par le gouvernement lors de la dernière loi Santé.

La transformation de l'ophtalmologie passe aussi par la mise en place de structures plus importantes, de véritables entreprises de santé ophtalmologique qui peuvent prendre des formes diverses, avec aussi l'apparition de fonctions novatrices en leur sein. Cela n'est pas toujours simple, et demande un vrai effort d'organisation et de rationalisation de la part de l'ophtalmologiste entrepreneur. Les articles suivants vous donneront des éléments et des pistes pour que chacun s'approprie cette évolution qui, au bout du compte, conforte et assure le rôle prééminent et central de l'ophtalmologiste. L'ophtalmologie

commence à être donnée en exemple à d'autres spécialités comme modèle d'adaptation à l'évolution de la société et de la médecine.

Conclusion

Aujourd'hui, les sujets à la mode en médecine sont la télémédecine, les objets connectés, voire la robotique et d'une façon générale tout ce qui touche aux "nouvelles technologies". Il est encore un peu tôt pour appréhender la place exacte qu'elles prendront dans notre exercice quotidien, une fois dépassée la phase de découverte. En tout cas, notre spécialité, habituée aux progrès techniques, va devoir s'en saisir, et saura certainement les adapter à ses besoins avec l'aide d'une industrie biomédicale trop souvent vilipendée de nos jours. Tout cela apporte de belles perspectives à notre spécialité, qui doit dépasser sa crise de croissance.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Soyez acteur de votre présent et de votre avenir : *adhérez au SNOF !*

Le SNOF est le seul syndicat représentant efficacement et au quotidien les ophtalmologistes !

- > Il est l'interlocuteur du ministère de la Santé, de Bercy, de la Sécurité sociale, des complémentaires santé, des syndicats d'opticiens et d'orthoptistes.
- > Il intervient auprès de Commissions de l'Assemblée Nationale et du Sénat.
- > Il est représenté au sein des Syndicats médicaux horizontaux, et s'est fortement opposé à la signature de la dernière Convention qui oubliait les ophtalmologistes.

Téléchargez votre bulletin d'adhésion sur le site www.snof.org



SYNDICAT NATIONAL
DES OPHTALMOLOGISTES
DE FRANCE (SNOF)

Les souhaits d'installation des jeunes ophtalmologistes en France

→ Sara TOUHAMI

Les inquiétudes et incertitudes des jeunes

La formation des jeunes ophtalmologistes se base actuellement sur une combinaison voulue harmonieuse d'éléments théoriques – régis par un programme défini de façon collégiale par un consensus européen permettant l'obtention du diplôme européen d'ophtalmologiste (*European Board of Ophthalmology*) – et d'éléments d'ordre pratique acquis au contact direct du patient lors de stages hospitaliers semestriels. La durée totale de cette formation initiale (internat) est aujourd'hui de 5 années pour notre spécialité, suivie classiquement par une période de post-internat de 2 années en moyenne.

Un sondage national récent, réalisé par l'Association Nationale des Jeunes Ophtalmologistes (ANJO), a rapporté que la quasi-totalité des internes en ophtalmologie s'engage dans un post-internat de type assistantat ou clinicat, d'une durée de 2 à 4 années, permettant d'asseoir leur autonomie clinique mais surtout chirurgicale, et ce quelle que soit leur région d'origine. En effet, l'internat permet une acquisition massive de connaissances médico-chirurgicales. Cependant, la pratique des jeunes internes reste encadrée par des seniors (assistants, praticiens hospitaliers, professeurs) durant cette période, limitant le processus d'autonomisation, véritable garant de la qualité médicale, chirurgicale et humaine de nos futurs praticiens. Si le nombre de postes

d'assistants et chefs de clinique s'avère aujourd'hui suffisant pour contenir l'ensemble de la population des internes au niveau national, cette configuration risque d'être compromise dans un avenir proche, en raison de l'augmentation du *numerus clausus* et de la réduction concomitante du nombre de postes de chefs de clinique.

Cette crise du post-internat se fait d'ores et déjà sentir dans certaines régions géographiques, induisant un véritable phénomène "d'exode" des internes vers d'autres régions mieux pourvues en postes d'assistants et chefs de clinique, avec les difficultés familiales et personnelles que cela peut occasionner. Dans ce climat de plus en plus compétitif, l'inquiétude des jeunes internes devient donc grandissante.

Les limites de la formation et de l'expérience

Une enquête récente, réalisée par l'ANJO, a pointé du doigt les principales lacunes du programme régissant le Diplôme d'études supérieures (DES) d'ophtalmologie en France, notamment en ce qui concerne la future orientation vers le secteur privé. En effet, la formation initiale théorique dispensée par les facultés de médecine présente un manque cruel en notions managériales, fiscales et entrepreneuriales, outils indispensables à tout jeune praticien désirant s'installer dans le privé. Le cabinet médical est aujourd'hui l'équivalent d'une véritable entreprise,

comptant parfois un voire plusieurs employés (secrétaires médicales, infirmières, orthoptistes), ce qui nécessite des compétences non négligeables en matière de gestion. Par souci de combler ces lacunes, et face à la demande grandissante, des structures nationales, telles l'ANJO, proposent chaque année des journées de formations dédiées à combler ces manques. Lors du dernier congrès de la Société Française d'Ophtalmologie, qui s'est déroulé au Palais des Congrès de Paris en mai dernier, l'ANJO a permis à plusieurs internes et jeunes assistants de participer à une journée de formation axée sur la comptabilité, la fiscalité et la gestion, en partenariat avec la Paris School of Business (PSB) avec des retours tout à fait encourageants, engageant à pérenniser ce type de manifestations.

En ce qui concerne la formation pratique, le manque de contact avec le secteur privé pendant les études d'ophtalmologie inquiète les jeunes. La pratique de ville présente en effet des particularités et une patientèle parfois différentes de la pratique hospitalière, et mériterait sa place au sein du socle de formation initiale, à travers de courts stages de découverte.

Si, dans certaines universités, la médecine générale impose aux internes un stage de 6 mois chez le praticien de ville, notre spécialité se trouve limitée par la durée, jugée déjà trop courte de son internat. Si l'instauration d'un stage de 6 mois chez le praticien est par conséquent peu probable, on peut

Points forts

- La formation des jeunes internes en ophtalmologie est perfectible dans les domaines de la gestion, management, fiscalité et comptabilité.
- L'innovation technologique accompagne le développement de notre spécialité, rendant les frais d'installation de plus en plus coûteux. Le mode d'exercice en groupe permet de rester à la pointe de la technologie, tout en réduisant les frais initiaux et octroyant une possibilité de partage des tâches (surspécialités) entre les collaborateurs.
- Les modes d'exercice de l'ophtalmologie de ville dépendent de la zone géographique concernée et de ses besoins démographiques. La formation des jeunes internes se veut le plus souvent adaptée à ces besoins locaux.

imaginer d'inclure de courts stages (de quelques semaines) dans le socle de formation initial, sans entraver la qualité des acquisitions médico-chirurgicales imposées par les consensus européens.

Les attentes des jeunes

Les attentes des jeunes ophtalmologistes ne sont pas homogènes en termes d'installation. Les exigences dépendent en effet de la personnalité de chacun, du vécu personnel des jeunes internes, de leurs attaches personnelles et familiales à un instant T et – de façon plus objective – de la région et de la qualité de la formation initiale qui leur a été prodiguée et de ce qu'elles peuvent leur permettre, notamment en termes de surspécialisation.

Si certains privilégient les grandes villes en raison de ce qu'elles offrent en termes d'épanouissement personnel (crèches, qualité des écoles pour les enfants...) et professionnel (possibilité d'une pratique mi-temps dans des hôpitaux prestigieux par exemple), d'autres estiment qu'un exercice en bassin de faible densité médicale permet un travail immédiatement assuré et un recrutement chirurgical plus important que ce qu'il saurait être dans les grandes villes, où les principaux opérateurs sont les seuls à avoir une activité chirurgicale pérenne et régulière.

La question de la qualité de vie se pose également avec des arguments climatiques et financiers. Les grandes villes impliquent en effet des charges plus importantes (loyers, maintenance, intendance...), et n'apportent pas la qualité de vie du grand air de la montagne ou de la mer.

Dans un monde actuel tourné vers les nouvelles technologies, notre spécialité se trouve aujourd'hui inondée d'innovations techniques et matérielles, imposant aux cabinets un équipement de plus en plus coûteux afin de permettre une pratique de qualité, conforme aux attentes de plus en plus exigeantes de l'époque. Ce climat financier pousse de plus en plus de jeunes futurs installés à opter pour un exercice en groupe, ce qui permet à chacun des collaborateurs d'exercer une surspécialité au sein de la structure commune. Ce mode d'exercice commun octroie également la possibilité d'une collégialité et d'une pluridisciplinarité, rassurantes pour les jeunes praticiens. L'intégration comme associé permet de participer aux décisions, tandis que la pratique en tant que collaborateur permet d'éviter la lourdeur des démarches administratives.

Enfin, certains jeunes se posent la question d'une pratique salariée permettant un exercice clés en mains exempt des lourdeurs administratives de l'exercice indépendant classique, et ce dans des plateaux techniques de qualité, avec

le plus souvent un travail aidé par les orthoptistes. Si l'avènement de ces centres ophtalmologiques dans le secteur privé conforte la légèreté de cette pratique salariée, il occasionne aussi une crainte grandissante de la part d'une majorité encore écrasante des praticiens du privé qui jugent que cela finirait, à terme, par occasionner la perte de l'indépendance de la profession au profit de structures qui ne seront plus guère gérées par des médecins pour des patients, mais par des "businessmen" pour la rentabilité et la productivité de leur entreprise.

En ce qui concerne la question de la surspécialité, cette dernière se voit de plus en plus ancrée dans la vision de ce que doit être la médecine de nos jours, en particulier dans les grandes villes, qui cherchent à répondre aux attentes de l'excellence de la pratique médico-chirurgicale française. Les grandes villes permettent en général aux internes d'opter très tôt pour une formation de surspécialiste (rétinologue, cornéologue...) et d'orienter leur post-internat pour parfaire la maîtrise de cette dernière. À l'inverse, certaines zones qualifiées de déserts médicaux ne sauraient se permettre une telle surspécialisation, optant au contraire pour une formation des internes qui soit la plus polyvalente possible, afin de garantir la prise en charge la plus adaptée aux demandes de la population compte tenu du manque de praticiens.

Les enjeux de l'installation des ophtalmologistes ont donc évolué au fil du temps en réponse à la démographie médicale actuelle et au contexte socio-politico-économique de l'époque.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

L'ophtalmologiste en cabinet libéral : médecin et entrepreneur ?

→ Jean-Marc CHARPIN

Plusieurs années d'observations et de conseils opérationnels auprès de centres d'ophtalmologie nous permettent de porter un regard différent, non scientifique, sur les facteurs clés de cette spécialité (**fig. 1**).

Une spécialité fortement liée à la technologie

En effet, avant même de réaliser sa première consultation, l'ophtalmologiste devra investir dans du matériel de diagnostic ou de traitement, qu'il devra renouveler au rythme des progrès technologiques des constructeurs. Dès lors, le praticien doit vivre avec la pression du financement et de l'amortissement de son "outil de travail".

L'effet ciseau de l'offre et de la demande de soins en ophtalmologie

Entre une demande de soins en croissance constante (vieillesse de la

population, dépistage et traitements de longue durée...) et un renouvellement des générations de praticiens ne suffisant plus à remplacer ne serait-ce que les départs en retraites, la pénurie médicale française en ophtalmologie ne touche plus simplement les déserts médicaux mais se propage progressivement aux grandes agglomérations. Si le praticien n'a pas d'inquiétude sur le volume potentiel d'activité au sein de son "bassin sanitaire", il devra rester vigilant à bien gérer ce flux par une organisation parfaitement adaptée.

La privatisation progressive de la prise en charge des honoraires

Le remboursement "sécu" se réduisant de façon inéluctable, le patient prend le relais soit indirectement *via* sa mutuelle, soit directement. Cette implication financière, somme toute nouvelle, engage davantage le patient dans le choix du centre ophtalmologique qui le prendra en charge. À la dimension du

patient, se greffe celle du "client" attentif voire exigeant quant à la qualité, au *standing* de la prise en charge médicale.

Investissements, organisation, souci du "client", l'ophtalmologiste en cabinet doit prendre conscience qu'il est également patron de PME et qu'il doit appliquer à son activité de soins certaines règles fondamentales de la gestion des entreprises.

Parmi celles-ci, quatre thématiques apparaissent comme prioritaires (**fig. 2**):

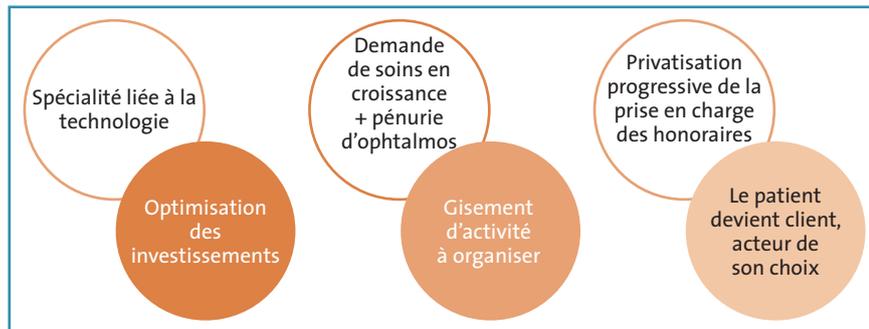


FIG. 1.



FIG. 2.

1. Organisation de l'activité

Le temps de l'ophtalmologiste et de son équipe est on ne peut plus précieux dans cette pression d'explosion de la demande de soins. Comment maîtriser et cadencer les rendez-vous sans sacrifier la qualité de la prise en charge du patient ?

- **Chaînage du parcours patient**

Le travail aidé est la clé de voûte de l'organisation nécessaire à l'absorption de la "volumétrie patients" (fig. 3).

La délégation des actes, notamment en bilans et acquisitions d'images, génère un gain de productivité de 30 à 40 % ; une marge de manœuvre qui peut être transformée en volume d'activité supplémentaire ou, tout simplement, en confort pour le praticien et son équipe.

- **Optimisation des vacations**

Autrement dit : **spécialiser les séances**, regrouper les rendez-vous par typologie d'actes (séances de CS, d'imagerie, de biométrie pré-op, etc.).

Une véritable discipline pour les patients mais, au final, un gain de rythme pour l'équipe et le praticien.

- **Délégation à l'outil numérique**

Au-delà de l'optimisation des systèmes de gestion des dossiers patients *via* les logiciels existants, il s'agit de rentrer dans une véritable **culture numérique**: automatisation de l'arsenal documentaire (compte rendu, courriers...), gestion de la prise de rendez-vous en amont (par téléphone ou Internet), exploitation des données gérées par l'outil de pilotage numérique (suivi de l'évolution des pathologies par patient ou par cohorte, tableaux de bord d'activités, contrôle du retour sur investissement, etc.). Le temps gagné grâce à l'outil numérique pourra être réinvesti auprès du patient: encouragements, éducation thérapeutique...

2. Organisation des locaux

L'agencement et le *standing* d'un centre ophtalmologique sont le reflet des choix structurels opérés par le ou les praticien(s).

Si l'on suit la logique "entrepreneuriale" décrite plus haut, les locaux devraient obéir à quatre grands principes.

- **Le parcours patients (fig. 4)**

La logique pour le patient est aussi, et surtout, la garantie de la productivité

du travail séquencé (secrétaire-orthoptiste-médecin) pour le centre.

- **Optimisation de l'espace disponible**

Rationalisation de la taille des boxes médecins et orthoptistes: 10-15 m² max. en respectant les distances minimales pour l'ETDRS (*Early treatment diabetic retinopathy study*).

Examens complémentaires: un appareil par box afin d'éviter de mobiliser toute une salle avec un seul patient (fig. 5).

Réinvestir l'espace ainsi gagné:
 – soit dans les zones d'attente patients (en privilégiant les zones de lumière naturelle et la circulation);
 – soit dans les pièces d'activités complémentaires: salle IVT ou activité "tout-venant".

- **Gestion de la confidentialité**

Prévoir une pièce dédiée à la prise en charge des non-dits des patients:
 – gestion personnalisée de l'aspect financier des soins,
 – gestion du stress préopératoire.

Il s'agit souvent d'une pièce attenante à la banque d'accueil, vitrée, permettant à la secrétaire de garder un œil sur l'entrée et la salle d'attente pendant qu'elle gère un dossier préopératoire avec un patient. Cette pièce pouvant aussi être utilisée par les secrétaires pour s'isoler lors de leur vacation d'accueil téléphonique ou de frappe de courriers (fig. 6 et 7).

- **Standing des locaux**

Le patient qui aura attendu plusieurs mois pour "ses" yeux un rendez-vous qu'il va payer en partie de sa poche, sera excessivement sensible à la qualité de son passage dans le centre. Outre la gestion de la confidentialité et l'accueil/secrétaire (que nous aborderons

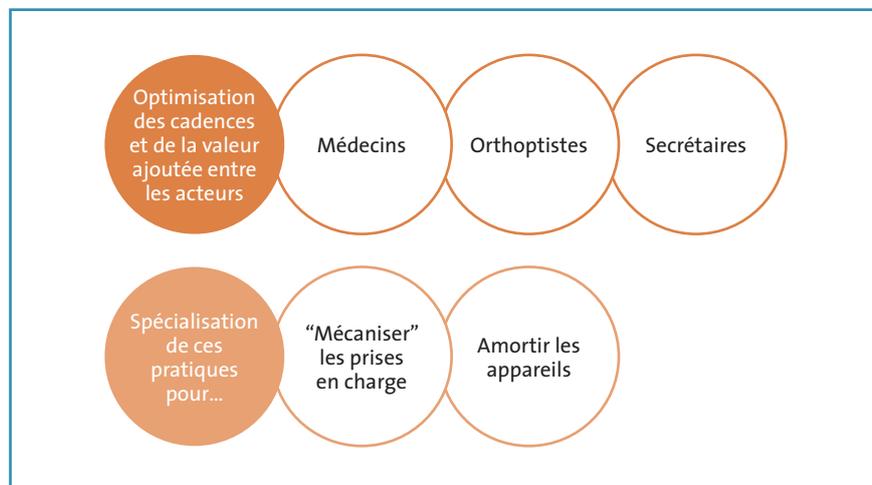


FIG. 3.

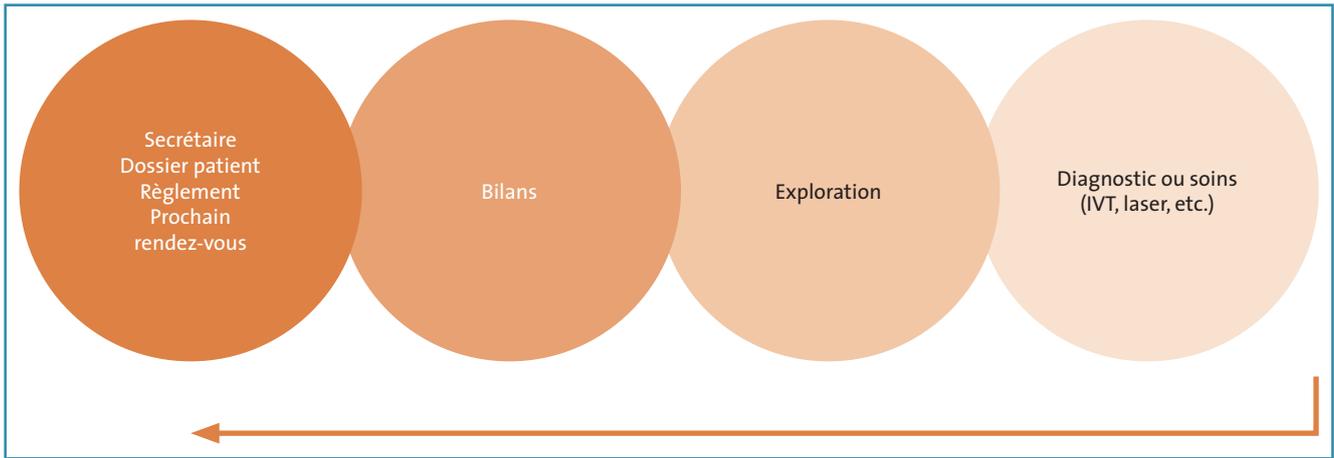


FIG. 4.

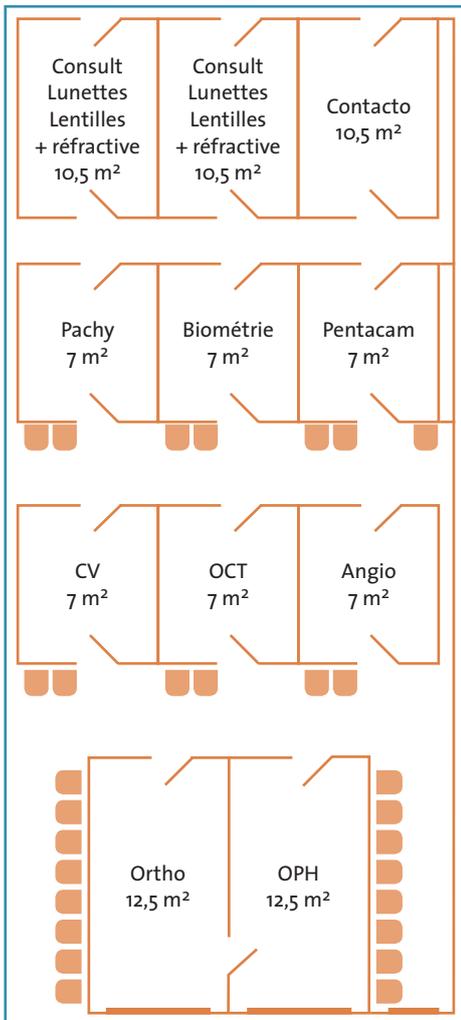


FIG. 5.

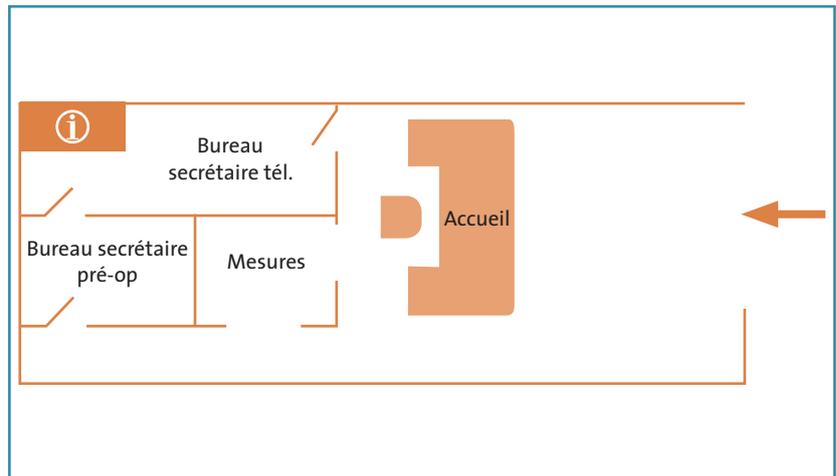


FIG. 6.

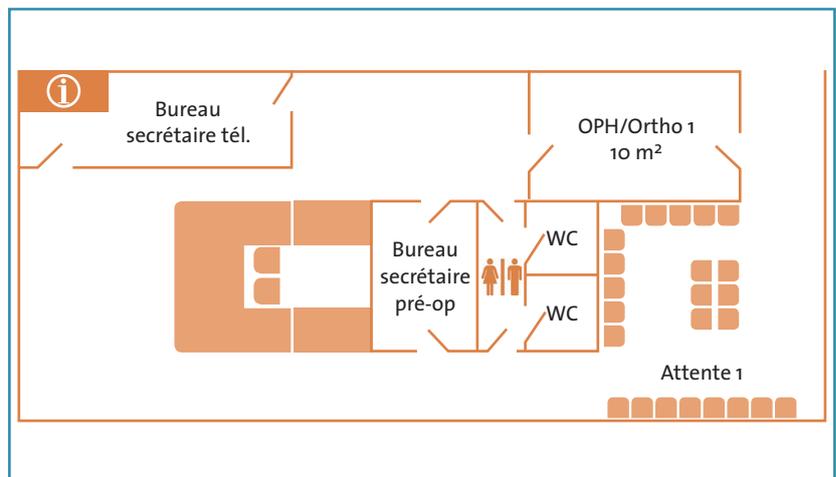


FIG. 7.

plus avant), la vétusté et propreté des locaux, la prise en charge de l'attente sont autant de paramètres non médicaux mais susceptibles de participer significativement à la réputation du centre et des médecins qui y consultent.

Aussi, il conviendra d'apporter un soin particulier à la décoration générale du centre: matières et couleurs de qualité sans être ostentatoires, mobilier design sans excès, photos ou peintures dépendant du goût des praticiens, être très attentif à l'éclairage (éclairage indirect, chaleureux).

Point particulier de la salle d'attente: privilégier des fauteuils confortables, pratiques d'entretien et bien dessinés (pas forcément chers). Ne pas hésiter à prévoir des écrans vidéo ou de la musique (ambiance ou classique).

Entretien et tenue des locaux: propreté irréprochable, revues des salles d'attente changées dès que possible... (*fig. 8*).

Le *standing* des locaux est la signature du centre, cela reflète:

- la cohérence avec l'univers technologique,
- la cohérence avec le prix des prestations médicales.

3. Organisation des équipes

Le centre d'ophtalmologie devient rapidement une petite PME avec au minimum 2 à 3 salariés non médicaux. Dès lors, le praticien ne peut échapper à la gestion de ces "ressources humaines". Si le rôle des orthoptistes paraît plus facile à cadrer pour un médecin, de par la dimension technique de la fonction, la maîtrise de la performance de la secrétaire semble moins aisée à appréhender (*fig. 9*).

La secrétaire est l'ambassadrice du parcours patient dans lequel on croisera aussi des orthoptistes. Dans ces fonc-

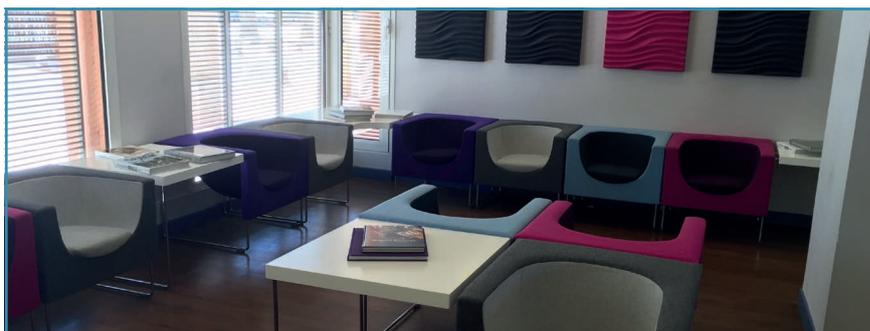


FIG. 8.

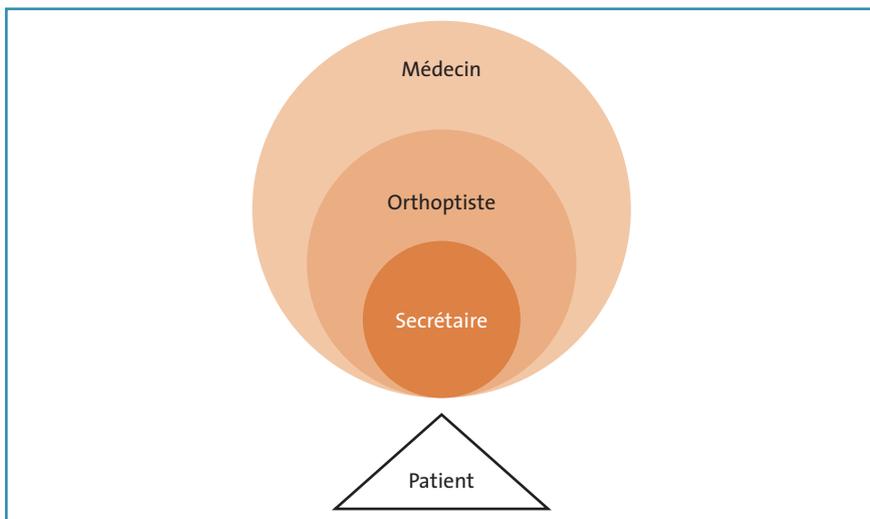


FIG. 9.

tions exposées, la dimension comportementale est fondamentale.

La maîtrise du comportement professionnel est **obligatoire**, et s'obtient par la formation continue et le management.

Au-delà de 2 à 3 praticiens exerçant sur un même centre, l'équipe peut dépasser rapidement les 10 personnes. Dès lors, la bonne gestion de l'organisation humaine doit impérativement être déléguée à un **manager de centre**.

Véritable interface entre les médecins (actionnaires et utilisateurs du plateau) et les équipes, cette fonction – nouvellement mise en place en cabinet – est chargée non seulement de:

- la planification des équipes

– et la gestion des RH (entretien d'évaluation, contrôle, anticipation des besoins en effectifs...),

- mais également:
- de l'optimisation parcours patient et la tenue des locaux,
 - des achats,
 - des dossiers sensibles du centre,
 - de la gestion de la visibilité du centre,
 - des tableaux de bord d'activité,
 - une structuration indispensable garantissant confort de travail et professionnalisme de gestion.

4. L'organisation du réseau de prescription

Dernier volet d'un système d'organisation efficace, l'objectif est bien de garan-

tir une alimentation ciblée de l'activité du cabinet au moment où la pénurie de praticiens s'accroît dans la catégorie des ophtalmologistes de consultations uniquement, non remplacés après leur départ en retraite.

Pourtant, la gestion du réseau de correspondants est encore trop souvent négligée par manque de temps, ou par une certaine pudeur confraternelle. En dépassant ces freins, le praticien pourrait sécuriser son activité tout en confortant légitimement sa vocation médicale au sein de son bassin sanitaire. À condition, là encore, de se plier à une certaine discipline :

Travailler la visibilité du centre (fig. 10)

⌵	Mise en évidence des caractéristiques du centre
⌵	Nom et logo du centre
⌵	Plaquettes
⌵	Site internet
⌵	Courrier

FIG. 10.

Mobiliser les correspondants existants (fig. 11)

⌵	Organisation de rencontres locales : inauguration du centre, etc.
⌵	Partage d'expérience : EPU, congrès locaux, etc.

FIG. 11.

Rechercher et installer de nouveaux correspondants (fig. 12)

⌵	Départs en retraite
⌵	Couverture de déserts médicaux
⌵	Renfort dans l'équipe existante
⌵	Modalités de collaboration
⌵	Intégration du nouvel installé

FIG. 12.

Mobiliser les autres relais santé du patient (fig. 13)

⌵	Médecin généraliste
⌵	Médecin du travail
⌵	Médecin coordonnateur EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
⌵	Pharmacien
⌵	Opticien
⌵	Organisation de rencontres Campagnes de dépistage, staffs...

FIG. 13.

Médecin ET entrepreneur, l'ophtalmologiste doit assumer l'ensemble du spectre des fonctions d'un manager. Il doit en prendre conscience et adapter son organisation, sa posture et ses priorités.

L'objectif étant de "s'organiser plus pour travailler... mieux".

Jean-Marc Charpin est président de la société Nouvelles Trajectoires :

- accompagnement de projet : organisation, logistique et marketing médical ;
- recrutement : de praticiens, d'assistants et de managers d'unités médicales ;
- formation : évolution du savoir-être professionnel (à destination des praticiens et de leur équipe).

Dans la filière Santé, Nouvelles Trajectoires intervient quasi exclusivement en ophtalmologie.



231, rue Saint-Honoré
75001 Paris
Tél. 01 84 16 49 43

Espace Pitot
30, place Jacques-Mirouze
34000 Montpellier

Contact : Jean-Marc Charpin :
Tél. +33 7 86 27 63 08
jm.charpin@nouvelles-trajectoires.com

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Les écueils à éviter dans le travail en groupe : l'avis du juriste

→ Olivier SMALLWOOD

La mise en place de regroupements entre plusieurs professionnels de santé s'est considérablement développée ces dernières années. Il est estimé que plus d'un médecin sur deux, généraliste ou spécialiste, privilégie aujourd'hui l'exercice en groupe à l'exercice individuel. Les médecins ophtalmologistes s'inscrivent bien évidemment dans cette réalité¹ – qu'ils entament leur carrière ou qu'ils soient plus expérimentés – dès lors que le rapprochement de ces professionnels présente, à l'évidence, de nombreux intérêts. Ces intérêts sont bien sûr d'ordre économique (par la mutualisation de moyens, de ressources, par le gain de productivité...).

Mais le travail en groupe favorise aussi, et surtout, l'organisation collective du temps de travail et des remplacements, permettant notamment d'assurer la continuité des soins. Il s'affirme donc comme un facteur de qualité des soins, le rapprochement permettant l'échange, la confrontation des idées, le partage du savoir-faire, voire la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Une organisation regroupée sera, en outre, un des éléments de réponse à la problématique de l'isolement dont souffrent certains praticiens qui exercent seuls.

Pour autant, le travail en groupe peut être source de difficultés, et parfois

générateur de conflits. Le choix de ses partenaires est évidemment déterminant, car c'est le respect, la confiance envers ses confrères et la capacité à travailler ensemble qui permettront de bâtir une configuration pérenne. Mais, au-delà, la complexité et la technicité des montages juridiques et fiscaux qui peuvent être institués impliquent, d'une part, de bien définir les objectifs poursuivis et "l'esprit" que l'on veut donner à ce partenariat (cf. infra) et, d'autre part, de faire preuve d'une certaine, voire d'une nécessaire, prudence dans sa formalisation (cf. infra).

La définition d'objectifs clairs et conformes à l'esprit du partenariat envisagé

Sur le principe, les médecins peuvent développer des partenariats privilégiés avec certains de leurs confrères, sans pour autant prendre la peine de les formaliser. La seule limite à l'existence de ces "relations de fait" tient dans le respect des règles fondamentales que sont l'indépendance professionnelle et le libre choix des patients. L'exercice de la médecine "en groupe" exige, en revanche, une formalisation nécessaire². Mais cette formalisation ne doit jamais constituer le point de départ de la réflexion. Elle n'en est que l'aboutissement, la retranscription.

La formalisation de la configuration choisie apparaît en effet accessoire ou, plus précisément, secondaire, puisqu'elle ne peut être envisagée qu'à partir du moment où les professionnels concernés ont clairement défini les objectifs poursuivis, à partir de leurs besoins et en tenant compte de leurs expériences passées, de leurs craintes et de leur demande légitime de lisibilité. Tout repose donc sur "l'esprit" que les professionnels entendent donner à leur projet, et sur le degré de partenariat souhaité.

1. Le rapprochement pour mutualiser des moyens

Mutualiser des moyens, réaliser des économies d'échelle – en partageant par exemple des locaux, en envisageant des recrutements en commun – constitue un objectif commun à tout mode de rapprochement, tout en présentant la particularité de préserver l'autonomie et l'indépendance de chacun. Mais, même dans cette configuration peu intégrante, la définition d'objectifs précis s'imposera pour identifier la formalisation la plus adaptée, qui pourra être une simple relation contractuelle (convention de moyens ou de coopération), ou aller jusqu'à la création d'une entité juridique dédiée (société civile de moyens, société civile immobilière...).

¹ Les statistiques DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2009 indiquaient déjà que 52,4 % des ophtalmologistes libéraux exerçaient en groupe ou en société.

² Il s'agit d'ailleurs d'une obligation légale, ainsi qu'il ressort de l'article L4113-9 du Code de la santé publique.

Points forts

- Établir un projet commun fondé sur des objectifs clairs et préalablement définis.
- Établir une configuration équilibrée au regard des positionnements de chacun.
- Formaliser sans rigidifier les rapports humains.
- Communiquer et savoir s'adapter, quel que soit le montage juridique.

Le cumul de plusieurs supports pourra d'ailleurs être envisagé, en n'omettant pas de porter une attention particulière, d'une part, à l'absence de contradiction ou d'incohérence entre ceux-ci et, d'autre part, au fait que ces supports n'ont pas vocation à permettre ou organiser l'exercice en commun de la profession d'ophtalmologiste (un contrat d'exercice en commun devant, le cas échéant, être envisagé en sus).

2. Le rapprochement pour exercer en groupe

Au-delà de la mutualisation des moyens et des charges, les ophtalmologistes peuvent envisager un cadre de partenariat plus intégré, qui permettra un exercice commun de leur discipline sous la forme d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral. Une fois encore, le choix de la forme sociale la plus adaptée dépendra de la nature des objectifs poursuivis. En ce sens, et sans dresser une présentation exhaustive des caractéristiques de ces formes sociales dans le cadre de la présente contribution, certaines de leurs particularités seront déterminantes. À cet égard, la spécificité de la société d'exercice libéral tiendra essentiellement dans la composition de son capital. D'autres personnes que les médecins exerçant au sein de la société pourront notamment, sous certaines conditions, procéder à des apports (une telle structure sera par exemple privilégiée lorsque les praticiens souhaiteront s'associer à des partenaires financiers). Les conséquences fiscales du montage

retenu, tant au plan de la société qu'au plan individuel, devront également faire l'objet d'une attention particulière.

Ici encore, la création d'une structure dédiée pour porter l'exercice en commun ne sera pas exclusive, le cas échéant, de la mise en place d'autres sociétés (société civile immobilière par exemple), et/ou d'autres contrats permettant le développement de partenariats moins intégrés (contrat de collaboration médicale par exemple).

Le choix d'une configuration adaptée quel que soit le montage juridique mis en place

Quel que soit le montage juridique et fiscal mis en place pour permettre l'exercice en commun de plusieurs ophtalmologistes, à partir d'objectifs préalablement définis, force est de constater que le rapprochement opéré ne pourra s'inscrire valablement dans la durée qu'à la condition que certaines précautions aient été prises ou, à tout le moins, aient été réfléchies. Concrètement, il s'agira de poser les bonnes questions au bon moment.

1. La recherche d'un juste équilibre dans l'exercice en groupe

La création d'une société d'exercice supposant que chaque associé effectue des apports, il est toujours problématique de déterminer le "juste" positionnement de chacun. La question de

l'équilibre entre les différents associés doit donc être clairement posée, pour éviter la mise en place d'une configuration qui ne serait pas le reflet des volontés ou des capacités de chacun. Les modalités de réalisation de ces apports pourront d'ailleurs tenir compte du parcours de chacun, de l'âge, de l'ampleur de la patientèle et/ou de la quantité de travail fournie. Le recours aux apports en industrie (sous réserve que la forme sociale le permette) peut également présenter un intérêt, notamment pour les plus jeunes, car l'exercice en groupe perd tout son sens si l'un de ses membres est accablé par le poids des emprunts bancaires.

Il est donc souvent conseillé – au-delà des dispositions devant nécessairement figurer dans les statuts sociaux – de prévoir des dispositions complémentaires, sur les modalités de versement des apports, sur la rémunération des associés... dans un règlement intérieur spécifique.

Le dispositif institué doit ainsi tenir compte des besoins et ambitions de chacun, notamment sur la question du volume de travail à fournir, en identifiant les conséquences qui en résultent en matière de répartition des dividendes et sans nécessairement s'attacher à une répartition "à parts égales", ainsi qu'il est souvent constaté.

La détermination non seulement d'une configuration équilibrée, mais également d'une répartition claire des fonctions de chacun au sein du groupe, sera assurément un facteur de prévention des différends entre associés. Il est souvent constaté, en effet, que les causes de blocage, voire de remise en cause de l'exercice en groupe, proviennent d'une rupture de l'équilibre institué entre les associés, même si des situations ou événements personnels peuvent également en être à l'origine. La détermination de modalités de résolution des blocages claires et non ambiguës (impliquant par

exemple le recours à la conciliation ou la médiation préalable), ainsi que des modalités de sortie d'un ou de plusieurs associés et leur éventuelle réinstallation, lorsque le dialogue n'aura pas permis de maintenir en l'état la configuration mise en place, apparaît donc déterminante.

2. L'importance de ne pas s'enfermer dans un cadre trop rigide

Si l'encadrement juridique des relations est indispensable au sein du groupe, le formalisme mis en place ne doit toutefois pas emporter une rigidification trop poussée. Le dispositif doit être sécurisé et sécurisant, certes, mais doit laisser place à la bonne intelligence de chacun. Les supports juri-

diques élaborés doivent donc, autant que possible, n'être que la retranscription d'éléments de réponse relevant du bon sens. Ces supports devront être complets, mais tout en faisant preuve de souplesse et d'adaptabilité. La clé de la réussite du travail en groupe réside, en tout état de cause, dans la communication entre ses membres et dans la volonté de résoudre en bonne intelligence les situations de désaccords qui peuvent survenir. Ainsi, même en présence d'un cadre juridique ambigu, le dialogue pourra permettre de faire face aux difficultés auxquelles le groupe est confronté. À l'inverse, en cas de rupture du dialogue, l'échec du groupe sera inévitable, même si la contractualisation des rapports permettrait d'en limiter les dégâts.

[Conclusion

La formalisation juridique des relations développées entre associés doit, d'une part, permettre de répondre fidèlement aux attentes, souhaits et capacités de chacun et, d'autre part, faire primer l'intérêt supérieur de l'association (et le cas échéant de la structure juridique mise en place), dont la dynamique ne doit pouvoir être affectée ni par un de ses membres ni par un tiers.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Enjeux de l'équilibre comptable et financier de l'activité

→ Jean-Marc CHARPIN, Fabrice GOUDARD

L'exercice en libéral pour un médecin ophtalmologiste souhaitant s'installer à titre individuel ou en groupe, avec ou sans partage d'honoraires, lui offre une autonomie que peu d'autres modes d'exercice autorisent. Il s'offre ainsi la possibilité de mettre en œuvre son projet médical avec pour corollaire l'établissement d'un *business plan* sur 3 ans, qui a pour objectif de valider la pertinence du projet dans toutes ses composantes (*fig. 1*).

Cependant, il exige au préalable, de la part du professionnel, une réflexion approfondie et une forte motivation sur les opportunités et la faisabilité de son projet d'installation en lien avec son environnement familial et professionnel. Les démarches administratives sont de plus en plus complexes, régulièrement modifiées par les évolutions réglementaires et réformes du système de santé. Les professionnels qui s'installent sont invités à anticiper ces contraintes qui sont susceptibles d'alourdir des journées de travail bien remplies. Le rôle de l'expert-comptable

est d'accompagner le médecin ophtalmologiste qui a mis en œuvre son projet médical dans son choix d'exercice libéral, en intégrant les facteurs psychologiques et financiers tout en s'appuyant sur les outils d'aide à la décision dont il dispose (budget prévisionnel d'exploitation, plan de financement, budget de trésorerie...).

Comment préparer son installation ou son association ?

Préparer son installation ou association en libéral nécessite une bonne organisation et anticipation des contraintes comptables, fiscales, juridiques et patrimoniales liées à la fonction, sans pour autant perdre sa disponibilité pour son exercice professionnel.

Les études médicales ne préparent pas à la gestion entrepreneuriale dans le cursus de formation du professionnel de santé. Dans son parcours d'installation, le médecin devra intégrer toutes les problématiques du management (finances,

gestion, ressources humaines, juridique, comptabilité, fiscalité...) en lien avec ses conseils (avocats, notaires, assureurs, banquiers, experts-comptables et autres consultants).

La première étape de l'établissement d'un *business plan* est de pouvoir déterminer le plus précisément possible les besoins d'investissement et les financements à mettre en œuvre :

>>> Choix du local : location ou achat en incluant les frais d'agence, frais de notaire et garanties (dépôt de garantie en cas de location).

>>> Acquisition le cas échéant d'un droit de présentation de patientèle.

>>> Aménagements et travaux : plateau technique avec box d'examen, bureau de consultation, salle d'attente et banque d'accueil, équipements de climatisation, sécurité incendie, accessibilité aux personnes handicapées.

>>> Matériel médical spécifique et mobilier pour le plateau technique, équipement informatique et téléphonie, etc. L'exercice en ophtalmologie nécessite de nombreux appareils de pointe, qui requièrent un renouvellement fréquent. Ainsi, l'achat du matériel de base s'élève en moyenne de 500 K€ à 700 K€ hors équipement chirurgical, selon les spécificités du plateau technique.

>>> Frais juridiques et comptables liés à l'installation (statuts SEL [Société

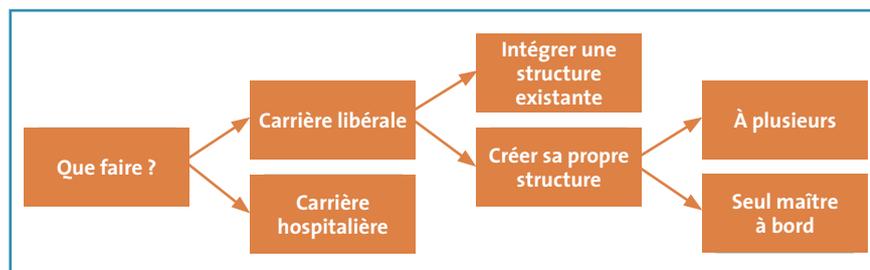


FIG. 1.

Points forts

- L'installation ou la gestion d'un cabinet implique de fortes contraintes administratives, juridiques, comptables.
- La gestion comptable, son optimisation, la réalisation d'un budget prévisionnel (*business plan*) sont au cœur du fonctionnement de l'entreprise médicale et de sa viabilité.
- L'expert-comptable assure un rôle technique, mais doit pouvoir être un conseil en matière de fonctionnement et d'investissement.

d'exercice libéral], SCM [Société civile de moyens], SCI [Société civile immobilière]..., établissement du budget prévisionnel, honoraires d'accompagnement à la création).

>>> Le cas échéant, les frais de recrutement d'un responsable de centre, secrétaires, orthoptistes et infirmières.

>>> En outre, il est nécessaire de prévoir un besoin en fonds de roulement, c'est-à-dire des liquidités nécessaires pour le règlement des dépenses courantes de démarrage et assurer un revenu le temps de recevoir les recettes correspondantes. Ces besoins d'investissement devront être couverts par des financements :

- aides (à l'installation...) et fonds propres (apports personnels, prêts familiaux ou dons);
- emprunt bancaire classique à moyen et long terme intégrant les intérêts, frais de dossier, garanties et assurances sur prêts dont la durée est variable selon les financements demandés: durée de 3 à 5 ans pour le financement du besoin en fonds de roulement, de 5 à 6 ans pour le matériel médical, de 8 à 10 ans pour les travaux d'aménagement et de 15 à 20 ans pour le local professionnel;
- crédits baux uniquement pour le matériel médical et mobilier, consistant à mettre à disposition un matériel neuf moyennant un engagement de location de 4 à 6 ans avec, à l'expiration du contrat, la possibilité d'acheter le matériel loué moyennant une valeur résiduelle à un prix fixé au départ (souvent 1 % de la valeur du matériel).

Cette formule est généralement plus onéreuse que l'emprunt classique. Il conviendra de négocier avec la banque ses éventuelles demandes complémentaires de garantie, notamment des cautions personnelles

Établir un budget prévisionnel ou *business plan* (fig. 2)

Il conviendra dans un premier temps de pouvoir appréhender ses recettes. La courbe de croissance des recettes est généralement rapide en ophtalmologie, la courbe moyenne d'activité étant

atteinte généralement dès la deuxième année. Cependant, elle est susceptible de varier significativement selon le tarif des honoraires pratiqués, l'exercice d'une activité chirurgicale en tenant compte de la redevance à reverser aux cliniques et en fonction du nombre d'actes et du volume d'activité qui sera consacré à l'activité libérale.

La pertinence du *business plan* repose en grande partie sur l'attention qui sera apportée à la projection des recettes prévisionnelles sur 3 ans, en fonction des vacations ouvertes de consultations ou d'exams spécialisés avec ou sans travail aidé, de l'activité chirurgicale et par l'utilisation de médecins remplaçants permettant de couvrir les frais fixes du cabinet en cas d'absence. Les charges d'activité vont évoluer selon la montée en puissance de l'activité.

Ces dépenses peuvent être réparties comme suit :

- les charges fixes de structure: loyers et charges locatives, charges d'aménagement du plateau technique, chauffage, eau, gaz, électricité;

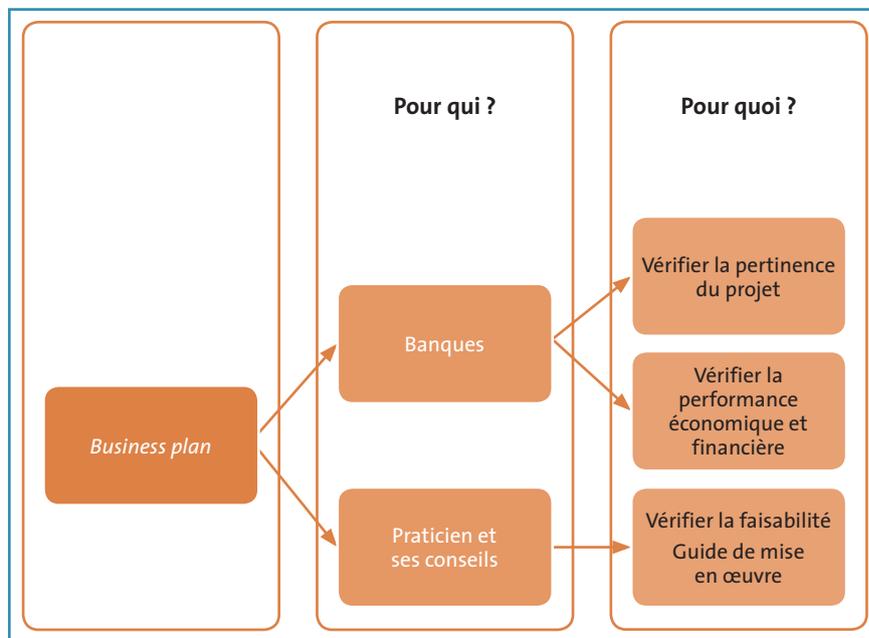


FIG. 2.

– les charges de matériel: crédits baux pour les équipements médicaux et informatiques;
 – les charges de personnel: responsable de centre, secrétaires, orthoptistes, infirmière, comprenant les salaires nets et charges sociales et fiscales (taxe sur les salaires, taxe formation continue...);
 – autres charges: honoraires, entretien et réparation matériel et mobilier, petit outillage, frais de déplacement et de congrès, cotisations syndicales et professionnelles, assurances, consom-

mables de produits laboratoires, contribution économique territoriale, frais financiers.

Le revenu net disponible correspond à une estimation de la trésorerie nette dégagée par l'activité du cabinet avant rémunération du médecin. Il doit être à la hauteur du train de vie du médecin et lui permettre de régler son impôt sur le revenu. Il est intéressant de comparer ce disponible au montant du revenu annuel (charges sociales comprises)

souhaité par le praticien, et ainsi lui permettre de choisir un statut juridique et fiscal le plus optimisé en exercice individuel ou en société.

Comment présenter son business plan? (fig. 3)

Choisir de s'installer ou rejoindre une structure après un remplacement ou une collaboration, pour compléter sa formation et apprendre à gérer un cabi-

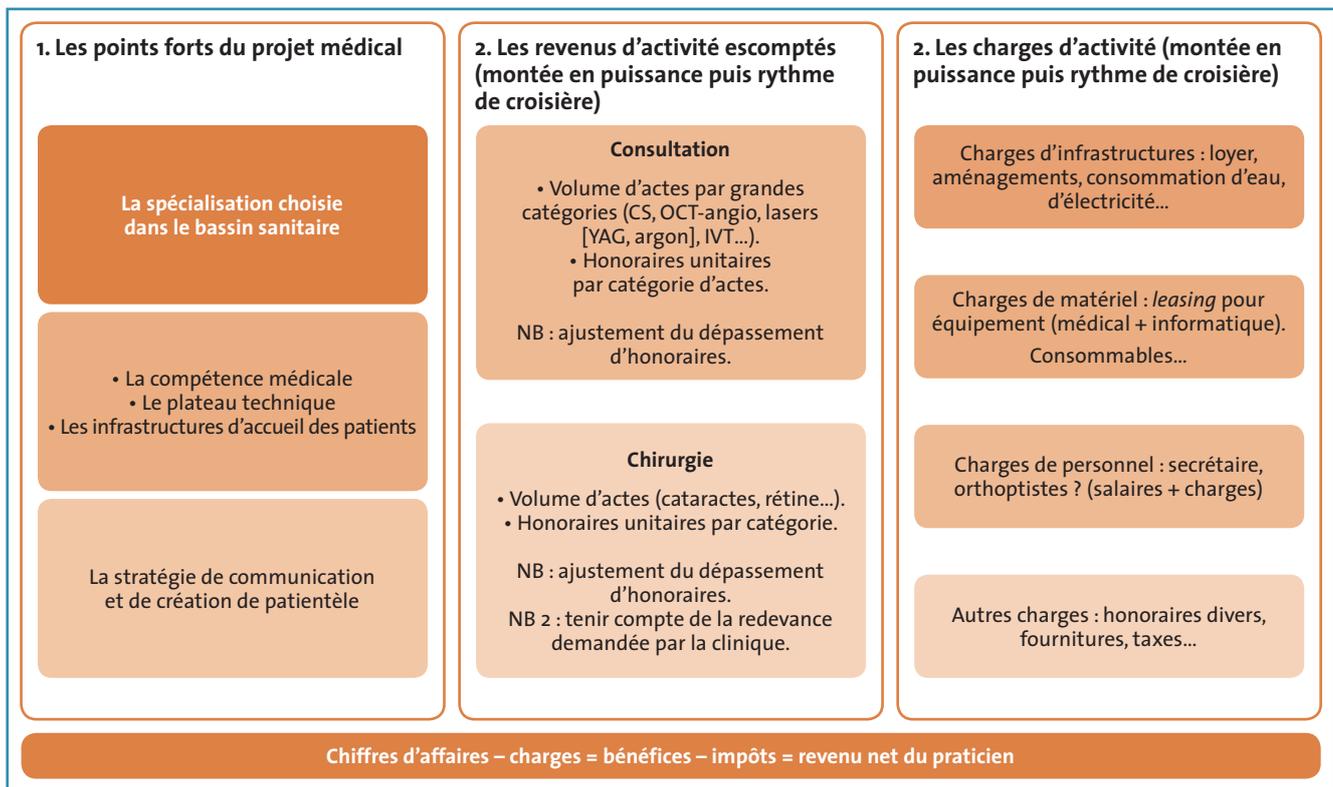


FIG. 3.

	Seul	Associé
Lancement d'activité	Prise de risque total : investissement matériel + infrastructure + salariés.	Risque maîtrisé mais négociation des conditions d'entrée.
Développement d'activité	Grande liberté d'orientation ou de diversification de son activité.	Périmètre limité par le bon vouloir des associés.
Rupture ou arrêt d'activité	En cas de départ en retraite : quid de la reprise du cabinet ?	En cas de rupture : négociations toujours complexes (valorisation des parts, clause de non-concurrence...).
Attention	Forme de la société à créer.	Statuts de la société où l'on va s'associer.

TABLEAU I.

net, répond à l'aspiration de la plupart des praticiens (**tableau I**). Cependant, la dimension managériale nécessaire à l'installation ou à la reprise d'un cabinet est souvent sous-estimée, car l'organisation de la gestion du plateau technique, l'optimisation des compétences des salariés et la gestion du "flux patients" peuvent permettre d'accroître

significativement la productivité dans la prise en charge des patients et les revenus générés par l'activité. L'exercice en groupe est de plus en plus plébiscité par les médecins ophtalmologistes qui en font souvent un choix prioritaire de leur installation. Il présente en effet de nombreux avantages, notamment pour la continuité des soins, la mutualisa-

tion de la gestion du personnel et des tâches administratives, la réalisation d'un planning commun et les remplacements.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Les nécessités de l'assurance RCP et de la prévoyance

→ Valérie CORDONNIER, Bernard DEGUIRAUD

Pour protéger au mieux votre activité professionnelle et votre vie personnelle, les assurances de Responsabilité civile professionnelle (RCP) et de Prévoyance sont indispensables.

La responsabilité civile professionnelle

1. Une assurance obligatoire

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a posé les principes généraux de la responsabilité des professionnels de santé :

- ils ne sont responsables des conséquences dommageables de leurs actes qu'en cas de faute (article L1142-1 du Code de la santé publique) ;
- obligation d'assurance de Responsabilité civile professionnelle pour les libéraux (article L1142-2 du Code de la santé publique) ;
- prise en charge du sinistre par l'assureur dont le contrat est en cours au moment de la première réclamation (article L251-2 du Code des assurances).

Les médecins ophtalmologistes exerçant en libéral, qu'ils soient installés ou remplaçants, doivent donc souscrire personnellement un contrat d'assurance de RCP.

2. L'objet de la garantie RCP

Au cours de sa vie professionnelle, un médecin ophtalmologiste peut être mis en cause par un patient ou ses proches

devant les juridictions civiles, pénales et disciplinaires, ou les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).

La garantie RCP a pour but d'assurer **votre défense** et – lorsque votre responsabilité est engagée suite à un acte de soins, de prévention ou de diagnostic – de **prendre en charge le préjudice subi par un patient**, mais aussi le remboursement des sommes engagées par les "tiers payeurs" (caisses de Sécurité sociale, État, employeurs, mutuelles complémentaires, assureurs).

Les montants de garantie sont élevés (dans la limite de 15 millions d'euros par année d'assurance) :

- jusqu'à 8 millions d'euros par sinistre en cas de dommages corporels et immatériels consécutifs à un dommage corporel garanti ;
- jusqu'à 300 000 € par sinistre en cas de dommages matériels et immatériels consécutifs à un dommage matériel garanti.

3. La souscription du contrat

Lors de la souscription de votre contrat, vous devez déclarer votre mode d'exercice (en cabinet seul ou avec d'autres associés, avec un orthoptiste...), votre statut (libéral installé ou remplaçant, avec vacations salariées...) et les actes que vous pratiquez (chirurgie et actes esthétiques notamment). De même, si vous exercez des activités complémentaires telles que les expertises, des formations professionnelles, ou du

téléconseil sur un site internet, il faut le signaler à votre assureur. Ainsi, votre contrat sera parfaitement adapté à votre activité professionnelle, et vous exercerez en toute sérénité.

4. Les particularités de la gestion des sinistres de responsabilité médicale

En 2014, les 4 450 ophtalmologistes sociétaires de la MACSF (Mutuelle d'assurances du corps de santé français), dont 4 003 libéraux, ont adressé 203 déclarations (245 en 2013), dont 201 en exercice libéral (242 en 2013), soit une sinistralité de 5 % en activité libérale (5,9 % en 2013).

Nous constatons une augmentation relative des petits dossiers avec réclamations pour erreur de prescription de verres ou de lentilles (18) et un faible nombre de dossiers mais avec préjudices très élevés en chirurgie réfractive (25) touchant des patients jeunes en pleine activité professionnelle. La majorité des dossiers (85 soit 42 % des mises en cause) concernent toujours la chirurgie de la cataracte avec ses aléas (*fig. 1*).

En cas de réclamation d'un patient, c'est **l'assureur dont le contrat est en cours au moment de la première réclamation qui doit prendre en charge le sinistre**, quelle que soit la date à laquelle les faits se sont produits (article L251-2 du Code des assurances).

En pratique, cela signifie que si vous êtes destinataire d'une réclamation en

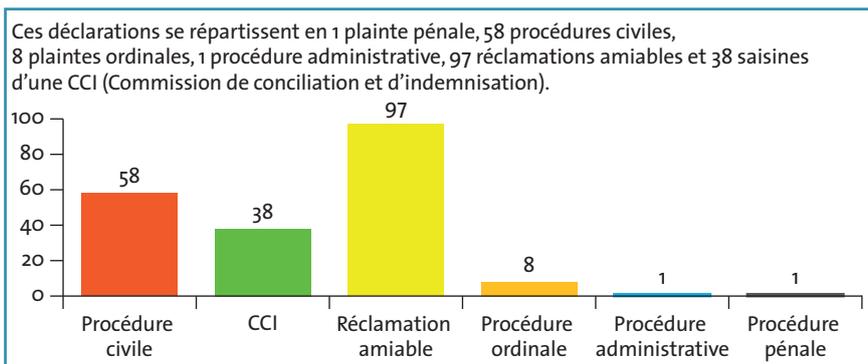


FIG. 1.

2016 pour des faits qui se sont produits en 2013, vous devez contacter la compagnie qui vous assure en 2016.

En revanche, vous pouvez être amené à contacter votre ancien assureur :
 – si vous aviez connaissance d'une réclamation d'un patient lors du changement d'assureur,
 – si votre nouveau contrat ne garantit pas les mêmes activités que l'ancien.

C'est le cas, par exemple, si l'ancien assureur vous couvrait pour une activité chirurgicale que vous avez cessée et pour laquelle vous n'êtes donc pas garanti auprès du nouvel assureur.

Ainsi, le précédent assureur doit vous maintenir sa garantie durant 5 ans à compter de la résiliation de votre contrat (fig. 2).

Mais que se passe-t-il si vous n'êtes plus assuré au moment de la réclamation ?

En cas de résiliation pour cause de départ en retraite ou de décès de l'assuré, la garantie du dernier assureur est maintenue : c'est le mécanisme de la **garantie subséquente dont la durée est de 10 ans**.

Ainsi, si un patient vous adresse une réclamation en février 2016 pour un acte que vous avez pratiqué en octobre 2013, votre dernier assureur prendra en charge ce sinistre malgré la résiliation

de votre contrat en septembre 2014 suite à votre départ en retraite (fig. 3).

En cas de réclamation au-delà des montants garantis ou après l'expiration de la garantie subséquente, le fonds de garantie prend le relais.

Ce fonds bénéficie à tous les professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux) exerçant en libéral, en cas de dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic et de soins. Il intervient pour les réclamations déposées à compter du 1^{er} janvier 2012 en cas :

- d'expiration de la garantie, notamment au-delà des 10 ans après la cessation définitive de l'activité professionnelle, c'est-à-dire lorsque vous n'êtes plus garanti par le contrat au titre de la garantie subséquente ;

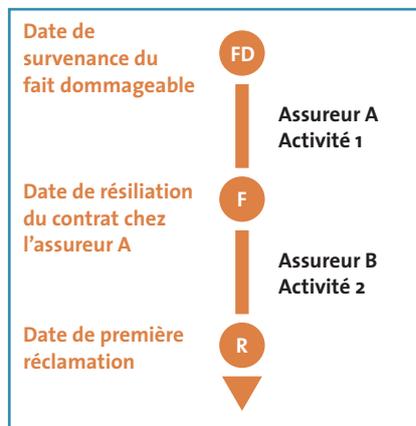


FIG. 2.

– d'épuisement de la garantie, c'est-à-dire si l'indemnité allouée au patient est supérieure aux plafonds de garantie du contrat en cours de validité.

Le fonds est alimenté par une contribution annuelle forfaitaire obligatoire des professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux) exerçant en libéral, même à titre partiel ou occasionnel.

Assimilable à une taxe, cette contribution est collectée par les assureurs RCP à l'occasion du règlement des cotisations. Son montant est de 25 € pour les médecins.

5. Le contrat RCP, c'est aussi...

La garantie **RC exploitation** est mise en œuvre si votre responsabilité est mise en cause du fait de votre activité professionnelle en dehors du contrat de soins (p. ex. en cas de chute dans la salle d'attente ou de détérioration des vêtements d'un visiteur médical).

La garantie **RC employeur**, quant à elle, vous couvre pour le cas où votre responsabilité est engagée en votre qualité d'employeur, en raison des dommages causés à vos salariés :

- faute intentionnelle d'un préposé ;
- accident du travail ou maladie professionnelle, en l'absence d'indemnisation prévue par la législation sur les

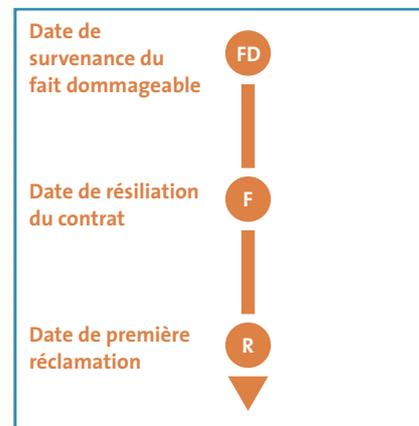


FIG. 3.

accidents du travail et sur les maladies professionnelles ;

- faute inexcusable, sanctionnant le manquement à l’obligation de sécurité de résultat vous incombant en qualité d’employeur envers vos salariés ;
- les intoxications alimentaires dont seraient victimes vos salariés à la suite de consommation de boissons ou d’aliments que vous préparez ou fournissez.

Par ailleurs, il est judicieux de compléter la garantie Responsabilité civile professionnelle par une garantie de Protection juridique (PJ).

L’assurance de PJ a été conçue pour vous aider à faire face aux conflits de la vie quotidienne, en vous informant sur vos droits et en mettant en œuvre les solutions les plus adaptées dans le cadre amiable et/ou judiciaire, en cas de litige avec un tiers (organismes sociaux et caisses de Sécurité sociale, un associé, un salarié, un voisin...).

Contrairement aux garanties de Responsabilité civile, l’assureur de Protection juridique n’indemnise aucun tiers : la prestation a pour objet **le paiement des frais de procédure** nécessaires à la protection des droits des assurés.

Lors de la souscription d’un tel contrat, soyez attentifs aux domaines d’intervention couverts (vie professionnelle et/ou vie privée... fiscalité, immobilier, déontologie, Droit du travail, Droit de la consommation...), aux montants des frais pris en charge (comparer les barèmes par juridiction), aux limites de garantie (les exclusions, les seuils d’intervention).

[La prévoyance

La prévoyance recouvre deux notions :
– la première correspond à des prestations en espèces, versées en cas de maladie ou d’accident pour compenser une perte de revenus en cas d’arrêt de

travail. Il s’agit de revenus de remplacement...

- la deuxième correspond à des prestations en nature, suite à des frais de soins de ville (médecins, dentistes...) ou en cas d’hospitalisation... en complément du remboursement de la Sécurité sociale, etc.

Dans les deux cas, les prestations réglées en prévoyance ou en santé interviennent en complément du régime obligatoire, appelé aussi régime de base.

1. Les besoins des ophtalmologistes en termes de prévoyance

La prévoyance permet donc de se couvrir contre les aléas de la vie, que ce soit à titre personnel ou professionnel.

Un aléa de la vie (un accident, une maladie), c’est souvent un arrêt de travail pendant plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, ou pire pendant plusieurs années... voire un décès. Il s’agit donc de bien anticiper les conséquences d’un tel aléa pour sa famille et soi-même.

Un arrêt de travail, quelle que soit sa durée, a plusieurs conséquences pour l’activité d’un médecin libéral :

- une perte de revenus, la poursuite des charges fixes du cabinet à payer, les mensualités de remboursements d’emprunts éventuels à verser à l’organisme de crédit pour sa résidence principale ou son local professionnel ;
- le règlement des frais de soins restant à sa charge.

Un événement plus grave, tel que le décès, a lui aussi des impacts particulièrement importants en termes de revenus pour ses proches : conjoints, enfants...

Aussi, il est important – au moment de l’installation de son cabinet – de souscrire des contrats d’assurances complémentaires prévoyance et santé

et de les mettre à jour régulièrement, pendant toute la durée de son activité professionnelle, afin de s’assurer de la bonne adéquation des contrats avec son besoin et sa situation personnelle.

Les contrats que nous conseillons de souscrire dès l’installation sont :

- le contrat de prévoyance complémentaire, pour la prise en charge de la perte de revenus et des frais fixes du cabinet ;
- le contrat complémentaire santé pour améliorer la prise en charge des frais de soins.

De plus, en fonction de ses projets privés ou professionnels, il convient de souscrire :

- l’assurance emprunteur,
- l’assurance “Associés”.

2. Le contrat de prévoyance complémentaire

Les ophtalmologistes, comme l’ensemble des médecins, bénéficient d’un régime de protection sociale obligatoire, qui leur apporte une indemnisation en cas d’arrêt de travail, d’invalidité et en cas de décès, à leur famille un capital, une rente de conjoint, voire une rente éducation.

La question est de savoir, à partir de cette indemnisation du régime obligatoire :

- quel est leur besoin de complément de revenus par rapport à ces versements ?
- quel est le montant des frais fixes qui doivent être pris en charge pour faire face à leurs engagements ?

À titre d’exemple, le régime obligatoire n’indemnise qu’à compter du 91^e jour. Or, il paraît indispensable de se couvrir pendant les 3 premiers mois d’arrêt de travail, que ce soit en termes de revenus ou de charges fixes.

Le contrat de prévoyance complémentaire doit apporter des réponses personnalisées et appropriées aux besoins des ophtalmologistes, avec quelques principes essentiels :

Points forts

- La loi Madelin permet aux professions libérales de déduire leurs cotisations de leurs revenus imposables.
- Assurez-vous que l'invalidité (ou incapacité permanente de travail) est attribuée en fonction d'un barème d'invalidité professionnelle, c'est-à-dire en fonction de la répercussion réelle de votre pathologie sur votre activité de médecin.
- Vous exercez dans un cabinet de groupe. Souscrire une assurance "Associés", c'est protéger l'exercice professionnel de votre cabinet et votre famille.

Un exemple de sinistre en incapacité de travail

Suite à une chute dans un escalier, le Docteur Dupont, ophtalmologiste, est victime d'une fracture complexe du poignet qui l'oblige à cesser son activité durant 90 jours. Réalisant un chiffre d'affaires de 120 000 €, c'est 36 000 € d'honoraires perdus pendant cet arrêt avec la poursuite du paiement de 10 000 € de charges (dont le salaire de sa secrétaire et de la femme de ménage), la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) n'intervenant pas pendant les 90 premiers jours.

Ayant couvert son bénéfice et ses charges en prévoyance complémentaire, le Docteur Dupont est indemnisé en intégralité pendant cet arrêt de travail, lui permettant de conserver ses revenus et de continuer à assurer le règlement de ses charges professionnelles (fig. 4).

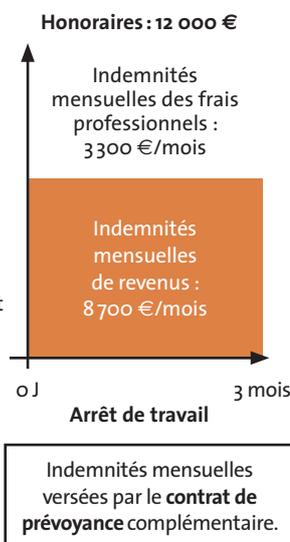


FIG. 4.

Un exemple de remboursement en dentaire

Le Docteur Dupont a souscrit un contrat complémentaire santé. Il doit se faire poser une prothèse dentaire en céramique. Ses dépenses sont de 450 €.

Son régime obligatoire prendra en charge 75,25 €, qui seront complétés à hauteur de 301 € par le contrat complémentaire santé. Il restera à sa charge 73,75 € (fig. 5).

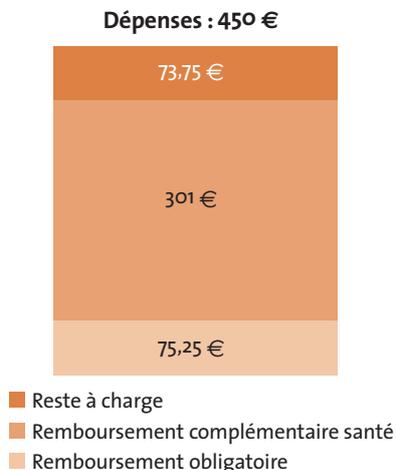


FIG. 5.

>>> Prendre en compte à la fois les risques de la vie professionnelle (perte de revenus, indemnisation des charges fixes...) et de la vie privée (capital décès, rente de conjoint, rente éducation).

>>> Assurer en cas d'arrêt de travail, qu'il s'agisse d'incapacité totale de travail, d'invalidité, un maintien du niveau de revenu dans le temps tout au long de la période d'activité professionnelle de l'installation jusqu'à la liquidation de sa retraite.

>>> Permettre le cumul emploi-retraite, qui se développe suite à la mise en place de la réforme des retraites (loi Fillon) en 2010.

>>> Bénéficier d'un barème d'invalidité professionnelle, qui tient compte des conséquences effectives de sa pathologie sur son activité professionnelle.

>>> S'assurer d'être couvert non seulement en incapacité de travail (fig. 4) mais aussi en cas d'invalidité.

3. Le contrat complémentaire santé

Il vise à couvrir les frais restants à sa charge, après la part versée par la Sécurité sociale. Son niveau d'intervention est différent suivant les postes de soins : soins de ville (médecins, auxiliaires médicaux...), hospitalisation, analyses biologiques, soins dentaires, défauts visuels, etc. Pour le dentaire et l'optique, votre complémentaire santé prend en charge une partie très importante des soins prothétiques (fig. 5) ou équipements visuels.

Pour identifier la formule d'un contrat complémentaire santé qui correspond à votre besoin, il faut s'interroger pour chaque poste sur l'importance des remboursements qui sont nécessaires : en termes de couvertures d'honoraires, d'hospitalisation, de frais dentaires et d'équipement en optique (peu important, important, très important).

De plus, regardez les actes de prévention qui sont pris en charge; ils sont le garant d'une bonne santé préservée à moyen terme.

En fonction de vos réponses, la formule adaptée à votre besoin vous sera conseillée.

Pour ces deux contrats – prévoyance et complémentaire santé – vous bénéficiez (sous certaines conditions) de déductions fiscales. En effet, les pouvoirs publics souhaitent encourager les médecins à compléter leur régime de prévoyance obligatoire.

4. L'assurance emprunteur

Les ophtalmologistes ont besoin pour leur activité professionnelle d'équipements médicaux et d'un local professionnel, pour mener à bien leur mission. Ils souhaitent aussi, à titre privé, acquérir une résidence principale, voire une résidence secondaire ou de l'immobilier locatif. Pour tous ces besoins, ache-

ter du matériel et devenir propriétaire, il est souvent nécessaire de faire appel à l'emprunt.

L'organisme prêteur demande un contrat d'assurance "emprunteur", qui vise à sécuriser la prise en charge des mensualités pendant toute la durée du prêt en cas de maladie ou d'accident, voire sécuriser sa famille en cas de décès.

Ainsi, les contrats d'assurances emprunteurs proposent des garanties en cas de décès (pour rembourser le capital restant dû) et d'incapacité de travail. En effet, dans le cas où vous ne pourriez pas exercer votre activité, en cas d'arrêt de travail par exemple, le contrat assurance emprunteur prend le relais et verse à l'organisme prêteur les mensualités.

5. L'assurance "Associés"

De plus en plus de cabinets exercent en groupe. Ils sont donc plusieurs associés au sein d'un même cabinet. Cette situa-

tion nécessite de prendre des mesures spécifiques afin de faire face à un aléa en ce qui concerne l'un des associés, celui d'un décès par exemple.

Dans ce cas, les autres associés doivent pouvoir choisir le successeur ou racheter les parts aux ayants droit du médecin décédé, ce qui représente un engagement financier lourd et totalement imprévu dans le plan de marche du cabinet.

Pour résoudre cette problématique, il existe un contrat d'assurance "Associés", qui permet à chaque associé de souscrire en fonction de ses parts dans le cabinet un capital décès, qui servira à désintéresser les ayants droit de l'associé disparu.

Les auteurs ont déclaré avoir un lien d'intérêts avec le Groupe MACSF.

NOSO : organiser le cabinet d'ophtalmologie selon des standards qualité ISO 9001

→ Gabriel QUENTEL, Ilena QUIETE

Comment organiser un cabinet d'ophtalmologie en garantissant une prise en charge de qualité du patient ? Comment favoriser la performance des équipes par un système de délégation des tâches ? Comment réduire les risques de dysfonctionnements ?

Il y a 10 ans déjà, les fondateurs de l'Association NOSO¹ ont compris que le contexte dans lequel les cabinets d'ophtalmologies évoluent entraine dans une phase de fortes mutations, qui rendait nécessaire de préparer la profession à des changements organisationnels profonds et de les accompagner. Dans ce contexte, une attention particulière devait être portée sur les méthodes de gestion des cabinets médicaux.

Aujourd'hui, ces changements sont visibles. Les formes organisationnelles qui apparaissent dans le secteur de l'ophtalmologie sont désormais nombreuses et différentes. À côté du cabinet individuel traditionnel, des associations entre plusieurs médecins ont vu le jour, avec des degrés de délégation vers les fonctions support (secrétariat et orthoptistes) plus ou moins

marqués. La pression réglementaire, la forte demande de soins et la délégation de certaines tâches aux orthoptistes impliquent de repenser les conditions dans lesquelles s'exerce le métier de l'ophtalmologiste. En plus de son rôle de praticien, il est aujourd'hui appelé à être également gestionnaire, en charge et responsable de ses collaborateurs et des actes vis-à-vis du patient. Pour ce faire, il doit avoir une vision de l'organisation qu'il souhaite mettre en place.

C'est pour accompagner ces évolutions que l'association NOSO est née. Son ambition est d'apporter un appui aux cabinets d'ophtalmologie adhérents afin de gérer de manière optimisée leur cabinet en développant une palette d'outils. Ces outils sont proposés et développés au sein du comité de pilotage de l'association, et sont parfaitement adaptés aux cabinets d'ophtalmologie par un travail conjoint entre des médecins et le cabinet de conseil partenaire, INDEO Consulting, expert en management en organisation et certifications qualité.

L'association NOSO n'a pas mis en place ces outils au hasard. Ils répondent à

des standards internationalement reconnus, réunis dans la norme de management et de gestion ISO 9001². L'association a traduit cette norme d'organisation pour permettre sa mise en œuvre spécifique pour les cabinets d'ophtalmologie, offrant ainsi à ses adhérents un référentiel leur permettant d'accéder à une synthèse des meilleures pratiques en matière de gestion et de management. L'association propose ainsi d'accompagner les cabinets d'ophtalmologie jusqu'à l'obtention de la certification ISO 9001. Ces outils et référentiels sont régulièrement mis à jour grâce au travail du comité de pilotage missionné par l'association et aux adhérents, qui ont la possibilité de remonter des questions et des suggestions permettant de faire évoluer le système.

Des principes organisationnels partagés : mettre en œuvre la démarche qualité ISO 9001 dans un cabinet d'ophtalmologie

Adhérer à NOSO et s'inscrire dans une démarche qualité va bien au-delà du

¹ L'association Nouvelle Organisation de Soins Ophtalmologiques (NOSO) est une association loi 1901 indépendante, créée en 2005 par les quatre institutions représentatives de la profession de médecins ophtalmologistes : la SFO, le SNOF, la SAFIR et la SFOALC. Elle est conduite gracieusement par un collectif d'ophtalmologistes (le comité de pilotage) et un cabinet conseil en organisation et certifications (INDEO Consulting).

² Référentiel d'organisation et de management décrivant les meilleures pratiques en termes de management et d'organisation pour qu'une organisation puisse réaliser les missions qui sont les siennes (et qu'elle s'est fixée), tout en prenant en compte la satisfaction de ses clients.

respect des exigences réglementaires, qui constitue la brique essentielle de tout cabinet d'ophtalmologie. L'adhésion à NOSO et à la démarche qualité ISO 9001 implique un socle commun de principes organisationnels partagés par l'ensemble des cabinets adhérents. NOSO incite ainsi les cabinets à développer une culture managériale selon une approche de pilotage basée sur des faits et des indicateurs, et à faire émerger ainsi une dynamique d'équipe.

Rappelons ici les quatre principes fondamentaux de gestion d'un cabinet d'ophtalmologie organisé selon ISO 9001 (fig. 1):

>>> L'écoute des parties intéressées mise en œuvre à travers une approche par processus: l'idée portée ici est que la qualité de la prise en charge du patient ne dépend pas uniquement du niveau d'expertise médicale de l'ophtalmologiste, mais également du bon fonctionnement de l'ensemble des activités du cabinet (secrétariat, orthoptistes, médecins, prestataires, autres intervenants). La qualité des soins implique une écoute

réciproque et une formalisation des modes opératoires les plus efficaces dans des processus.

>>> L'amélioration continue: les cabinets adhérents, quelle que soit leur structuration, partagent l'idée que des marges de progrès existent. Ils acceptent dès lors de se mettre dans une attitude proactive et attentive, permettant ainsi une remise en question des pratiques pour lesquelles des points d'amélioration ont été identifiés. Dans une telle démarche, l'identification, l'analyse et la prise en compte des dysfonctionnements représentent des éléments différenciants entre les cabinets en démarche qualité ISO 9001 et les cabinets non adhérents à NOSO. Une telle logique conduit à inscrire la gestion quotidienne des cabinets dans un cercle vertueux, dont bénéficient toutes les parties intéressées.

>>> Un pilotage basé sur les faits: l'association cherche à promouvoir, dans les cabinets, des modes de prise de décision basés sur des faits. C'est pour cette raison que l'association suggère

aux cabinets adhérents de mettre en place des outils de mesure permettant d'avoir un regard objectif de l'activité.

>>> La gestion des risques et leur prévention: les cabinets adhérents sont invités à prendre en considération les risques en développant une démarche préventive et de réduction à la source. Dans cette perspective, NOSO intervient en amont en sensibilisant ses adhérents à la caractérisation des risques auxquels ils peuvent être confrontés et, en aval, en s'assurant de leur prise en compte par le biais d'actions concrètes.

Ces quatre principes d'action représentent les quatre piliers partagés par l'ensemble des adhérents d'une démarche qualité ISO 9001 de NOSO. C'est pour cette raison que leur respect se situe au cœur de la mission de l'association: garantir l'obtention de la certification ISO 9001.

Comment NOSO permet aux cabinets d'être certifiés ISO 9001

La démarche collective des ophtalmologistes de NOSO permet aux adhérents d'obtenir solidairement la certification qualité ISO 9001 "pratiques de l'ophtalmologie". Lors de l'adhésion à l'association, les adhérents s'engagent ainsi à mettre en œuvre dans leur cabinet les principes de management mentionnés ci-dessus et les exigences du référentiel qualité NOSO. Pour mettre en place cette démarche, les cabinets adhérents ont accès à différents outils, notamment: un espace privé sur le site www.noso.org, un service Relation Adhérents, des plans de formation, une lettre d'information dédiée, éditée quatre fois par an.

Chaque adhérent peut ainsi poser des questions opérationnelles et compter sur l'expertise du cabinet conseil et du comité de pilotage pour obtenir

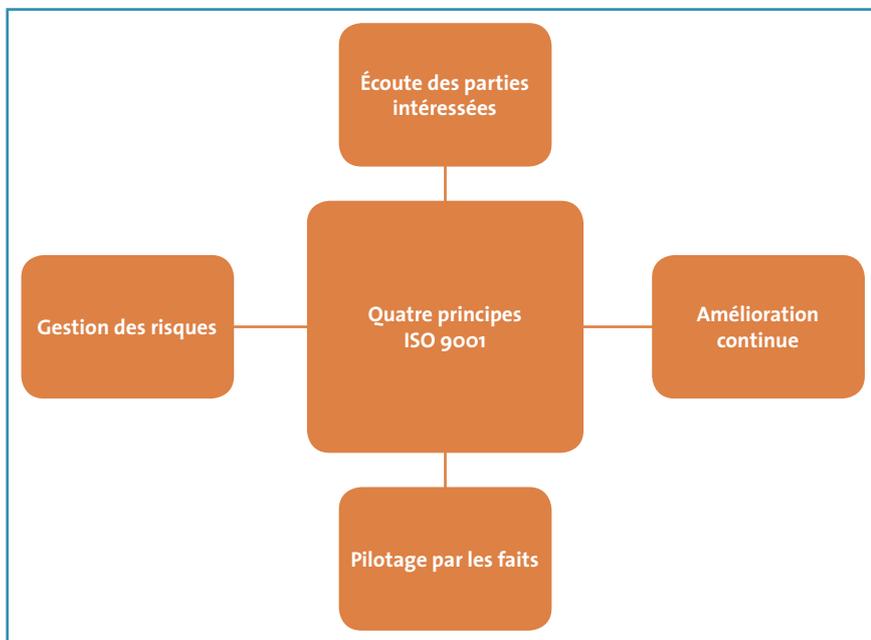


FIG. 1: Principes de management ISO 9001.

une réponse adaptée et personnalisée. En outre, NOSO étant organisme de DPC (Développement professionnel continu), la thématique de la démarche qualité et l'accompagnement des cabinets dans cette voie ont fait l'objet d'un programme DPC dédié. Dans le même ordre d'idée, des formations sont organisées pour les assistantes et les gestionnaires administratifs, avec la possibilité de bénéficier de financements. Enfin, adhérer à NOSO permet aussi de bénéficier d'une veille réglementaire et administrative. L'ensemble de ces actions contribue à développer la performance organisationnelle des cabinets en vue de la certification.

Le Bureau Veritas Certification, organisme certificateur, détermine le nombre de cabinets à auditer annuellement afin de valider la certification collective. Les adhérents choisis pour les audits font l'objet d'un accompagnement de la part de l'association pour réussir cet audit. C'est en effet sur la base des résultats de l'audit de chaque cohorte annuelle que l'intégralité des cabinets adhérents reçoit la certification ISO 9001. Pour préparer cette échéance, outre les outils mis à disposition de l'association, des audits internes – conduits par le cabinet de conseil INDEO Consulting – sont réalisés. L'objectif de l'audit interne NOSO, réalisé avec l'appui du consultant partenaire, est d'effectuer un bilan organisationnel et d'identifier le plan d'actions nécessaire pour améliorer le fonctionnement interne. Si l'audit (et le certificat ISO 9001 livré) est individuel, la démarche et le succès sont collectifs (fig. 2).

Points forts

- La pression réglementaire, la forte demande de soins et la délégation de certaines tâches aux orthoptistes impliquent de repenser les conditions dans lesquelles s'exerce le métier de l'ophtalmologiste.
- NOSO apporte un appui aux cabinets d'ophtalmologie adhérents afin de gérer, de manière optimisée, leur cabinet en développant une palette d'outils jusqu'à l'obtention de la certification ISO 9001.
- L'adhésion à NOSO et à la démarche qualité ISO 9001 implique un socle commun de principes organisationnels partagé par l'ensemble des cabinets adhérents.
- L'objectif de l'audit interne NOSO, réalisé avec l'appui du cabinet conseil partenaire, est de conseiller sur l'organisation du cabinet et d'identifier les actions nécessaires pour en améliorer le fonctionnement. Si l'audit (et le certificat ISO 9001) est individuel, la démarche et le succès sont collectifs.

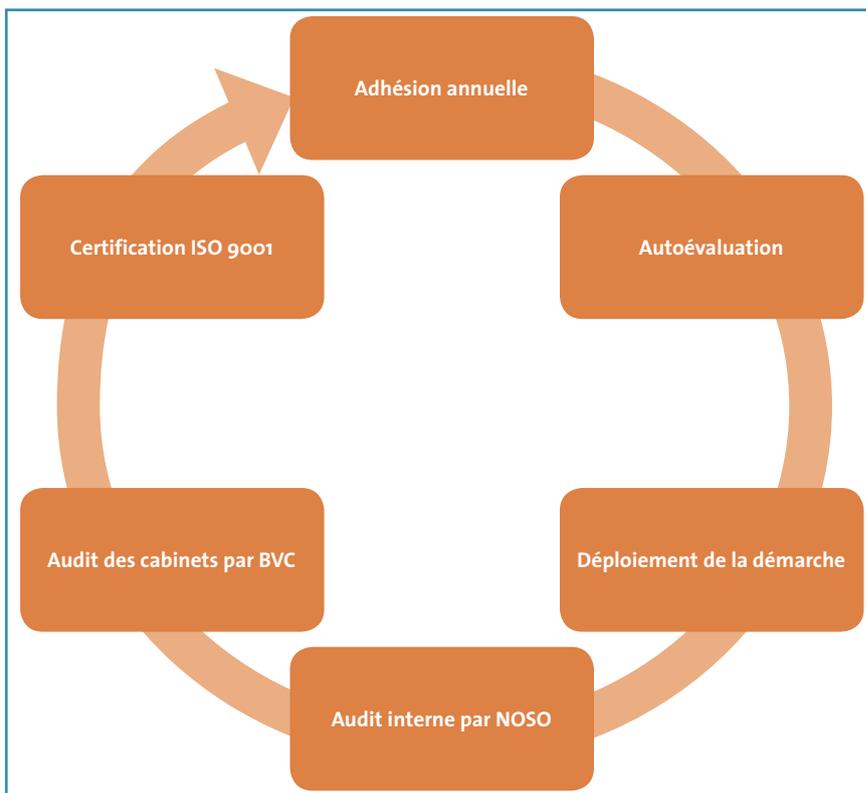


FIG. 2 : Cycle annuel de certification ISO 9001.

Pourquoi être certifiés ISO 9001 ?

Les raisons qui poussent les cabinets d'ophtalmologie à être certifiés ISO 9001 sont nombreuses et variées, selon la forme que prend le cabinet. Elles se

déclinent essentiellement autour des trois principales parties prenantes du cabinet d'ophtalmologie.

>>> En premier lieu, la certification est bénéfique à l'égard des patients. En

s'inscrivant dans une telle démarche de management, le médecin donne un signal décisif sur l'importance qu'il accorde à la qualité de la prise en charge du patient et les méthodes pour y parvenir.

>>> En deuxième lieu, la certification présente un intérêt évident à l'égard des collaborateurs parce qu'elle rend compte d'une vision managériale des médecins adhérents, vis-à-vis des collaborateurs. Pour les cabinets de taille importante, adhérer à l'association et enclencher une démarche qualité permet d'inscrire l'ensemble des équipes dans une dynamique commune.

Le référentiel NOSO donne en effet aux équipes un cadre de travail structuré et organisé, qui accélère les processus de décision et permet de standardiser au sein d'un même centre ou groupement les pratiques de plusieurs entités. Enfin, la certification constitue une reconnaissance à l'égard des pairs et des organismes de tutelles. C'est en effet l'aboutissement du travail accompli

pour mettre l'organisation à des standards hautement qualitatifs.

C'est finalement un triple atout qu'apporte la certification : un avantage managérial par un mode de gestion clair et partagé, un avantage en termes d'image relayé auprès des patients et des organismes de tutelle et enfin un avantage économique rendu possible par des pratiques managériales optimisées.

C'est au croisement de ces enjeux que se situent l'ambition et la responsabilité de l'association NOSO : renforcer la gouvernance des cabinets pour leur permettre de remplir plus sereinement encore leur mission première, délivrer des soins de qualité. C'est avec les adhérents, leurs bonnes pratiques, leurs suggestions et parfois aussi par leurs

retours d'expérience que, collectivement, nous serons meilleurs !

Vos contacts **NOSO** :

Gabriel Quentel, Président NOSO
drgquentel@orange.fr

Ilena Quiete, Dirigeante INDEO Consulting, Responsable qualité et service relation adhérent NOSO
iquiete@indeoconsulting.com

Adresse postale : association NOSO-CIL – 11, rue Antoine-Bourdelle, 75015 Paris

Site internet : www.noso.org

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le rôle d'un responsable de centre

→ Sébastien DEGOUTE, Débora LYLON

La démographie ophtalmologique se réduit, et ce phénomène va se poursuivre, alors que la demande explose notamment du fait du papy-boom, de l'allongement de l'espérance de vie et des nouvelles possibilités de prise en charge thérapeutique de nombreuses pathologies liées à l'âge. L'optimisation du fonctionnement d'un cabinet médical se place donc au centre des enjeux organisationnels. Les médecins, à de rares exceptions, ne sont ni attirés ni formés aux obligations de gestion de leur outil de travail. Comme d'autres spécialistes avant eux, (radiologues, biologistes...), de nombreux ophtalmologistes se sont regroupés, créant des structures plus complexes à gérer.

La mutualisation des moyens a ainsi justifié la création d'un nouveau maillon dans la chaîne organisationnelle : une interface pour les relations internes au sein du cabinet et externes avec l'ensemble des partenaires, un spécialiste organisationnel formé spécifiquement en gestion, finance et ressources humaines. C'est la mission du gestionnaire de centre (qui pourra porter des titres différents : directeur, responsable, manager, coordonnateur...). Il a pour fonction essentielle d'amener le centre vers l'efficacité et de dégager les praticiens de tâches qui les éloignent de la médecine. Comme nous allons le voir, il prend en charge différentes fonctions : ressources humaines, démarche qualité, organisation, relations avec les différents partenaires des médecins, prospective et finances (fig. 1).

L'organisation pratique

Deux points sont à souligner d'emblée : la fonction ne représente qu'une délégation de tâches sous couvert de l'autorité et des décisions des médecins, et elle ne rompt pas la relation directe qui peut exister entre les médecins employeurs et l'ensemble de leurs salariés. Des réunions régulières permettent aux praticiens de fixer les objectifs à court, moyen et long terme, et au directeur d'assurer un reporting de ses actions et de ses propositions.

La gestion des ressources humaines

1. La diversité des tâches du DRH (fig. 2)

Le directeur de centre, par sa position charnière entre la direction médicale

et les équipes de terrain, joue un rôle de chef d'orchestre. Au premier niveau hiérarchique, il est l'intermédiaire entre les médecins et les salariés. Manager bienveillant, il est à l'écoute, proche de ses équipes afin de contribuer à leur bien-être, la qualité de vie au travail étant l'un des premiers éléments d'attachement des salariés à leur entreprise. L'esprit d'équipe, l'appartenance, la reconnaissance font partie des attentes du personnel. Le directeur doit donc favoriser l'épanouissement et la reconnaissance de ses collaborateurs afin de les fidéliser.

La gestion des ressources humaines est l'une des fonctions principales d'un directeur de centre, elle occupe une place prépondérante au sein des cabinets. Elle se doit d'être effectuée en tenant compte de la complexité législative et réglementaire, dont l'évolution constante nécessite une veille perma-

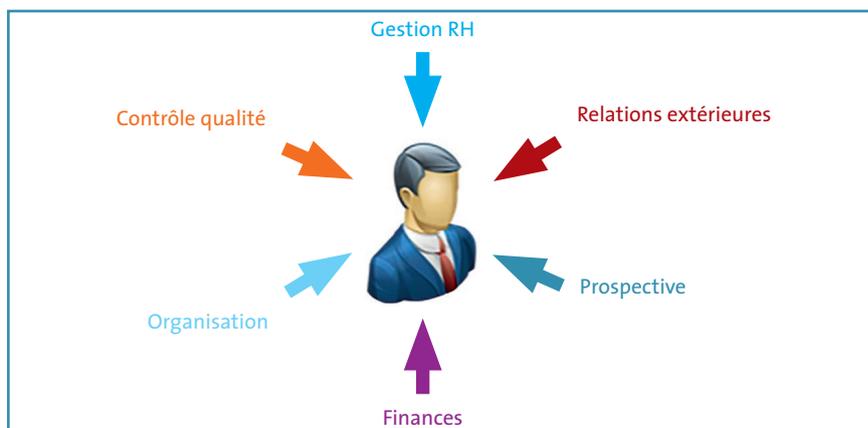


FIG. 1 : Les principales fonctions du directeur de centre.

nente. Comme les autres fonctions organisationnelles, la gestion des ressources humaines, quelle que soit la taille de l'entreprise, est la pierre angulaire d'une bonne stratégie d'entreprise. Elle se compose de plusieurs domaines d'activité, dont la diversité explique la complexité.

2. Le recrutement des collaborateurs

L'un des points fondamentaux des ressources humaines réside dans le recru-

tement de collaborateurs : s'entourer de salariés ayant les capacités requises, la personnalité recherchée, le plus en adéquation possible avec les besoins du cabinet. Ce processus, parfois négligé par manque de temps, engage pourtant l'organisation du cabinet à long terme. Le recrutement peut sembler anxiogène (peur de se tromper).

Les enjeux humains et/ou financiers sont non négligeables (coûts de l'em-

bauche, coûts de formation, coût générés par le temps passé au recrutement, encadrement...). Mais un mauvais recrutement est encore plus onéreux (renouvellement du processus de recrutement, parfois même contentieux...). Il n'est pas rare que, malgré toutes les précautions, le recrutement ne coïncide pas aux attentes. La période d'essai permet, par un suivi précis, d'apprécier au mieux les compétences d'un nouveau collaborateur.

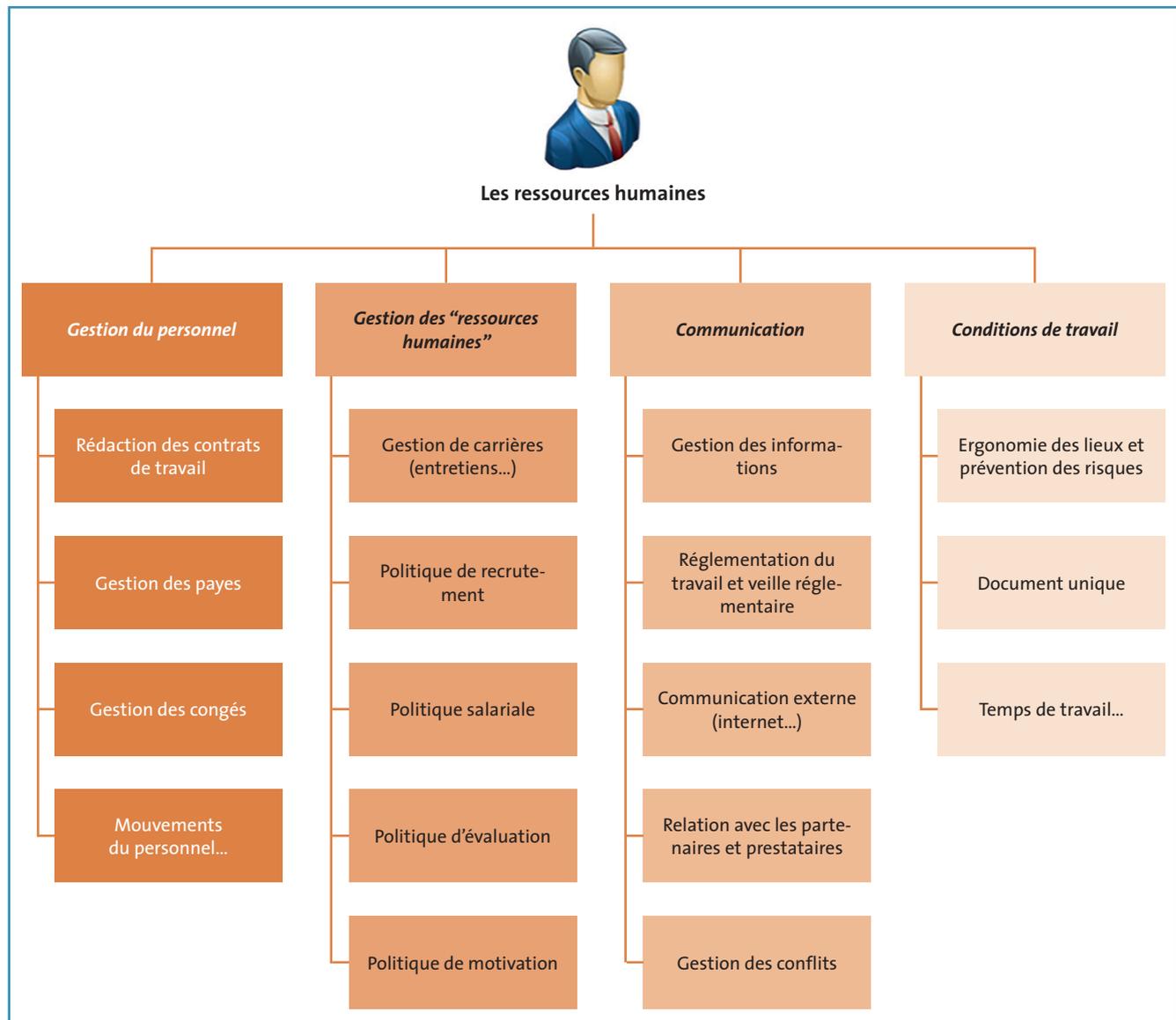


FIG. 2 : Les ressources humaines.

Pour assurer un recrutement efficace, il faut prendre le temps nécessaire en préparant au mieux les différentes étapes illustrées par la **figure 3**.

3. Schéma du processus de recrutement

Le processus de recrutement, de la formalisation des besoins jusqu'à l'inté-

gration de la nouvelle recrue est donc fondamental. Mais un recrutement ne s'arrête pas le jour de l'embauche. Le rôle de la communication est éga-

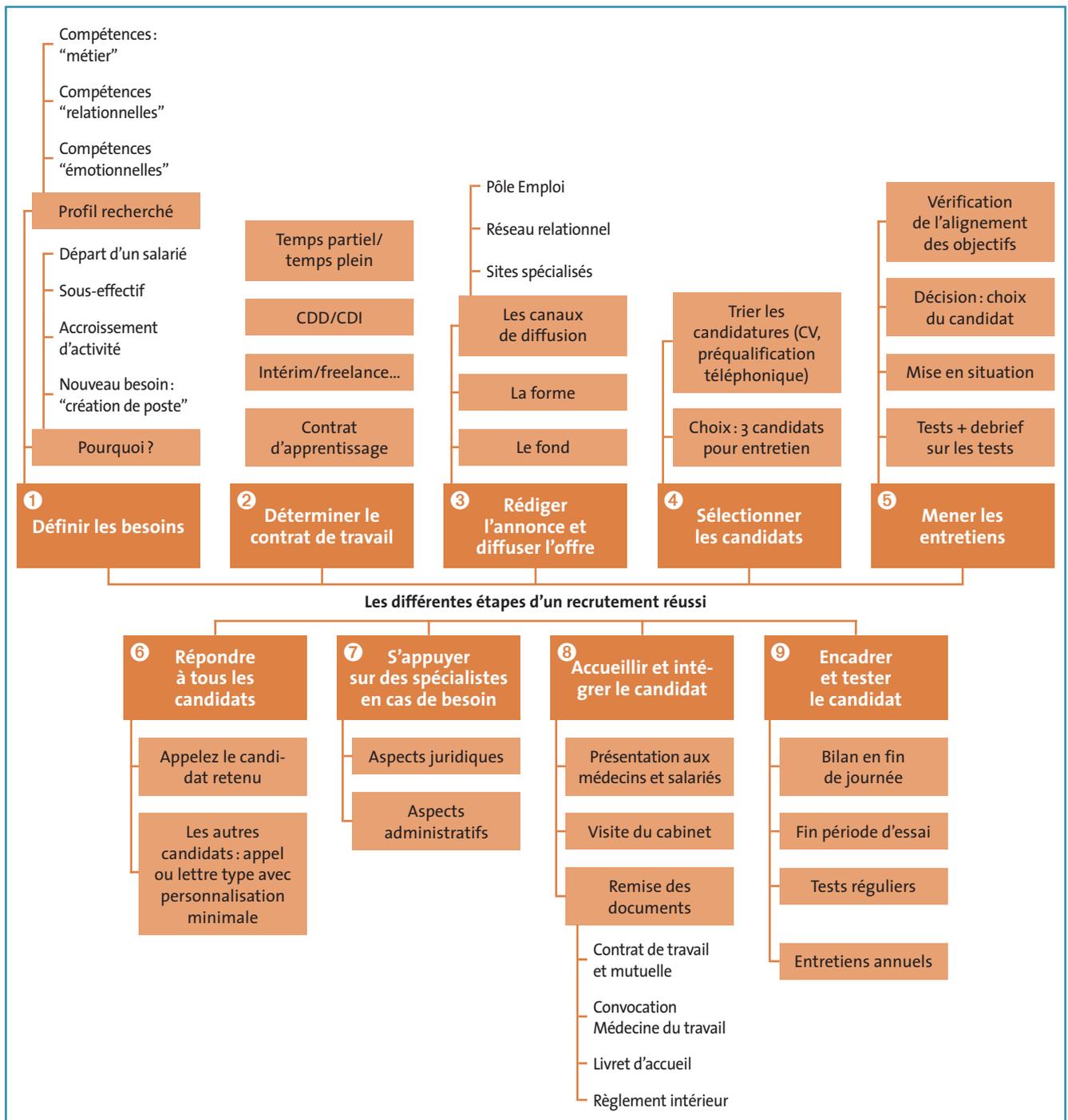


Fig. 3 : Les différentes étapes d'un recrutement réussi.

Points forts

- Le directeur de centre assure une fonction transversale de coordination de toutes les activités du cabinet, et verticale de courroie de transmission entre les médecins et l'ensemble de l'équipe.
- Son rôle l'amène à gérer l'ensemble des tâches de gestion et d'organisation du cabinet.
- Sa finalité est d'optimiser la gestion en déchargeant les médecins des tâches qui n'entrent pas dans le cœur de leur métier.
- Nous pensons que les enjeux de l'organisation en ophtalmologie vont contribuer à rendre cette fonction incontournable.

lement crucial dans le domaine des ressources humaines. Des communications régulières permettent de maintenir une vision commune et d'informer ainsi son personnel des avancées dans différents domaines : objectifs du cabinet, recrutement en cours, événements à venir, formations proposées, nouveaux projets. La communication permet de développer un sentiment d'appartenance à la structure en favorisant l'émergence d'une culture commune, et en faisant ces-

ser les éventuelles rumeurs ou empêchant leur propagation. Le directeur de centre a pour responsabilité de mettre en place les outils de communication qui faciliteront la transmission de l'information et le maintien d'un climat de travail sain et positif.

[La démarche qualité

L'environnement évolue à une vitesse vertigineuse avec une exigence de plus

en plus accrue des patients, des tutelles, des recommandations médicales, sans omettre la complexité de la réglementation avec toutes les obligations concernant les ressources humaines. Pour s'adapter à cette évolution, le cabinet dispose d'un "atout" : la démarche qualité. Celle-ci est bien naturellement conditionnée par le facteur humain, et doit rester un processus volontaire et participatif en vue d'une amélioration continue.

Mieux organiser les activités et maîtriser les risques sont les objectifs à fixer pour acquérir des preuves mais aussi une reconnaissance de la qualité des prestations dans nos cabinets. Cette démarche, accessible à toute structure, quels que soient sa taille ou ses moyens, passe par différentes étapes : état des lieux, plan d'action, mise en œuvre, suivi et actualisation. La roue de Deming (*fig. 4*) est une méthode de gestion de la qualité utilisable pour repérer les différentes étapes et optimiser l'organisation du cabinet.

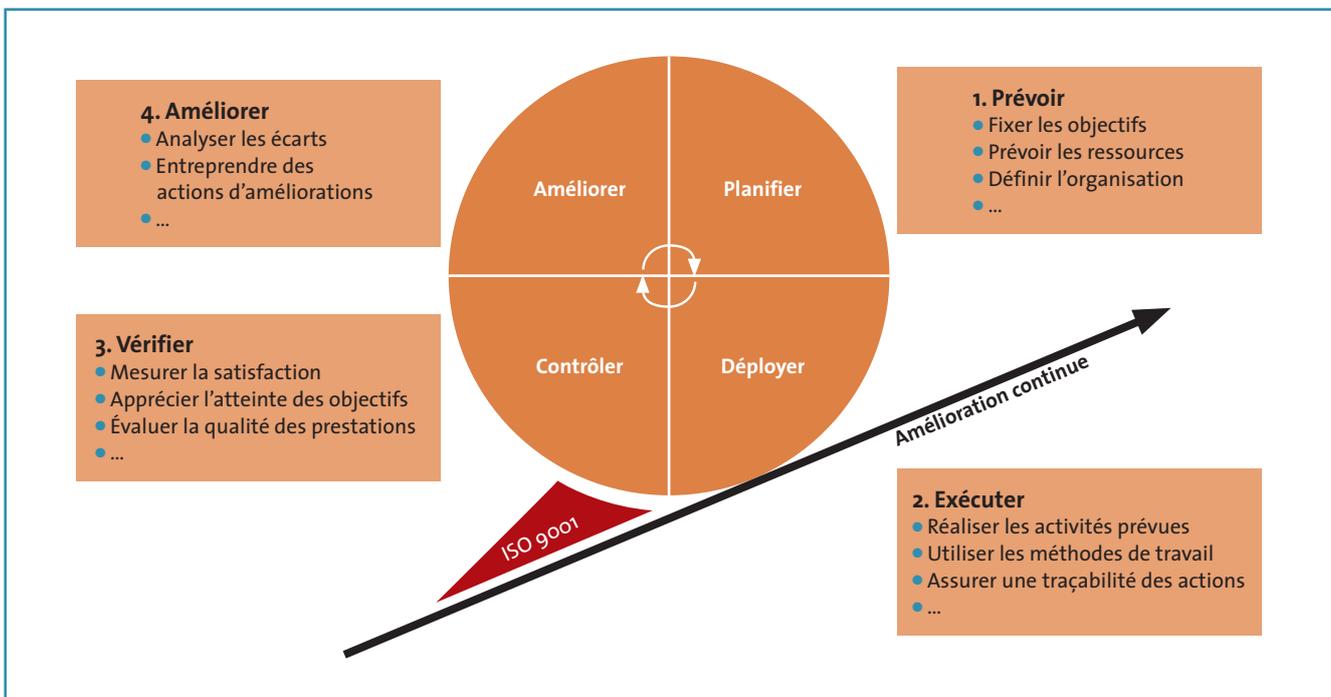


FIG. 4 : La qualité, au cœur de la gestion du cabinet – Roue de Deming PDCA (Plan-Do-Check-Act).

Aujourd'hui, quatre institutions représentatives de la profession de médecin ophtalmologiste (SFO, SNOF, SAFIR, SFOALC) ont uni leurs efforts pour conduire une démarche commune visant à la certification ISO 9001, avec la mise en place de NOSO (Nouvelle Organisation des Soins Ophtalmologiques).

[L'organisation

Nous pouvons regrouper les principales tâches organisationnelles sous cinq grands items (**fig. 5**). L'audit permet de faire un état des lieux précis et détaillé des procédures en place au sein du cabinet et de déterminer quel process est pertinent ou inutile, efficace ou suranné, et ainsi réviser le fonctionnement global de l'organisation. La création d'outils de pilotage est indispensable à l'évaluation périodique de l'activité. Différents tableaux de bord, financier, en ressources humaines ou en qualité, permettent un suivi évolutif. Chaque manager mettra sa touche personnelle en fonction de sa sensibilité profonde. La gestion des agendas médecins est au cœur de l'organisation. Bien articulés, selon les *desiderata* des médecins et l'intérêt du groupe, ils permettent de réguler les flux patients et de lisser la charge de travail des salariés. Les différents systèmes d'informations modernes permettent de

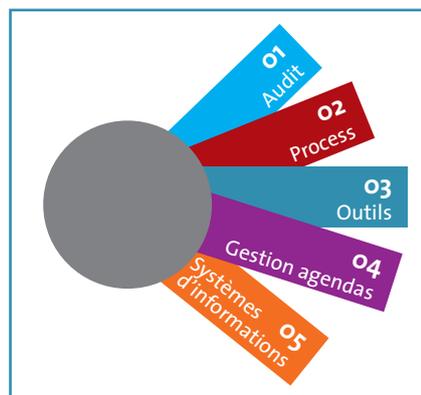


FIG. 5 : Les cinq grands items de l'organisation.

nombreux gains d'image (site internet, réunions publiques, communications avec les laboratoires...), mais également sur la satisfaction patient (rendez-vous par internet, communication sur écrans en salle d'attente...).

[Le relationnel

Le directeur de centre, en tant qu'interface, doit être en prise avec son environnement. Il va donc prendre en charge les relations avec les différents partenaires : fournisseurs (matériels, mobiliers, fournitures de bureau...) ou prestataires (banques, juriste, expert-comptable...), mais également avec les institutions (conseil de l'Ordre, Caisses d'assurance maladie...). Le directeur peut être l'interlocuteur organisationnel avec les cliniques, les laboratoires... Le gestionnaire de centre est le dernier rempart entre le patient et le médecin, et occupe une place prépondérante dans la gestion des conflits éventuels. Il est le lien entre le corps médical et le personnel, et assurera la diffusion des décisions prises auprès des personnels concernés.

[Les finances

Le directeur assume un rôle financier au niveau de la trésorerie. Il contrôle les entrées et sorties du flux monétaire et en assure l'équilibre. Il assure une veille de la balance budgétaire de la structure. La minimisation des coûts de fonctionnement en maintenant la qualité fait aussi partie de ses compétences. Ainsi, de façon périodique, il contrôlera l'adéquation avec le marché des prix pratiqués par les fournisseurs et prestataires (coûts des assurances, de l'énergie, des fournitures diverses...).

[La perspective

La stratégie globale de développement du centre est établie de concert entre

les associés et le directeur. Ce dernier met en place les plans d'investissements à court, moyen et long terme en proposant les moyens pour y parvenir. Il adopte une attitude proactive en anticipant les besoins. Il exerce une fonction de veille juridique, technologique et s'assure que les méthodes et procédures restent en adéquation avec l'ophtalmologie moderne. Il évalue, en amont, l'apport de chaque modification potentielle en mesurant la portée sur le plan financier et stratégique. Enfin, le directeur se tient au courant de la démographie de l'ophtalmologie sur son secteur, afin d'anticiper d'éventuelles carences en termes de santé publique. Il peut notamment proposer des solutions pour maintenir une couverture des soins cohérente pour le territoire.

[Conclusion

Le recours à un directeur de centre est accessible à tout type de structure. En effet, de plus en plus de professionnels de l'organisation travaillent en temps partagé, sur place ou à distance. Ainsi, le salarié ou le consultant offrira au médecin les mêmes avantages que peuvent avoir les cabinets de groupes pour un coût bien plus faible et en fonction de ses propres besoins. Cependant, le métier de directeur de centre médical est aujourd'hui peu défini. Les qualités nécessaires nous semblent être : *leadership*, organisation, rigueur, aisance relationnelle, réactivité, calme. Les directeurs viennent de différents univers (évolution interne de secrétaires, orthoptistes, cadre d'établissement de soins, transfuge du commerce et des RH).

L'organisation française tend à se développer dans le sillage du système nord-américain. Celui-ci, très structuré, possède une filière universitaire reconnue pour la formation des directeurs de centre médicaux. En France,

nous tentons de nous regrouper afin de profiter de l'apport de chacun des membres. Pour cela, nous créons une association, l'ARCEN (Association des Responsables de CENTres), qui

regroupe les dirigeants de cabinets d'Ophtalmologie partout en France. Celle-ci permettra d'échanger sur les pratiques des uns et des autres, afin de faire progresser nos propres struc-

tures de façon beaucoup plus rapide et efficace.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

L'ARCEN

Association des Responsables de CENTres médicaux

Les responsables administratifs des Centres Ophtalmologiques se regroupent en association pour échanger sur les bonnes pratiques, trouver des solutions communes et répondre aux enjeux d'avenir de la profession. **Rejoignez-nous.**

Information : Sébastien DEGOUTE
07 71 22 19 57
direction.adm@visis.fr



Optimiser les fonctions du secrétariat? L'exemple de VISIS

→ Sébastien DEGOUTE, Serge ZALUSKI

Le secrétariat est la vitrine de votre cabinet. Il est, en règle générale, le premier contact que les patients ont avec votre structure, soit directement dans les locaux, soit par téléphone. L'importance des demandes, les délais de rendez-vous (RDV), l'attente des patients sont autant d'éléments qui rendent ce poste fondamental pour la bonne marche du cabinet. Le schéma que nous allons développer correspond aux solutions que nous avons mises en place au sein de notre structure de groupe (6 associés, 1 collaborateur, 2 sites d'exercice). Ce modèle n'est ni exhaustif ni universel, mais nous pensons que les choix que nous avons faits nous ont permis d'optimiser la qualité du service rendu aux patients en allégeant la charge de travail des médecins en dehors de leurs champs de compétence.

[L'informatisation du cabinet

C'est le pivot d'une organisation efficace. L'ophtalmologie est certainement une des spécialités médicales les plus informatisées. De nombreux logiciels métiers plus ou moins spécifiques à notre spécialité existent, et permettent à la fois de gérer – outre le dossier médical – la programmation des agendas médecins, la prise de RDV, la comptabilité... L'ensemble des informations patients sont liées entre elles avec un accès aux informations administratives, médicales, aux RDV, aux encaissements réalisés ou à venir d'un même patient.

[La prise de RDV téléphonique

Elle est encore aujourd'hui la première porte d'entrée vers la consultation. Le choix que nous avons fait a été de mettre en place un espace de standard individualisé, dédié à la réception des appels téléphoniques. Pour notre cabinet, deux secrétaires sont affectées au standard. Afin de faciliter l'accès aux données, nous utilisons un logiciel (PIMphony®) permettant la remontée automatique sur l'écran d'ordinateur de la ou des fiche(s) patient(s) correspondant au numéro appelant. L'accès au dossier est ainsi immédiat, permettant de renseigner ou de donner directement un RDV à partir de la fiche en consultant les informations de la dernière consultation.

Une secrétaire (cela pourrait être un mais l'ensemble de notre personnel de

secrétariat est féminin) bien formée peut, en une demi-journée, répondre à 60 appels en moyenne. Les appels ont des motifs très différents. Seuls 60 % de ceux-ci débouchent sur une prise de RDV, le reste étant composé d'annulations et de demandes d'informations diverses ou de duplicata. Enfin, nous comptons environ 10 % d'appels liés à des urgences (la secrétaire dispose d'un protocole d'accueil des urgences permettant de donner les "bons" RDV aux "bons" patients).

Une analyse interne des statistiques d'appels entrants dans notre centre montre que 150 à 400 appels peuvent être perdus par jour. Évidemment, ce chiffre doit être relativisé aux vues du nombre de patients appelant plusieurs fois. Le temps d'attente peut varier de 1 à 10 minutes selon les jours de la semaine (*fig. 1*).

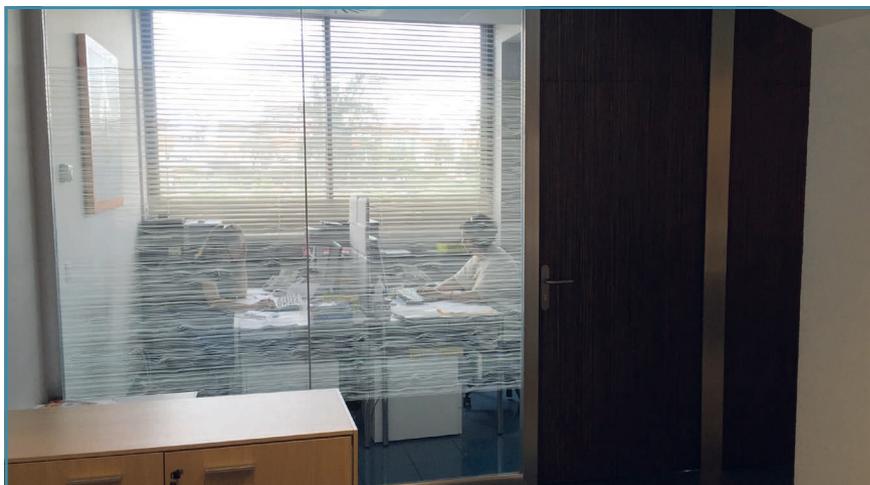


FIG. 1: Espace de standard.

Le développement d'outils d'aide au secrétariat

Cet objectif nous est apparu fondamental, et nous avons contribué au développement de la boîte à outils Alaxione synchronisée en temps réel à notre logiciel métier (Oplus).

>>> **La prise de RDV par internet** a été développée devant le constat du grand nombre d'appels perdus, mais aussi parce que nous pensons qu'il est de notre devoir d'éviter à nos patients une fastidieuse attente téléphonique, et que ceux-ci ont le droit de prendre leur RDV médical au moment de leur choix (qui d'entre nous appelle aujourd'hui la SNCF pour réserver un voyage en train?). La condition *sine qua non* de son utilisation était d'avoir un outil dédié au nom de notre centre (en marque blanche et non sur un site annuaire), ce qui permet d'inviter nos patients, dès le prédécroché, à aller prendre un RDV sur notre propre site internet. Les outils de sécurisation (code de confirmation par SMS, adressage de rappels vocaux, SMS et mails de rappels) évitent les RDV non honorés, et sont également délivrés au nom du médecin ou du centre. La proportion de RDV pris par internet comparée à ceux pris par téléphone est actuellement de l'ordre de 25 à 30 % (fig. 2 et 3).

>>> **L'automate téléphonique vocal de prise de RDV** pour les patients connus du cabinet est en phase de test, ce qui, nous l'espérons, permettra d'absorber encore 30 à 35 % des RDV du cabinet.

>>> **Le rappel des RDV par SMS, message vocal et mail**, selon des scénarios établis en interne en fonction du type de RDV et éventuellement du profil des patients, limite de façon importante les *no-shows*. L'interactivité du système vocal permet de recueillir la réponse du patient et de réaffecter les plages de RDV annulés. L'adjonction de préconisations (ne pas conduire, retirer ses lentilles...)

2 Suivez les étapes pour prendre un rendez-vous

Motif du RDV RDV disponibles Vos informations Récapitulatif

Quel est le motif de votre consultation ?
Consultation : Nouveaux patients

Quel est le lieu du rendez-vous ?
Centre d'Ophthalmologie VISIS - Perpignan

Avec quel praticien ?

- ✓ Premiers rendez-vous disponibles
- Dr BENAMEUR (Ophthalmologiste)
- Dr BOVE (Ophthalmologiste)
- Dr IONICA (Ophthalmologiste)
- Dr PINSARD (Ophthalmologiste)
- Dr VRIELYNCK (Ophthalmologiste)
- Dr ZALUSKI (Ophthalmologiste)

Si les rendez-vous proposés ne vous conviennent pas ou en cas d'urgence, merci de nous contacter au 04 68 35 92 70.

IMPORTANT: Pour le Docteur DI NOLFO merci de passer par le secrétariat

3 Suivez les étapes pour prendre un rendez-vous

Motif du RDV RDV disponibles Vos informations Récapitulatif

Sélectionnez les critères avancés de votre rendez-vous

Choisir un jour **Lundi** Créneau horaire **10h / 12h**

Quand

Le plus tôt possible Dans **13 semaines** A partir du mois **janvier**

Rechercher Annuler

- Lundi 20 Février 2017 à 10:00
Avec Dr BOVE (Ophthalmologiste)
- Lundi 20 Février 2017 à 11:00
Avec Dr BOVE (Ophthalmologiste)
- Lundi 27 Février 2017 à 10:00
Avec Dr IONICA (Ophthalmologiste)

Retour Continuer

FIG. 2 ET 3 : Widget de prise de rendez-vous.

aux rappels du RDV améliore encore la qualité de notre prise en charge.

>>> **Le déplacement des RDV** est la circonstance redoutée des secrétaires, lorsqu'un médecin se voit contraint de déplacer une journée de travail avec, pour elles, plusieurs dizaines d'appels téléphoniques souvent multiples, éventuellement suivis de courriers. L'outil que nous utilisons permet de valider dans le même temps le déplacement d'un RDV sur l'agenda, en proposant un RDV de remplacement directement au patient lors de la modification. L'adressage d'un message vocal et/ou d'un SMS et mail lui permettra d'agir directement sur cette proposition pour la valider ou l'invalider. En cas d'invalidation, le système donnera les instructions au patient pour prendre son nouveau RDV.

>>> **La prise de RDV entre professionnels:** nombre d'entre nous confient ou se voient confier des patients pour des actes chirurgicaux ou techniques spécialisés. Cela entraîne un temps important passé au téléphone (attente et conversation) pour le secrétariat appelant et recevant et, en règle générale, la nécessité de recontacter le patient pour lui préciser les RDV pris. Le service Interpro permet, grâce à des codes d'accès spécifiques à des groupes de professionnels, d'autoriser la prise de RDV en ligne entre ophtalmologistes mais aussi pour des médecins non ophtalmologistes, voire d'autres professionnels de santé. Le secrétariat requérant peut ainsi prendre directement un RDV sur l'agenda d'un confrère et le confirmer immédiatement au patient. L'allègement de la contrainte de temps est majeur.

[La zone d'accueil

Cet espace représente le premier aperçu que les patients auront de la structure. Les conditions de cet accueil doivent être les plus favorables possibles: nombre suffisant de secrétaires et de

postes d'accueil, convivialité, respect des règles de confidentialité, limitation des files de patients. Ainsi, la secrétaire postée à l'accueil doit s'intéresser exclusivement au patient qu'elle a en face d'elle, et ne doit donc pas être sollicitée par les appels téléphoniques dirigés vers le standard.

Nous avons opté pour des conditions d'accueil modulables pour le nombre et la répartition des secrétaires selon les médecins présents et la charge de la consultation. Le schéma en longueur de notre centre nous a amené à réaliser deux banques d'accueil correspondant à deux espaces de consultation différents permettant, avec l'aide d'informations sur écrans, d'orienter les patients vers l'accueil dédié à leur médecin (*fig. 4 et 5*). Cette configuration relativement récente, couplée à une multiplication des espaces d'attente, augmente nettement la fluidité du circuit patient.

En pratique, le patient dépose sa carte Vitale lors de son arrivée et la récupère au même poste en fin de consultation, ce qui permet l'encaissement, la télé-

transmission et de lui fixer un éventuel prochain RDV. À son arrivée, il est invité à se diriger vers la salle d'attente correspondant au médecin, ou à l'acte, pour lequel il vient consulter.

[Le courrier

C'est un élément fondamental de la qualité des relations avec nos confrères et du service rendu au patient (demandes de certificats, copie de courriers...). Un poste isolé de frappe du courrier a été créé où, à tour de rôle, les secrétaires assurent cette tâche, dans les meilleurs délais et sans être perturbées par une autre activité. Nous utilisons des dictaphones numériques permettant de transmettre instantanément les courriers dictés. Nous n'avons pas l'expérience de la reconnaissance vocale qui sera certainement amenée à prendre une place de plus en plus grande. Le courrier papier classique tend à être remplacé par l'utilisation de mails cryptés du type Apicrypt, beaucoup plus rapide, facilement stockable informatiquement et dont le coût d'utilisation est proche de zéro.



FIG. 4 : Espace d'accueil 1.



FIG. 5 : Espace d'accueil 2.

Points forts

- Le secrétariat est la vitrine de nos cabinets.
- L'évolution des pratiques justifie d'un agencement spécifique : accueil, standard, bureaux de RDV opératoires, poste de frappe du courrier...
- Les outils informatiques sont au cœur de l'optimisation du secrétariat : logiciel métier, boîte à outils de services conçue pour répondre aux réels besoins des médecins et personnalisée au nom du médecin ou du centre, logiciel de remontée des fiches au standard...
- Notre temps et notre organisation doivent être consacrés à nos patients, une optimisation du secrétariat y contribue.

Les RDV opératoires ou d'IVT

Ces RDV nécessitent, pour les structures qui réalisent ce type d'actes, une grande disponibilité de temps de secrétariat et une totale confidentialité. Nous utilisons, selon les moments, de un à trois bureaux de secrétariat dédiés permettant, en y accueillant le patient et sa famille, de prendre le temps nécessaire pour lui donner toutes les informations utiles : date et heure du RDV, ordonnances et recommandations pré-opératoires et postopératoires, fiches de consentements, devis éventuels... (fig. 6).

Le secrétariat comptable *in situ*

Sa présence nous semble justifiée pour une structure d'importance. Nous

n'avons en général ni le temps (ou nous pouvons le consacrer à mieux) ni le goût pour ces tâches. Ce poste représente une charge de travail conséquente. De façon non exhaustive : contrôle journalier des caisses, préparation et dépôt en banque, pointage des règlements dus par les patients et les tiers payants (cliniques, Caisses d'assurance maladie...), règlement des factures, règlement des honoraires aux médecins selon les modalités statutaires, gestion de comptes de la société sur internet (approvisionnement, virements), relation avec les banques et les fournisseurs (emprunt, *leasing*...), relations avec l'expert-comptable, calculs des TVA lorsqu'elles s'appliquent, gestion des charges sociales médecins, calculs des indemnités kilométriques, gestion des impayés, tout cela est en relation et sous le contrôle du directeur ou responsable administratif du centre.

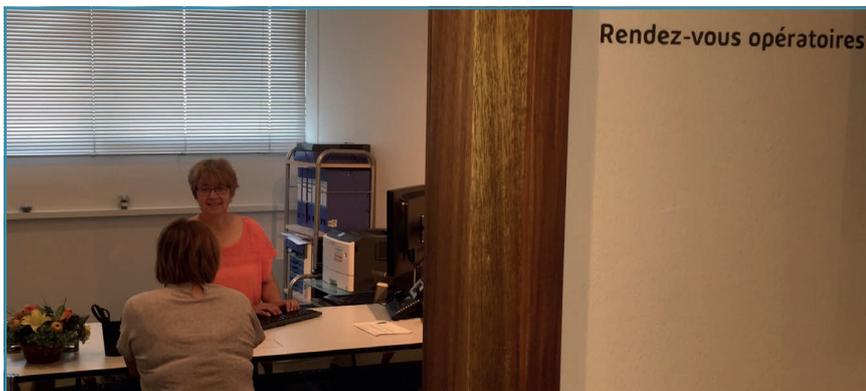


FIG. 6 : Bureau de rendez-vous opératoires.

D'autres tâches

Elles peuvent parfois être confiées aux secrétaires, notamment en l'absence d'orthoptiste disponible. C'est le cas pour les examens avec des appareils automatisés, sans contact avec l'œil, et dont les résultats sont indépendants de l'opérateur. La gestion des adaptations de lentilles est également possible (commandes, stocks, apprentissage de la manipulation...).

Le responsable de centre

Il joue bien évidemment un rôle prépondérant dans l'organisation du travail de secrétariat, mais ce point est développé ailleurs dans ce numéro.

Conclusion

Notre secrétariat médical est la première image que les patients ont de nous. L'adaptation des outils est fondamentale afin que l'accessibilité aux RDV (standard, site internet...) soit facilitée pour les patients. La convivialité de l'accueil et des espaces d'attente ainsi que le respect de la confidentialité dans les locaux passent par une structuration des espaces et une séparation des tâches (accueil, standard, RDV opératoires...). Les relations confraternelles imposent une disponibilité du personnel et/ou des outils internet pour l'accès à la prise de RDV et une grande réactivité pour l'adressage des courriers.

Sans vouloir représenter un modèle universel, l'organisation que nous proposons peut ouvrir à chacun des pistes de réflexion pour une nouvelle organisation du secrétariat médical.

Serge Zaluski a déclaré être partenaire d'Alaxione. Sébastien Degoute a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Fonctions et rôle des orthoptistes dans un centre d'ophtalmologie multicompetences

→ Grégory GASSON, Elidia GRONDIN

L'orthoptie est une profession de santé réglementée, créée en 1956. Son décret de compétences a connu deux évolutions majeures en 2001 et 2007, la faisant passer d'une profession quasi exclusivement consacrée à l'évaluation et à la rééducation des troubles de la vision binoculaire, à une profession paramédicale dont la formation plus large l'autorise à assumer un rôle fondamental dans les centres d'ophtalmologie, quel que soit le type de structure (fig. 1).

Au 31 décembre 2015, on dénombrait environ 4 200 orthoptistes en France (source: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES]). Ils n'étaient que 2 200 15 ans plus tôt, ce qui représente une augmentation de plus de 80 %.

Ces chiffres montrent bien que l'orthoptiste est devenu, au fil du temps – de par sa formation clinique et ses compétences grandement appréciées – un acteur incontournable et recherché des

centres d'ophtalmologie. La demande est telle que le nombre de nouveaux diplômés (environ 350 par an) est à peine suffisant pour y répondre, d'autant qu'une bonne partie se dirige vers un exercice isolé en cabinet libéral à sa sortie de l'école.

Cet article a pour but d'exposer les différents rôles et fonctions que l'orthoptiste peut remplir au sein de ces structures de soin.

Consultation ophtalmologique synergique

Il s'agit du rôle fondamental de l'orthoptiste au sein du cabinet d'ophtalmologie. Il est plus connu jusqu'à présent sous le nom de "travail aidé".

Cependant, ce terme peut avoir une connotation péjorative. Or, l'évolution des relations de travail entre les ophtalmologistes et les orthoptistes, d'une part, et le niveau de compétences – sans

cesse relevé – rendu nécessaire du fait de l'évolution des pratiques et des techniques, d'autre part, rendent à nos yeux l'utilisation du terme "consultation ophtalmologique synergique" plus adaptée à ce qui s'apparente de plus en plus à une véritable collaboration. Durant ce temps paramédical, le rôle de l'orthoptiste est tout autant complexe qu'essentiel.

1. L'accueil et l'interrogatoire

Au cours de ce premier contact, l'orthoptiste commence à établir une relation avec chaque patient du centre. Une apparence soignée, une voix posée et rassurante, ainsi qu'un comportement adapté (patience, tact, empathie) sont indispensables, et apportent une véritable plus-value en termes d'image et de bien-être pour le centre.

Ce premier temps permet également aux médecins d'avoir un dossier patient déjà bien "dégrossi", et donc de gagner un temps considérable, sans compter que les patients vont parfois plus facilement oser se confier à l'orthoptiste, ou à tout le moins ne pas leur tenir le même discours. Cette différence de rapport est un atout puisqu'elle permet d'humaniser les rapports en désacralisant la relation médecin-patient.

Le fait d'être accueilli par deux personnes dont une non-médecin peut être déstabilisant pour le patient; mais,



FIG. 1: Évolution de la profession d'orthoptiste.

à l’opposé, peut également rassurer le patient et offrir un surcroît de crédibilité à la structure.

2. L’exploration

C’est le temps de l’examen à proprement parler.

Le décret de compétences n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 (en vigueur à l’heure de la mise en page de cet article) détaille les examens pouvant être réalisés par les orthoptistes dans trois articles principaux :

>>> Art. 4342-6 – Les orthoptistes sont habilités à participer, sous la responsabilité d’un médecin en mesure d’en contrôler l’exécution et d’intervenir immédiatement, aux enregistrements effectués à l’occasion des explorations fonctionnelles suivantes : 1. Rétinographie mydriatique ; 2. Électrophysiologie oculaire.

>>> Art. 4342-7 – Sur prescription médicale, les orthoptistes sont habilités à déterminer l’acuité visuelle et la réfraction, les médicaments nécessaires à la réalisation de ces actes étant prescrits par le médecin.

>>> Art. 4342-8 – Sur prescription médicale et sous la responsabilité d’un médecin ophtalmologiste en mesure d’en contrôler l’exécution et d’intervenir immédiatement, les orthoptistes sont habilités à réaliser les actes suivants :

1. Pachymétrie sans contact
2. Tonométrie sans contact
3. Tomographie par cohérence optique (OCT)
4. Topographie cornéenne
5. Angiographie rétinienne, à l’exception de l’injection qui doit être effectuée par un professionnel de santé habilité
6. Biométrie oculaire préopératoire
7. Pose de lentilles

Déroulé type (mais non exhaustif) d’une consultation ophtalmologique synergique

La **figure 2** illustre le circuit du patient au sein du cabinet. L’orthoptiste est le premier contact “médical” avec le patient. À l’arrivée de celui-ci, il va l’accueillir puis effectuer un interrogatoire le plus précis possible et noter ses antécédents familiaux, personnels, généraux et ophtalmologiques. Le motif de la consultation est donc précisé : avis sur

un diagnostic particulier, une indication chirurgicale, contrôle ophtalmologique dans le cadre d’une pathologie générale spécifique, etc. En cas de patient suivi régulièrement, son ressenti sur son état actuel ou sur les éventuels problèmes récemment rencontrés sont abordés en début de consultation.

L’orthoptiste mesure la tension oculaire du patient à l’aide d’un tonomètre à air puis, le cas échéant, la correction optique portée et il détermine son acuité visuelle ainsi que sa réfraction. Il pourra également évaluer sa vision binoculaire et noter d’éventuelles observations à signaler au médecin.

Sur décision médicale, l’orthoptiste dilatera le patient (comme par exemple pour un patient diabétique), et réalisera un ou plusieurs examens complémentaires qu’il jugera utiles à l’ophtalmologiste pour poser le diagnostic ou effectuer le suivi (p. ex. une topographie cornéenne pour un patient atteint de kératocône). L’orthoptiste transfère alors le dossier patient au médecin. Il mentionnera également au praticien les éventuels points particuliers : personne en fauteuil roulant, malentendant, etc. pour une prise en charge et un accueil optimaux.

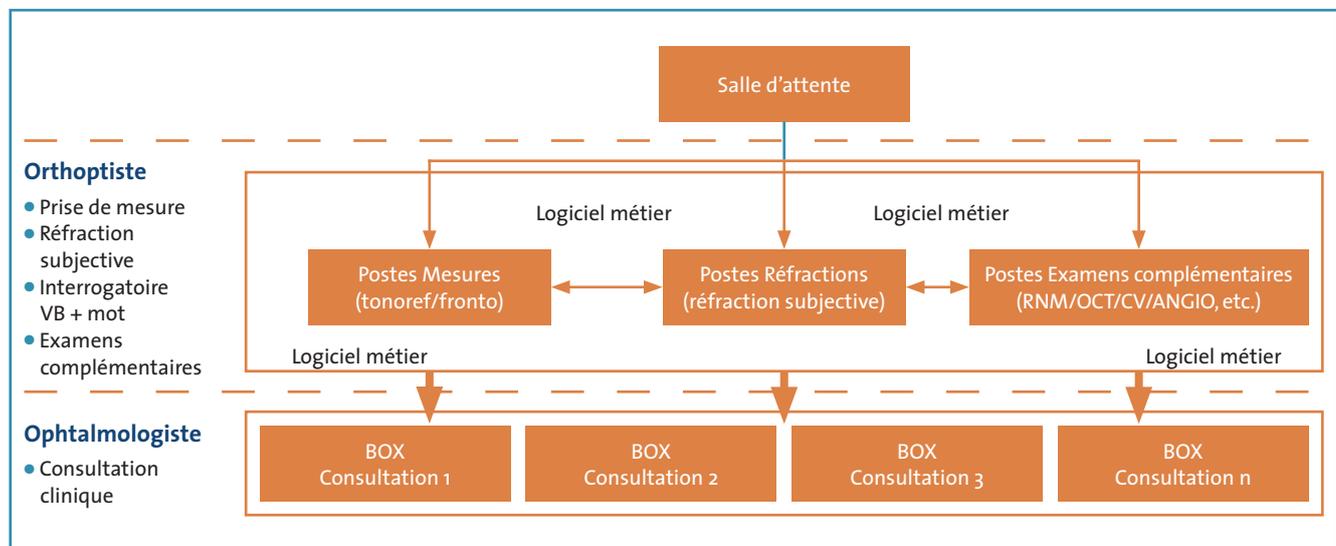


FIG. 2 : Exemple de circuit patient au sein d’un centre d’ophtalmologie.

À l'issue de l'examen par l'ophtalmologiste, d'éventuels examens complémentaires pourront être réalisés le jour même, en fonction de l'organisation et du type de pathologie, ou au cours d'un autre rendez-vous au cabinet. La compétence en matière de rééducation et de suivi de l'amblyopie peut également être utilisée au sein du cabinet, afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles de la vision binoculaire.

Au sein du cabinet, l'orthoptiste salarié peut effectuer des champs visuels automatisés et/ou manuels. De préférence, des créneaux horaires seront prévus à cet effet pour une meilleure organisation. Les champs visuels peuvent être cotés en marge de la consultation (AMY 9.5 pour un champ visuel Goldmann et AMY 10.3 pour un champ visuel automatisé).

L'orthoptiste peut également effectuer la pose et l'adaptation de lentilles. Il enseignera ainsi aux patients les bons gestes pour poser, retirer et entretenir les lentilles de contact en toute sécurité. Ce temps d'explications et d'apprentissage des manipulations est précieux pour le patient, qui a parfois besoin d'être rassuré mais aussi d'être mieux sensibilisé aux précautions d'hygiène. L'ophtalmologiste contrôlera la qualité de l'adaptation et établira l'ordonnance médicale pour les lentilles. L'adaptation demande du temps, et se facture sous la forme d'un forfait dont le montant doit être communiqué aux patients avant toute adaptation.

Quoi qu'il en soit, le principe de base du binôme ophtalmologiste-orthoptiste est invariable : dégager du temps médical. Selon les études, la consultation ophtalmologique synergique permet un gain de productivité de 35 à 50 % (Pr Y. Berland et Dr Y. Bourgueil, ONDPS juin 2006. Rapport sur *Cinq expérimentations de coopération et délégations de tâches entre profes-*

Points forts

- L'orthoptiste est un acteur incontournable des centres d'ophtalmologie.
- Son rôle et ses fonctions se sont considérablement étendus ces 15 dernières années.
- Il intervient dans presque tous les domaines au sein des centres d'ophtalmologie.
- Son profil est très recherché, et un début de pénurie s'installe (nécessité de formation).
- Cette profession peut encore évoluer pour accompagner la restructuration nécessaire de la filière visuelle.

sionnels de santé et rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales sur la *Filière visuelle*. Dr Voynet, septembre 2015).

Pour y parvenir, l'orthoptiste doit faire preuve d'un sens clinique aiguisé (qu'il a appris à développer lors de sa formation universitaire et hospitalière), ainsi que d'un esprit d'initiative raisonné. Cela rend son poste d'autant plus gratifiant et intéressant sur le plan intellectuel. Il est loin le temps où l'on qualifiait négligemment et dédaigneusement ces postes de "presse-boutons". C'est en effet totalement méconnaître la réalité quotidienne, notamment la nécessité de fournir la bonne information, la bonne image, et donc de les chercher de manière active, ce qui demande d'avoir une connaissance solide et éprouvée de la pathologie oculaire.

Selon la structure, la délégation de tâches pourra être plus ou moins avancée en fonction du rapport de confiance qui s'établit entre les deux professionnels de santé. Ce rapport de confiance ne se décrète pas, il est le fruit de plusieurs mois, voire parfois plusieurs années de collaboration efficace. Ainsi, dans certains cas, l'orthoptiste pourra donner au patient une information de premier niveau concernant certaines options thérapeutiques (lentilles de contact, chirurgie réfractive, gammes d'implants pour la chirurgie de cataracte...).

L'écueil à éviter pour l'orthoptiste est de ne pas savoir rester à sa place, et toute la difficulté consiste à bien prendre garde à ne pas empiéter sur le rôle du médecin. De par sa formation et les examens qu'il est amené à réaliser, l'orthoptiste possède un socle de connaissances solide qu'il doit utiliser afin d'effectuer un bon examen et non pour se substituer à l'avis médical. C'est un piège fréquent dans lequel il ne faut pas tomber, car les patients posent beaucoup de questions aux orthoptistes.

La position de l'orthoptiste est donc parfois très ambiguë, et il faut savoir faire preuve de psychologie, ainsi que d'une très grande maîtrise de son discours. Celui-ci peut avoir un impact négatif considérable s'il est incohérent avec celui du médecin.

Il est par conséquent indispensable de s'entendre en amont avec le médecin (au début de la collaboration par exemple) pour savoir ce qui peut être dit ou non par l'orthoptiste, et éventuellement préparer des éléments de langage.

[Une polyvalence "bonus"

Les centres ophtalmologiques multi-compétences sont désormais de plus en plus souvent de véritables PME. En fonction de l'activité et du nombre de praticiens, vont se former de véri-

tables équipes pluriprofessionnelles d'employés (secrétaires, orthoptistes, infirmiers...), avec la multiplication des problématiques y afférant (management, planification, absences, maladies, congés, rémunérations). De plus en plus de centres ont donc choisi de se structurer en créant des postes de chefs de centres.

Les orthoptistes, parfaitement au fait de toutes ces problématiques par leur position transversale – pour celles et ceux d'entre eux qui sont désireux d'évolutions de carrières – occupent une place de choix pour concourir à ces postes. Ce sont souvent ceux qui ont déjà fait preuve d'un grand investissement personnel au sein de la structure qui vont pouvoir y accéder. C'est là une véritable opportunité et perspective d'évolution. Ils occupent alors un poste d'encadrement à part entière, dont les attributions sont détaillées par Déborah Lylon et Sébastien Degoute dans ce numéro spécial.

Dans tous les cas, l'orthoptiste pourra avoir un rôle de relais (remontée d'informations entre le chef de centre ou les associés de la structure, d'une part, et l'équipe d'orthoptistes, d'autre part), et être sollicité pour accomplir des tâches aussi variées que diverses, en fonction de ses compétences, de sa motivation et de son implication dans la structure.

À titre d'exemples :

>>> Avis sur le matériel

L'ophtalmologie étant une spécialité à forte évolution technologique, de nombreux appareillages arrivent sur le marché. Il convient de les tester avant tout achat, et l'orthoptiste qui se trouve en première ligne en tant qu'utilisateur quotidien pourra donner un avis précieux et parfois déterminant (p. ex. sur la facilité d'examen, l'ergonomie et la possibilité de l'intégrer au flux de consultations).

>>> Études cliniques

Les centres d'ophtalmologie référents sont souvent sollicités pour des études cliniques observationnelles et/ou interventionnelles. Là encore, un orthoptiste impliqué pourra être sollicité pour veiller au respect du protocole ainsi qu'au recueil des données. Il pourra valider une formation de TEC (Technicien d'études cliniques) afin de mieux maîtriser les tenants et les aboutissants. Ce rôle est également une opportunité de revenu complémentaire.

Dans ce cadre, l'orthoptiste assurera également le lien avec les laboratoires promoteurs et en devient un partenaire incontournable, capable d'assurer le lien avec la structure.

>>> Collecte d'images, diaporamas

Souvent très à l'aise avec l'outil informatique et surtout maîtrisant sur le bout des doigts les nombreuses machines d'examen, l'orthoptiste est aussi – là encore selon son degré d'implication – régulièrement sollicité pour capturer des images de cas cliniques, dans le but de créer des présentations pour lesquelles il pourra apporter son assistance technique et son expertise informatique au médecin.

>>> Community manager

La très grande majorité des structures possèdent un site internet qui sert à la fois à présenter ses services et ses praticiens, mais aussi de plus en plus à prendre des rendez-vous en ligne. Parfois, sont également créés une page ou un compte sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter...).

L'orthoptiste pourra dans ce cas remplir les fonctions basiques de *community manager* (mises à jour, réponses, modération de commentaires, publications d'articles...).

>>> Plannings

Les problématiques d'équipe imposent la nécessité de mettre en place un planning rigoureux. C'est une tâche qui peut être déléguée, partiellement ou non à un ou une orthoptiste référent(e) de l'équipe. L'occasion de responsabiliser et d'autonomiser (possibilité de se rendre mutuellement et tour à tour service) un peu plus l'équipe d'orthoptistes. Cela inclut la recherche éventuelle de remplaçants ou de recrues (publication d'annonces, réseau personnel de connaissances...).

>>> Circuit patients, protocoles

Les centres ophtalmologiques sont sans cesse en évolution (nouveaux examens, nouveaux appareillages...), et doivent donc constamment optimiser leur fonctionnement.

Sur ce point également, l'avis de l'orthoptiste peut s'avérer précieux, tant sur le circuit patient et l'implantation éventuelle de locaux que sur la protocolisation des examens (en fonction du type de patient et de la pathologie rencontrée).

[Conclusion

L'orthoptiste est devenu, en l'espace de 15 ans, un maillon essentiel au sein des cabinets d'ophtalmologie et donc de la filière visuelle.

Sans renier ses origines "rééducatrices", il est maintenant le pivot des centres d'ophtalmologie, au sein desquels ses compétences techniques et exploratoires ainsi que sa polyvalence en font un élément de plus en plus rare et recherché.

Un fort engouement des cabinets d'ophtalmologie pour la consultation synergique (augmentation des délais de rendez-vous, augmentation des

actes techniques) aboutit à une forte demande et à un début de pénurie d'orthoptistes (rappelons qu'il y a en France aujourd'hui 5 900 ophtalmologistes et seulement 4 200 orthoptistes dont 900 salariés du privé, sources DREES).

On estime actuellement à environ 36 % le nombre d'ophtalmologistes fonctionnant sur le mode de la consultation synergique. Il existe donc une marge de manœuvre considérable pour réduire les délais de rendez-vous. D'après Thierry Bour (Président du SNOF), si 80 % des médecins adoptaient ce type de fonctionnement, le surplus d'actes techniques en ophtalmologie serait absorbé d'ici 2020.

Outre de solides connaissances ophtalmologiques, l'orthoptiste des centres

d'ophtalmologie doit faire preuve d'un sens clinique aiguisé, d'un sens certain de l'accueil et de l'empathie, d'un sens de l'initiative ainsi que d'une parfaite maîtrise technique des examens et des appareillages. Il doit donc avoir la volonté permanente et continue de formation.

Un fort investissement personnel et une certaine polyvalence sont un plus non négligeable pour la structure qui l'emploie, et lui permettront de varier son activité et/ou de faire évoluer sa carrière professionnelle.

De plus en plus sollicité, l'orthoptiste voit son rôle et ses fonctions s'étendre régulièrement, ainsi que parallèlement les possibilités d'évolutions de carrière, ce qui augmente considéra-

blement l'intérêt et l'attrait de cette profession pleine d'avenir. De futures évolutions réglementaires sont encore certainement à venir, sous l'impulsion du rapport Voynet de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS, septembre 2015), et l'orthoptiste devra y prendre toute sa place de professionnel de santé à part entière, dans le respect des prérogatives de chacun.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Perspectives réglementaires prochaines

→ Thierry BOUR

Depuis 3 ans, la filière visuelle est l'objet d'une intense activité législative, réglementaire et administrative. Les pouvoirs publics ont décidé de se pencher sur les difficultés qu'elle rencontre, ses déséquilibres et parfois ses excès. Le premier de ces déséquilibres est, comme chacun sait, démographique avec une offre de soins ophtalmologiques insuffisante et, à l'inverse, un secteur de l'optique pléthorique qui était de plus en plus encadré jusqu'à récemment. Nous avons donc assisté à une impressionnante succession de projets de loi au cheminement souvent chaotique où la filière visuelle, et l'ophtalmologie en particulier, se sont insérées en cours de route.

Nous pouvons citer successivement et parfois concomitamment :

>>> La loi Consommation (dite loi Hamon), en 2013-2014, avec son article 17 quater qui instaure l'obligation d'ordonnance médicale, et introduit les lentilles de contact dans le Code de la santé publique.

>>> La loi sur la Croissance et l'Activité (loi Macron), entre septembre 2014 et juillet 2015, laquelle a cherché par son article 11 quater C à supprimer l'obligation d'ordonnance et à déréguler la filière, ce qui a pu être évité de justesse grâce à mobilisation par le SNOF et ses adhérents, de plus de 300 députés, de tous bords politiques.

>>> La loi de Modernisation du système de santé (loi Santé Touraine), de mars

à décembre 2015 et ses articles 30 ter et 32 quater A et B, avec des textes importants sur les orthoptistes et les opticiens.

>>> Le PLFSS 2016 (projet de loi de Financement de la Sécurité sociale), fin 2015, et son article 42 instaurant les Contrats de coopération pour les soins visuels et validant dans la loi le principe du travail aidé.

Au final, cela représente 232 amendements déposés au cours de 26 passages en commissions ou en séances publiques. Le SNOF (Syndical National des Ophtalmologistes de France) a dû constamment intervenir, discuter avec les parlementaires et les ministères de la Santé et de l'Économie (loi Macron et loi Consommation) pour bloquer les dispositions délétères ou, au contraire, introduire des mesures allant dans le sens d'un meilleur fonctionnement de la filière. On peut ajouter à cette liste le PLFSS 2014 qui a provoqué un nouvel encadrement des contrats responsables, préparant l'ANI (Accord national interprofessionnel) et modifiant les règles de remboursement en cas de dépassement des tarifs conventionnels. C'est ce texte qui explique les changements actuels de remboursement par les complémentaires santé en secteur 2, suivant que le médecin ait pris le Contrat d'accès aux soins (futur OPTAM [Option pratique tarifaire maîtrisée]) ou non.

Parallèlement aux discussions parlementaires, le ministère de la Santé avait commandé à l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) un rapport sur

la restructuration de la filière visuelle confiée à Madame Dominique Voynet. Le SNOF a été auditionné à plusieurs reprises par l'IGAS. Cinq éléments fondamentaux soutenus par le SNOF ont été repris dans le rapport IGAS, puis dans la loi Santé et le PLFSS 2016 : la généralisation des délégations de tâches aux orthoptistes sous le contrôle des ophtalmologistes ; la reconnaissance du travail aidé avec aide à l'embauche ; l'augmentation des effectifs en orthoptie et en ophtalmologie ; la sécurisation du renouvellement des lunettes et des lentilles de contact chez l'opticien avec obligation d'ordonnance et sanctions en cas de non-respect ; la non-reconnaissance de l'optométrie. Le jour de la remise du rapport IGAS, le 11 septembre 2015, le gouvernement a fait preuve d'une célérité remarquable et a déposé deux amendements issus des préconisations de ce rapport, tous deux votés au Sénat, puis confirmés par l'Assemblée nationale. Le SNOF a soutenu des dispositions complémentaires, qui renforçaient la sécurisation de la prise en charge médicale des lentilles de contact.

Ces amendements, ajoutés à la loi Santé, ouvraient la voie à de nouveaux décrets d'actes et de compétences pour les orthoptistes et les opticiens. Ceux-ci ont été discutés jusqu'à la fin de l'été, sur la base du contenu du rapport IGAS, mais pas seulement. Ils ont été l'objet de nombreuses versions où chaque terme a été discuté, avec des allers-retours multiples. Le processus d'un décret de ce type est complexe, et des pièges divers sont à éviter.

Le SNOF est resté fidèle à ses objectifs énoncés dans le rapport IGAS, et a cherché à permettre aux ophtalmologistes de développer leur activité à l'avenir avec les nouvelles contraintes qui arrivent pour l'exercice médical. La finalité est aussi d'offrir les outils nécessaires pour permettre la résolution progressive du problème essentiel de notre profession : les difficultés d'accès aux soins en raison de l'effet ciseaux entre la démographie en ophtalmologistes et la croissance de la demande de soins. Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'un décret résulte aussi de compromis et que le gouvernement reste maître de la rédaction finale et des termes choisis. Certaines dispositions n'ont pu être changées, alors que pour d'autres nous avons été écoutés.

Au moment de la rédaction de cet article, la phase dite de concertation est terminée. Il reste aux décrets à franchir l'étape du Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) en septembre qui, *a priori*, devrait apporter peu de modifications ; le Conseil d'État doit aussi se prononcer sur le décret des orthoptistes. Une publication au Journal officiel peut être espérée en octobre ou novembre 2016.

Dans un souci de clarté, les dispositions concernant les opticiens vont d'abord être exposées, puis celles des orthoptistes. Les mesures législatives et réglementaires sont regroupées, car les deux sont souvent liées. Le texte de référence est indiqué quand cela est utile.

Évolutions législatives et réglementaires concernant les opticiens

1. Prescription et renouvellement des verres correcteurs

Nous pouvons considérer que le dispositif de renouvellement des verres correcteurs par les opticiens, introduit

par décret en 2007, est enfin complet. En effet, nous avons :

>>> **Une obligation de prescription médicale pour tous les verres correcteurs** depuis septembre 2015 (loi Consommation) avec une amende en cas de non respect de 3750 euros (article L4363-4 du Code de la santé publique). La délivrance des verres correcteurs par un opticien-lunetier est subordonnée à la présentation de l'ordonnance, dont il pourra garder une copie (futur décret), ce qui évitera des demandes de duplicata.

>>> Toutefois, **l'opticien pourra renouveler les verres correcteurs à partir d'une ordonnance médicale initiale**, mais la durée sera variable **suivant l'âge**. Il est probable que les durées suivantes se trouveront dans le décret :

- 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;
- 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans (le SNOF avait demandé pas plus de 4 ans) ;
- 3 ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans.

Le SNOF voulait une nouvelle classe : 2 ans pour les patients âgés de plus de 65 ans, ce qui se justifiait pleinement d'un point de vue santé publique. Malgré des demandes répétées, il ne semble pas que cela ait été retenu. **La première délivrance de verres correcteurs multifocaux pour la presbytie reste toujours soumise à prescription médicale. Le médecin garde la possibilité de s'opposer au renouvellement** s'il l'indique sur l'ordonnance. Un arrêté reprendra les recommandations de la HAS (Haute Autorité de santé) sur les lunettes en y adjoignant des éléments pour les lentilles (cf. *encadré*). Le SNOF regrette que les dispositions de la HAS concernant les opticiens n'aient pas été incluses dans cet arrêté ; elles restent cependant valables.

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs, et lorsque le patient ne

peut fournir la prescription médicale, l'opticien-lunetier peut exceptionnellement délivrer un nouvel équipement. L'opticien-lunetier doit évaluer l'urgence réelle. Il essaie en premier lieu de contacter le médecin prescripteur. L'opticien-lunetier remet au patient le résultat de l'examen de réfraction réalisé, et procède à une transmission au médecin prescripteur ou à un médecin désigné par le patient. L'opticien-lunetier consigne dans un registre spécial ces situations exceptionnelles de délivrance d'équipement optique sans ordonnance, afin d'en assurer la traçabilité ; les données seront à conserver 3 ans.

Nous sommes, par conséquent, en présence d'un parcours de soins pour les corrections optiques sécurisant pour les patients et l'ophtalmologiste, et qui permet le dépistage régulier des pathologies oculaires. L'ophtalmologiste n'est pas limitée dans son droit d'opposition au renouvellement, malgré les intentions initiales du ministère. Des amendes sont prévues à tous les stades en cas de non-respect.

Le texte sera complété par quelques règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier, notamment sur l'identification de l'opticien-lunetier et les conditions de réalisation de la réfraction. L'opticien devient aussi officiellement habilité à réaliser des mesures faciales (dont l'écart pupillaire...) pour adapter au mieux le centrage des verres correcteurs (ce qui n'était indiqué nulle part et mettait les opticiens en potentiel exercice illégal de la médecine depuis la loi Consommation). De plus, le gouvernement fait un énorme cadeau aux opticiens en leur permettant de faire de la publicité sur leur capacité à déterminer la réfraction, cela à l'intérieur des magasins, donc aussi en devanture ! La réfraction, même non médicale, ne devrait pas être un acte à connotation commerciale. Le SNOF a protesté vigoureusement. L'information et la publicité sont deux choses bien différentes.

Encadré

Arrêté fixant la liste des situations médicales prévues aux articles L.4362-11-1 et L.4362-12-1 du Code de la santé publique.

Liste indicative des situations médicales prévues aux articles L.4362-11-1 et L.4362-12-1 du Code de la santé publique, pour lesquelles le médecin peut limiter la durée d'adaptation de la prescription par l'opticien-lunetier dans le cadre de la délivrance de verres correcteurs, ou de lentilles de contact oculaire correctrices :

Troubles de réfraction :

- myopie ≥ -6 dioptries (D) et/ou longueur axiale ≥ 26 mm ;
- changement d'axe $\geq 20^\circ$ en cas d'astigmatisme $\geq 0,75$ D ;
- pour toute amétropie, une modification de 1D ou plus en 1 an.

Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- pathologies rétinienne (dont DMLA, rétinopathie diabétique...);
- cataracte et autres anomalies cristalliniennes ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère et datant de moins de 3 ans ;
- anomalies cornéennes (notamment greffe de cornée, kératocône, kératopathies, dystrophie cornéenne, etc.) ;
- amblyopie bilatérale ;
- diplopie récente et/ou évolutive.

Troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.

Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours pouvant entraîner des complications oculaires, notamment :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

Troubles de réfraction associés à des situations pouvant altérer potentiellement la tolérance des lentilles de contact oculaires, notamment :

- pathologie ou altération de la surface oculopalpébrale (cornée, conjonctivite, face interne des paupières), allergies ;
- anomalie du film lacrymal ;
- antécédents infectieux ou inflammatoires avec des lentilles de contact ;
- instabilité des lentilles de contact ;
- port nocturne des lentilles de contact.

Cette liste des situations ou circonstances associées n'est ni exhaustive ni impérative, et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste. Celui-ci décide au cas par cas s'il y a lieu de limiter le renouvellement avec adaptation en l'expliquant au patient. Il est recommandé que le médecin prenne en compte le degré de compréhension du patient et son implication dans sa prise en charge ophtalmologique

2. Prescription et renouvellement des lentilles de contact

La loi Consommation a introduit pour la première fois les lentilles de contact dans le Code de la santé publique en 2014, en rendant **obligatoire l'ordonnance médicale chez un primo-porteur**. Un décret de juillet 2015 (Art R.4362-11 du Code de la santé publique) précise que l'ordonnance médicale du primo-porteur doit comporter la correction optique et les caractéristiques essentielles de ces produits (nom, diamètre, rayon en pratique). La validité de l'ordonnance est fixée à 1 an.

Depuis la promulgation de la loi "de modernisation de notre système de santé" du 26 janvier 2016, **les opticiens peuvent participer sur prescription médicale à l'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles de contact**. Cette prescription valide en pratique le principe d'un examen ophtalmologique initial, et ce notamment pour écarter les contre-indications et décider du type de lentilles. L'ophtalmologiste reste aussi maître de la prescription finale, puisqu'il faudra une ordonnance médicale détaillée pour la délivrance des lentilles (cf. supra) et, là aussi, un examen médical après les essais sera en général nécessaire. Nous voyons que si l'opticien peut légalement participer à une phase de l'adaptation des lentilles de contact, cela est strictement encadré par une intervention médicale initiale et finale, qui ne pourra être qu'ophtalmologique pour respecter les bonnes pratiques.

Comme pour les lunettes, **l'opticien pourra renouveler les lentilles de contact à partir d'une ordonnance médicale – mais uniquement pour la correction optique – et il n'y aura que deux classes d'âge**, au vu du danger potentiel d'une mauvaise tolérance :

- 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;

– 3 ans, pour les patients âgés de plus de 16 ans.

Les lentilles de contact bénéficient dorénavant d'un encadrement pénal comme les lunettes. Art. L4363-4 du Code de la santé publique, est puni de 3 750 euros d'amende le fait de :

- faire une adaptation de lentilles de contact sans ordonnance (examen médical préalable nécessaire);
- délivrer ou vendre des lentilles de contact chez un primo-porteur sans ordonnance;
- de changer autre chose que la correction optique en cas de renouvellement des lentilles de contact.

Tout n'est pas parfait dans ces dispositions, et le SNOF devra encore se battre pour corriger certaines insuffisances du texte. On peut tout de même considérer qu'avec ces garde-fous, des possibilités de coopération sont ouvertes avec les opticiens.

Évolutions législatives et réglementaires concernant les orthoptistes

La loi Santé de janvier 2016, dans les suites de la réingénierie des études d'orthoptie (arrêté de décembre 2014) et du rapport IGAS, a refondu la définition de l'orthoptie au sein de l'article L4342-1 du Code de la santé publique. Cette définition est beaucoup plus développée sans remettre en cause le contenu antérieur. L'argumentaire développé dans l'amendement gouvernemental était un véritable plaidoyer en faveur du travail aidé avec l'ophtalmologiste. Il s'agit d'une **reconnaissance officielle du travail aidé et de ses bénéficiaires** dans l'augmentation du nombre de patients reçus (35 %), et cela valide la stratégie développée par la profession et soutenue par le SNOF depuis 15 ans. Cette définition est complétée par un droit limité de prescription par les orthoptistes (disposition existant déjà dans

la quasi-totalité des autres professions paramédicales).

La loi Santé ouvrait aussi la perspective à un nouveau décret d'actes, faisant suite à ceux de 2001 et de 2007. Ce décret comporte de nouveaux actes réalisables par les orthoptistes et un cadre d'exercice novateur : les protocoles organisationnels. Aucun des actes existants n'est retiré, mais les conditions de réalisation et d'interprétation sont parfois changées. La partie bilan orthoptique –rééducation est réécrite et développée.

1. Le droit limité de prescription des orthoptistes

Lors des soins orthoptiques reçus par un patient et faisant suite à une prescription médicale, l'orthoptiste sera autorisé, sauf indication contraire du médecin, à prescrire au patient certains dispositifs médicaux : rondelles oculaires stériles, sparadrap, pansement orthoptique, cache et système ophtalmologique d'occlusion à la lumière pour rééducation de l'amblyopie, prismes souples autocollants (*press-on*), filtres d'occlusion partielle pour rééducation de l'amblyopie.

Lors des soins orthoptiques reçus par un patient et faisant suite à une prescription médicale, l'orthoptiste pourra renouveler un des dispositifs médicaux suivants : canne blanche, loupe et aide visuelle optique destinées aux personnes amblyopes (cela ne comprend pas les aides électroniques).

Cette évolution sera dans les faits très limitée, mais elle est psychologiquement importante pour que les orthoptistes ne se sentent pas moins bien traités que les autres professionnels paramédicaux.

2. Quels sont les nouveaux actes réalisables par les orthoptistes ?

• **Certains peuvent être considérés comme des compléments au décret**

de 2007, où ils auraient déjà pu s'y trouver :

- l'interrogatoire du patient et de son entourage;
- l'instillation de collyres, le recueil des sécrétions lacrymales, la réalisation de séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles de contact oculaire. Pour agir, l'orthoptiste devra disposer d'une ordonnance médicale, ou être dans un protocole organisationnel.

• **Autres nouveaux actes nécessitant une ordonnance médicale ou réalisable dans un protocole organisationnel :**

- l'enregistrement des mouvements oculaires;
- l'examen spéculaire de la cornée sans contact;
- l'aberrométrie oculaire;
- les photographies du segment antérieur de l'œil et de la surface oculopalpébrale;
- les photographies des deux yeux dans les différentes positions du regard.

Important : l'interprétation des résultats sera de la compétence exclusive d'un ophtalmologiste. Il s'agit d'une disposition nouvelle sans équivalent dans les décrets des autres professions paramédicales. C'est une reconnaissance majeure de notre expertise sur ces actes. **Ce monopole d'interprétation s'étendra à des actes déjà réalisables par les orthoptistes :** pachymétrie cornéenne sans contact, OCT, topographie cornéenne, biométrie oculaire préopératoire sans contact.

• **Les autres actes déjà présents dans le décret de 2007 :** champ visuel, sensibilité au contraste, sens chromatique, rétino-graphie mydriatique ou non, tonométrie sans contact ; ils doivent être prescrits ou entrer dans un protocole organisationnel. L'interprétation des résultats est médicale, ou relève exclusivement d'un ophtalmologiste lorsqu'ils sont faits dans un protocole.

Il en est de même des actes nécessitant la présence d'un médecin pouvant intervenir : angiographie rétinienne, électrophysiologie et biométrie oculaire avec contact.

3. Les protocoles organisationnels

Il s'agit de la principale innovation de ce décret. L'objectif est de stimuler, voire de généraliser, les protocoles entre orthoptistes et ophtalmologistes en évitant de devoir passer à chaque fois par la HAS, comme pour les protocoles de l'article 51, dispositif qui s'est révélé lourd, chronophage, et peu souple à l'usage. Cela a cependant été une étape utile, nécessaire, pour protocoliser le travail aidé ou à distance.

Avec ce décret, l'orthoptiste pourra pratiquer ses actes :

- soit sur prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur ;
- soit, lorsqu'il exerce dans un cabinet d'un ophtalmologiste, au sein d'un établissement de santé, d'une Maison de santé pluridisciplinaire ou d'un centre de santé, en application d'un **protocole organisationnel préalablement établi, daté et signé par un ou plusieurs ophtalmologistes exerçant dans ces structures.**

Le premier élément important est que seul un ophtalmologiste pourra mettre en œuvre ces protocoles, et il devra exercer dans le cabinet ou la structure où il sera appliqué.

Le protocole organisationnel permettra à un orthoptiste de participer à la prise en charge de patients suivis par un ophtalmologiste signataire du protocole. Il pourra concerner :

- la préparation par l'orthoptiste de l'examen de l'ophtalmologiste (travail aidé) ;
- le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen médical le

même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé.

Le protocole organisationnel doit préciser les situations médicales concernées et les actes orthoptiques pratiqués. Le travail aidé et la télé-médecine sont donc concernés.

Pour le suivi par l'orthoptiste de patients dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée et sans examen médical le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé, le protocole doit préciser :

- la durée au-delà de laquelle l'examen médical ophtalmologique est nécessaire ;
- les situations de sortie du protocole (évolution de la pathologie, nouveaux signes hors pathologie ciblée...);
- les modalités de transmission à l'ophtalmologiste des informations (interrogatoire, examens réalisés). Un compte rendu, signé par l'ophtalmologiste, est adressé au patient.

Ces éléments sont le minimum nécessaire pour qu'un protocole sans unité de temps existe.

La quasi-totalité des actes inclus dans le décret pourront faire partie d'un protocole, y compris le bilan orthoptique. Cela va permettre d'éviter les prescriptions médicales itératives d'actes orthoptiques ou d'examens. Les litiges d'interprétation du décret des orthoptistes devraient se réduire. La protocolisation du travail aidé va devoir être généralisée, mais avec l'avantage de la souplesse. L'orthoptiste pourra aussi bien intervenir en amont qu'en aval de l'ophtalmologiste.

Il y a cependant des limites à la réalisation de cette protocolisation. Les actes pratiqués ne devront pas être dérogo-taires au décret. Mais les conditions d'utilisation des actes ont été assouplies pour certains, et de nouveaux actes ont été ajoutés. Par exemple les protocoles lunettes enfants ou adultes bénéficiant

du renouvellement d'optique (RNO) ne seront plus dérogo-taires une fois le décret sorti, car les actes pratiqués et leurs conditions de réalisation ne le seront plus. Attention aux cotations ! **Les actes faits sans participation du médecin sont non facturables à l'Assurance Maladie, sauf cotation AMY prévue, car ils relèvent de la télé-médecine.** Un acte CCAM (Classification commune des actes médicaux) demande toujours la participation du médecin en dehors du BGQP140 (lecture à distance des rétinographies dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique). Ces protocoles devront donc engendrer à terme de nouvelles cotations qui seront soumises à la procédure classique de validation, faisant intervenir la HAS pour l'évaluation médico-économique de l'acte.

Il faudra sans doute un peu de temps pour s'approprier ce nouvel outil, mais il devrait ouvrir de nouvelles perspectives de collaboration entre orthoptistes et ophtalmologistes. Il est à souligner que ce décret cite l'ophtalmologiste à de multiples reprises, et consacre de fait la place de l'orthoptiste à ses côtés. Le plus simple sera de partir des protocoles existants, déjà validés, pour les adapter à ce nouveau cadre d'exercice. Il sera sans doute utile qu'il y ait des échanges entre les équipes pour comparer les protocoles mis en place et les améliorer. Le SNOF pourra servir de plateforme d'échange et/ou demander, avec l'Académie Française d'Ophtalmologie, que certains protocoles soient l'objet d'une demande de prise en charge par l'Assurance Maladie, voire d'autres organismes.

Plus que jamais, l'ophtalmologie est au centre des transformations de la médecine et de son organisation.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêt financier concernant les données publiées dans cet article. Il a participé aux discussions concernant les textes législatifs et réglementaires évoqués dans l'article.

Protocoles de coopération : la grande mutation

→ Jean-Bernard ROTTIER

Les 10 prochaines années vont être très difficiles à gérer du fait de l'offre de soins oculaires trop faible par rapport à la demande. Les causes sont connues, le *numerus clausus* des années 90, puis la volonté de ne pas nous attribuer des postes nécessaires lors de la remontée du *numerus clausus*. Cette tension sur l'offre oblige la profession dans son ensemble à se poser des questions sur son périmètre d'intervention. Il n'existe qu'une alternative : externaliser de l'activité chez les opticiens, voire les optométristes, telle que les Autorités l'avaient prévue, ou construire des équipes en gardant le premier recours et le suivi réfractif sous contrôle. C'est cette dernière solution qui a été choisie par le SNOF.

Nous avons donc utilisé l'article 51 de la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires), qui permet aux médecins de construire de nouveaux modes de prises en charge des patients en collaboration avec une profession paramédicale, en l'occurrence pour nous, les orthoptistes. Cet article 51 impose la rédaction d'un document appelé protocole qui décrit étape par étape la nouvelle organisation, et qui met en exergue les points qui sont dérogoatoires par rapport aux prises en charge classiques.

Deux protocoles ont été écrits puis validés par les autorités sanitaires. Le premier concerne les patients âgés de 6 ans à 15 ans et le second ceux ayant entre 16 ans et 49 ans. Il leur permet de ne voir que l'orthoptiste lorsqu'ils veulent changer leurs lunettes rapide-

ment, alors qu'ils habitent une zone à délais élevés.

Ce que prévoit le protocole

Lorsque le patient appelle pour demander un rendez-vous pour changer ses lunettes, la secrétaire vérifie s'il est déjà connu du cabinet, son âge et la date de la dernière consultation. En effet, le patient doit être déjà suivi dans le cabinet et avoir été vu depuis moins de 5 ans (**tableau I**). Après lui avoir fait préciser que sa demande ne concerne qu'un changement de lunettes, la secrétaire peut proposer au patient d'être vu par l'orthoptiste. Elle se doit d'ajouter que le patient peut refuser, et qu'un rendez-vous avec le médecin est possible dans les délais normaux. Elle peut ajouter aussi que, pour les adultes ayant une ordonnance de moins de 3 ans, il est possible d'aller voir l'opticien.

- Patient voulant renouveler ses lunettes
- Âge compris entre 6 ans et 49 ans
- Connu de la structure ophtalmologique
- Venu depuis moins de 5 ans
- N'ayant absolument aucune plainte

TABLEAU I : Conditions d'inclusion dans le protocole.

En pratique, beaucoup de patients acceptent cette alternative salvatrice. D'après les études du SNOF, 17 % de l'activité de la profession concerne les demandes pures de lunettes. Dans mon expérience, pendant la première année de fonctionnement, 12 % des patients ont accepté cette nouvelle prise en

charge, ce qui correspond à trois-quarts des demandes pures de lunettes.

Fonctionnement de la consultation (fig. 1)

Le patient est reçu par l'orthoptiste, qui commence sa prestation en lui faisant signer un consentement éclairé reprenant ainsi le discours de la secrétaire : ce n'est pas un examen médical, il n'est pas obligatoire de passer avec l'orthoptiste, et seule la demande concernant les lunettes sera prise en compte. Ensuite, il effectue une mesure de la meilleure acuité visuelle corrigée, un bilan de l'équilibre oculomoteur, une mesure de la pression intraoculaire chez les plus de 16 ans et une photo du fond d'œil centrée sur la macula. Cet examen dure 15 minutes environ.

Le contrôle des lentilles n'est pas dans le protocole initial, mais il est prévu de le rajouter. Il concerne les équipes d'orthoptistes qui participent à l'adaptation, et qui ont l'habitude d'utiliser la lampe à fente pour examiner les cornées. Environ 10 % des patients de cette tranche d'âge, qui utilisent ce circuit, sont porteurs de lentilles. Les orthoptistes sont très volontaires pour participer à cette prise en charge, car elle les place dans une position valorisante. Pour ceux qui participent aux adaptations de lentilles, ce temps de contact long avec le patient est pour eux l'occasion de proposer systématiquement une adaptation de lentilles quand les circonstances locales sont favorables.

Points forts

- La démographie ophtalmologique et la demande de soins nécessitent de recourir à des solutions nouvelles.
- L'ophtalmologiste doit rester maître de cette organisation.
- Le protocole de coopération ophtalmologiste-orthoptiste est une solution permettant, dans les régions à **délais de consultation élevés**, l'accès à une consultation pour prescription de lunettes dans un temps raisonnable.
- La satisfaction des patients devant ce protocole est importante.
- D'autres alternatives **méritent une attention, et peuvent être mises en place.**

ce que la HAS veuille bien le mettre à son agenda pour l'évaluer. Initialement, cette évaluation était prévue pour la fin de l'année 2016, mais il semble que cette date soit repoussée. Après le passage à la HAS, ce mode de fonctionnement sera considéré comme un fonctionnement normal. En attendant cette date, pour pouvoir l'utiliser, il faut en faire la demande sur le site <https://coopps.ars.sante.fr/>

Prévoir, lors de l'instruction du dossier, une photocopie de votre carte d'identité et de votre diplôme de médecin. À propos des formalités, il faudra demander aussi une carte CPE (Carte de professionnel d'établissement) pour vos orthoptistes, car la feuille de soins électronique est censée être fabriquée sur un mode "désynchronisé", c'est-à-dire en deux fois. La première partie est générée lors du contact avec l'orthoptiste, et la seconde lors de la validation par l'ophtalmologiste. J'ai eu beaucoup de problèmes à ce sujet avec mon prestataire Sephira. Alors qu'il avait reçu du ministère les spécifications techniques en mai 2015, le logiciel n'a fonctionné qu'en novembre 2015, pour arrêter de fonctionner quelques semaines plus tard. J'ai donc pris la décision de faire envoyer la feuille de soins électronique le jour de la prestation orthoptique, tout en prévenant la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) de l'anomalie. Je n'ai jamais eu de réponse de sa part...

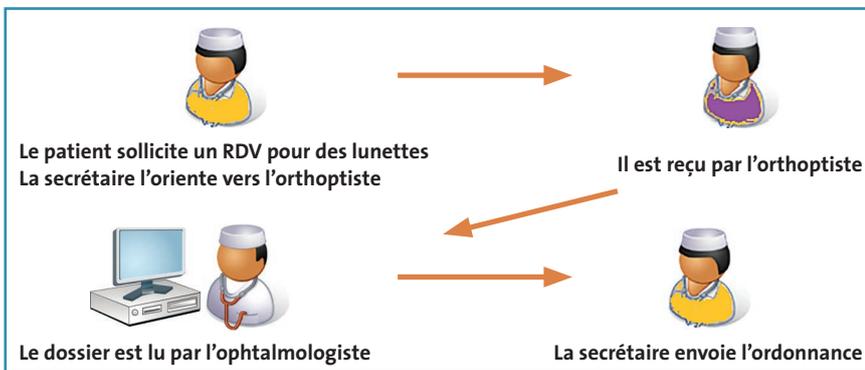


FIG. 1: Fonctionnement.

Interprétation par le médecin

La validation des dossiers qui comprend leur ouverture, leur lecture, l'examen des photos rétinienne, l'inscription des commentaires, l'édition de l'ordonnance, demande environ 1 minute. Cela peut paraître court, mais 30 dossiers font quand même une demi-heure de travail en plus à trouver dans son planning. Il y a moins de 2 % de dossiers dans lesquels on découvre une anomalie ou une incohérence, nécessitant de convoquer le patient pour une consultation normale.

La lecture des dossiers doit se faire, idéalement, dans les 8 jours. Ce n'est pas toujours possible du fait des absences, et dans ce cas il suffit de prévenir les patients qu'ils devront attendre un peu avant de recevoir leur ordonnance.

Celle-ci est envoyée par la poste ou par mail le plus souvent. Il est probable que ce mode opératoire ne satisfait pas à tous les règlements sur la transmission de données personnelles; mais, dans l'état actuel des choses, il satisfait pleinement les patients et soulage le secrétariat, car le courrier postal est plus cher et plus chronophage. Or, nous manquons de temps.

Satisfaction, extension

Les audits effectués par l'ARS (Agence régionale de santé) ont mis en évidence un taux très élevé de satisfaction des patients. Souvent, d'ailleurs, ils sont tellement habitués à attendre plusieurs mois, que les rendez-vous les plus proches – à 1 semaine – sont boudés au profit des rendez-vous à 15 jours-3 semaines. Ce protocole est encore en phase expérimentale jusqu'à

Organisation pratique (tableau II)

D'expérience, la bonne marche de ce protocole dépend du secrétariat qui doit être convaincu que celui-ci rend un vrai service aux patients, et qui doit le proposer comme une alternative intéressante. C'est lui aussi qui organise les plannings, notamment en convertissant les plages orthoptistes de travail aidé en plages protocole en cas d'absence

Comment se faire aider par un orthoptiste :

- examen préconsultation ;
- examens complémentaires :
 - rétinophotos,
 - champs visuels,
 - OCT ;
- protocole lunettes (6-49 ans) ;
- adaptation de lentilles ;
- Suivi d'amblyopie, suivi de prescription de lunettes (coté en AMY5.4) ;
- dépistage (enfants de moins de 16 ans, sans ophtalmologiste) ;
- dépannage lunettes (adultes, sans ophtalmologiste).

Éviter les bilans orthoptiques, vrais ou faux, source de litiges.

TABLEAU II : D'après Jean-Bernard Rottier.

du médecin. C'est lui enfin qui doit gérer l'envoi de toutes les ordonnances rapidement. Il faut donc un secrétariat efficace.

Contrairement à ce qui est marqué dans les premiers courriers de la DSS (Direction de la Sécurité sociale : service sous la double tutelle de Bercy et du ministère de la Santé) en direction des ARS, l'acte n'est pas obligatoirement en tiers payant. Si votre ARS prétend le contraire, nous lui transmettrons le mail de la DSS qui rétablit la vérité. Au début de la mise en place du financement par l'Assurance Maladie, j'avais mis l'acte en tiers payant. Récemment, ma secrétaire a pointé les 174 protocoles faits durant le mois de janvier 2016 pour vérifier les paiements. On a pu constater 34 impayés, soit 19,5 % des dossiers, alors que dans ce système il n'y a pas de part complémentaire à récupérer. De plus, le contrôle du paiement est assez peu pratique sur le site ameli.fr, et il a consommé 6 heures de secrétariat pendant lesquels la secrétaire a été indisponible pour répondre au téléphone. J'ai donc décidé d'arrêter le tiers payant.

Une fois que l'habitude est prise par les patients de voir l'orthoptiste en préconsultation, puis parfois de l'avoir vu pour

les renouvellements urgents de lunettes, il est facile de leur proposer d'être suivis par l'orthoptiste pour les contrôles réfractifs, typiquement les enfants dont la myopie augmente avec l'âge. C'est ce que j'appelle le flux secondaire. Sa mise en place se conçoit dans les zones à fortes tensions démographiques, dans lesquelles on essaie d'orienter vers l'orthoptiste un maximum de patients. Dans les cas où l'enfant n'a pas 6 ans et où il faut simplement contrôler son acuité, l'orthoptiste le fait en cotant en AMY.¹

Autres alternatives

On peut aller encore plus loin. Devant la difficulté de trouver une structure ophtalmologique qui accepte les nouveaux patients, certains sont obligés de chercher une prise en charge parfois à une centaine de kilomètres de chez eux. Dans ces conditions, le coût du déplacement devient supérieur à celui de la consultation, ce qui conduit à rendre rentables des alternatives locales tarifées hors nomenclature.

>>> La première initiative dont je veux parler concerne les enfants, car ils souffrent d'un double handicap pour obtenir une prise en charge : d'abord,

beaucoup de structures ne reçoivent plus de nouveaux patients et ensuite dans celles qui restent, beaucoup ne prennent pas les enfants. Dans ces conditions, il est possible de créer "une consultation de dépistage" faite par l'orthoptiste, sous le contrôle de l'ophtalmologiste permettant de voir tous les nouveaux patients en dessous de 16 ans. En effet, les activités de dépistages sont autorisées par le décret de compétence des orthoptistes, sous réserve d'être contrôlées par un médecin.

J'ai mis en place cette organisation depuis septembre 2015, ce qui a permis de rendre service à des dizaines d'enfants qui avaient besoin d'être corrigés. Bien sûr, beaucoup d'enfants doivent être revus sous cycloplégie, mais ce système m'économise une consultation. Comme il n'y a pas de cotation pour cet acte, il est en tarif libre ; je le propose à 25 €, associé bien sûr à la signature d'une feuille d'explications et de consentement. Le retour que j'en ai est excellent.

>>> La seconde initiative, que j'appelle protocole de dépannage, est plus délicate à exposer et va probablement soulever de fortes critiques. Néanmoins, sa motivation est de rendre service aux patients qui ne trouvent plus d'ophtalmologistes disposés à les voir pour une simple prescription de lunettes. Elle ne se conçoit que dans les territoires à très fortes tensions. L'idée est de proposer le même schéma de prise en charge que le protocole Pays de la Loire décrit ci-dessus, mais à des patients qui ne correspondent pas aux critères d'inclusion : âge supérieur à 50 ans, patients inconnus de la structure.

Mon idée est de proposer un examen sérieux contrôlé par un ophtalmologiste, plutôt que de les laisser se tourner

¹ Amy 5.4 : 14,04 euros.

vers des offres faites par des opticiens en cheville avec des généralistes, comme dans le cas de cette opticienne de Tours dont la prestation est honteusement à 60 €.²

[Conclusion

Nous devons résoudre le problème de l'accès à l'ordonnance de lunettes, d'autant plus qu'elle est devenue obligatoire. Le défi des ophtalmologistes exerçant dans des territoires avec pénurie est d'arriver à accepter les nouveaux patients devenus orphelins de leur ophtalmologiste parti en retraite. Pour que

ce soit possible, il faut donc orienter vers l'orthoptiste de sa structure un flux de plus en plus important de contrôles réfractifs.

Nous avons aussi, au niveau collectif, d'autres obligations: avoir une attention particulière pour des besoins visuels des jeunes générations, garder les adaptations de lentilles sous contrôle médical et, enfin, accueillir les urgences. Tout cela nécessite une réorganisation des prises en charge, et le protocole Pays de la Loire en est un outil principal. Il est actuellement autorisé dans 20 régions différentes, et il concerne 54 équipes comprenant

204 orthoptistes et ophtalmologistes. Il est facile à appliquer, et il est approuvé par les autorités sanitaires.

Si vous voulez mettre en place les autres protocoles, sachez que celui sur le dépistage des enfants est validé juridiquement. En ce qui concerne la prestation "dépannage" des adultes, si vous le faites, c'est à vos risques et périls. Personnellement, je l'ai mis en place à un tarif raisonnable pour rendre service aux patients sans ophtalmologiste.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

² <http://www.acuite.fr/actualite/magasin/93101/faire-de-loptometrie-et-factorer-sa-prestation-cest-possible-tours>

Quelle place pour un interne dans un établissement de santé privé ?

→ Thierry AMZALLAG, Delphine CHENAULT

L'arrivée d'internes en ophtalmologie dans des établissements de santé privé date d'il y a 3 ans. Elle a eu lieu à l'Institut Ophtalmique de Somain (IOS) grâce aux volontés conjuguées du chef du service d'ophtalmologie du CHRU de Lille, de l'Agence régionale de santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais et du doyen de la faculté de médecine de Lille.

Elle a été motivée par :

- l'existence de deux bassins de vie, l'Artois et le Hainaut dont la démographie ophtalmologique était nettement insuffisante, et la volonté de toutes les parties d'inciter les étudiants à s'intéresser à ces bassins de vie ;
- le désir de l'IOS de créer des partenariats avec le CHRU de Lille et sous son autorité ;
- la volonté de proposer des terrains de stages supplémentaires pour accroître le choix des étudiants ;
- l'intérêt de faire découvrir aux étudiants des activités et une approche propres au secteur privé ;
- le souhait des praticiens à s'impliquer dans l'enseignement ;
- le souhait de favoriser la recherche clinique à l'IOS.

Le lieu de stage

1. Les activités

L'IOS constituait un terrain de stage intéressant dans la mesure où il pouvait proposer, sur un même site, des activités ophtalmologiques médicales et chirurgicales

extrêmement variées dans le domaine de la cataracte, du glaucome, des paupières et des voies lacrymales, de l'orbite, de la rétine, du strabisme, de la cornée et de la chirurgie réfractive.

2. Les équipements médicaux

L'IOS disposait également de 18 unités de consultation et d'un plateau technique complet, permettant aux étudiants de pratiquer ou d'être initiés aux différents examens complémentaires.

3. Le service de chirurgie

L'établissement disposait de cinq salles de chirurgie :

- un bloc opératoire de quatre salles d'intervention doté d'équipements performants et salle de réveil en circuit court, ainsi que plusieurs types de phacoémulsificateurs ;
- un bloc opératoire pour la chirurgie des paupières, des voies lacrymales et homologué pour l'esthétique ;
- un bloc opératoire pour la chirurgie réfractive comprenant laser Excimer et laser femtoseconde.

La direction de l'établissement et la Commission médicale d'établissement (CME) entendaient alors créer, à travers l'accueil des stagiaires, un véritable partenariat pédagogique avec le CHRU de Lille, la Faculté de médecine et l'ARS et ce, en étroite collaboration avec le coordonnateur du Diplôme d'études spécialisées d'ophtalmologie (DES), le Professeur Rouland. C'est pourquoi nous avons soumis un dossier d'agrément.

Encadrement du projet pédagogique

1. Organisation générale

• Nombre d'internes

Le projet pédagogique a été construit autour de l'accueil de 2 internes par semestre, afin de favoriser les échanges entre internes, créer une émulation et proposer un suivi des compétences individualisé en cohérence avec le portfolio national du DES d'ophtalmologie.

• L'équipe médicale

Le responsable pédagogique pour la formation des internes a été désigné en fonction de son CV et de sa motivation. L'équipe médicale se compose de 10 praticiens temps plein ayant des activités complémentaires, dans le but d'offrir un large éventail de formations aux internes. Afin de formaliser leur volonté, les praticiens de l'établissement ont tous signé une note d'engagement proposée par le Président de la SAS (Société par actions simplifiée) de l'Institut.

• Organisation pratique de l'encadrement

Pour une efficacité maximale des stages, un praticien senior a la responsabilité du suivi d'un seul interne à la fois. Deux praticiens sont désignés "praticien-maître de stage" afin que l'interne puisse suivre, au cours de son stage, des spécialités différentes de l'ophtalmolo-

gie. L'encadrement par les 2 praticiens se fait par période de 3 mois consécutifs. À l'issue des 3 premiers mois, une première évaluation est faite. À l'issue des 6 mois de stage, une évaluation conjointe des 2 praticiens-maîtres de stage est de nouveau réalisée. En cas de difficulté rencontrée lors du stage, l'interne peut à tout moment rencontrer soit le coordonnateur médical de l'établissement responsable de la formation des internes, soit le directeur de l'établissement.

• **L'équipe paramédicale et le pharmacien**

L'établissement dispose également d'une équipe paramédicale expérimentée, qui peut apporter son concours à la formation des internes chaque fois que nécessaire.

• **Activités à l'extérieur de l'établissement**

Le statut des internes prévoit 10 demi-journées d'activités dont 2 dédiées à la formation. Une demi-journée de temps de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité : cours de DES, DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires), formations rendues obligatoires au CHU, etc. Une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome. Il peut s'agir de temps de recherche bibliographique, de participation à des congrès, formations, etc. Le contenu de cette demi-journée est défini par l'interne (p. ex. diplôme universitaire [DU], diplôme interuniversitaire [DIU], préparation de thèse, recherche bibliographiques, etc.).

2. L'activité des internes au sein de l'établissement

Les internes peuvent accéder à l'ensemble des activités de la clinique.

Au début de chaque semestre, les internes rencontrent le responsable pédagogique afin de définir un parcours personnalisé pour chacun en fonction de ses souhaits, besoins et expériences précédentes. La répartition du temps de travail des internes au sein de l'établissement est déterminée au début de chaque semestre.

L'interne participe également aux discussions médicales sur les dossiers et peut également participer aux diverses réunions organisées au sein de l'établissement (CME, CLIN [Comité de lutte contre les infections nosocomiales], gestion des risques, COMEDIM [Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles]... avec une fréquence moyenne de 1/semaine) ainsi qu'aux réunions scientifiques. Un des écueils consiste à assurer le recrutement chirurgical en nom propre du fait des obligations légales. En effet, le patient doit être informé du praticien qui le prendra en charge médicalement ou chirurgicalement, ne serait-ce que partiellement. Ce recrutement se fait lors de consultation, sous la responsabilité d'un praticien-maître de stage. Un bureau de consultation est prévu à cet effet. Une assurance spécifique a été souscrite pour les praticiens seniors dans le cadre de leur encadrement médical et chirurgical.

3. Les moyens matériels mis à disposition des internes

Au-delà des équipements médicaux que l'établissement met à disposition des praticiens et qui seront utilisés dans le cadre de la formation des internes, ces derniers disposent d'une salle de travail avec deux postes informatiques ayant accès à internet et une bibliothèque ainsi que d'un bureau de consultation.

4. Les moyens d'évaluation

En début de stage, l'interne rencontre le responsable pédagogique, et définit

avec lui son parcours personnalisé de formation en fonction de ses souhaits, besoins, ancienneté et stages précédents. Plusieurs étapes d'évaluations sont prévues :

• **Évaluation à la fin du 1^{er} trimestre de l'interne**

>>> Quantification de l'activité réalisée :
 – nombre de demi-journées réalisées à chaque type de poste ;
 – nombre de participations aux actes effectués ;
 – nombre d'actes réalisés personnellement.

>>> Mise en perspective des objectifs définis au début du stage et leur niveau de réalisation à mi-chemin du stage.

• **Évaluation à la fin du stage de l'interne**

Quantification de l'activité réalisée au cours du second semestre :
 – nombre de demi-journées réalisées à chaque type de poste ;
 – nombre de participations aux actes effectués ;
 – nombre d'actes réalisés personnellement.

• **Évaluation des acquis de l'interne en concordance avec le portfolio et objectifs du COUF**

Les objectifs d'apprentissage établis par le Collège des ophtalmologistes universitaires de France sont repris individuellement et adaptés aux possibilités offertes par l'établissement, après avoir été discutés avec le coordonnateur régional du DES d'ophtalmologie.

• **Évaluation par l'interne du terrain de stage**

Afin d'améliorer en permanence l'encadrement pédagogique des internes au sein de l'établissement, une évaluation du stage est effectuée à la fin de chaque

semestre par l'interne. Depuis 3 ans, nous avons tenu compte des différentes remarques, mieux cerner les attentes et fait évoluer les maquettes. Par ailleurs, ces maquettes ne sont pas fixes dans leur répartition, et peuvent être adaptées en fonction des pôles d'intérêt (cliniques, paracliniques ou chirurgicaux) de l'étudiant.

Quelle place pour un interne dans un établissement de santé privé ?

1. Place selon l'interne

En général, les internes apprécient essentiellement les activités techniques et chirurgicales :

- la diversité des chirurgies pratiquées,
- les consultations hyperspécialisées,
- la possibilité de communication de publication,
- le matériel biomédical à la pointe de la technologie,
- la découverte de l'activité libérale et du fonctionnement des établissements de santé privé.

Tous les gestes sont pratiqués par les internes sur des patients recrutés en nom propre, après information spécifique et sous la responsabilité des maîtres de stage. En pratique, nous avons demandé aux internes de lister et de classer les points forts de ce stage.

• **Pratique de la chirurgie de la cataracte**

Elle arrive de loin en premier. Chaque interne opère en fonction de son niveau en étant assisté par un senior tout au long de l'intervention. Toutes les interventions sont filmées. Toutes les vidéos sont visionnées et analysées avec le senior. La chirurgie est enseignée de la fin au début (et non l'opposé, car une incision mal structurée empêche l'intervention) : implantation en remontant jusqu'aux incisions, étape par

Points forts

L'arrivée des internes dans les établissements de santé privés répond :

- à l'existence de bassins de vie dont la démographie ophtalmologique est insuffisante et la volonté d'inciter les étudiants à s'intéresser aux territoires ;
- au désir de créer des partenariats entre les ESP et les CHU ;
- à une volonté commune des CHU, de l'ARS, de la faculté et des ESP ;
- à l'intérêt de faire découvrir aux étudiants des activités et une approche propres au secteur privé. Elle permet d'accroître et de diversifier l'offre de formation ;
- au souhait des praticiens à s'impliquer dans l'enseignement ;
- à la demande des internes dans le domaine chirurgical et technique en complément de leur formation hospitalière.

étape. La méthode est adaptée à la rapidité d'apprentissage, à l'ancienneté, à l'expérience antérieure, à la difficulté des cas. La grande majorité des internes sont autonomes, ou en passe de l'être, à la fin du stage.

• **Pratique de la chirurgie des paupières et des voies lacrymales**

La plupart des techniques de chirurgie orbitopalpébrales, esthétiques et lacrymales sont pratiquées. Les techniques de base sont enseignées et pratiquées par les internes. Les techniques plus complexes sont pour les internes intéressés par cette surspécialité. Des sondages et des poses de sondes monocanaliculonasaales peuvent être réalisés par certains internes.

• **Présentation/Communication/ Publication**

Une demi-journée par semaine est consacrée à la recherche clinique. Chaque interne, épaulé par le responsable pédagogique, prépare une communication à la Société d'ophtalmologie du nord (SON), à la Société de l'Association française des implants intraoculaires et de la chirurgie réfrac-

tive (SAFIR) ou à la Société française d'ophtalmologie (SFO). Des publications dans le Journal français d'ophtalmologie ont été soumises.

• **Observation du fonctionnement de la clinique et de l'optimisation du bloc opératoire**

L'organisation du circuit court (*fast-tracking*) permet une efficacité accrue.

• **Chirurgie réfractive**

L'enseignement de la chirurgie réfractive fait également partie des points forts, aussi bien la consultation préopératoire, le bilan préopératoire que la procédure chirurgicale, quelle que soit la technique. Plusieurs lasers sont utilisés ainsi que des techniques cornéennes ou intraoculaires.

• **Chirurgie cornéenne**

La chirurgie cornéenne est pratiquée par un des maîtres de stages, ce qui permet aux internes d'assister des greffes de cornée selon les différentes techniques, des anneaux intracornéens et des *crosslinking*.

• **Souplesse d'agenda**

Elle est très appréciée des étudiants car elle leur permet, après accord, d'assister des procédures particulières, rares ou complexes, indépendamment de leur planning prévisionnel pour peu que cela soit possible.

• **Glaucome**

La consultation de glaucome, les chirurgies du glaucome, les traitements au laser (Iridotomie périphérique au laser + *Selective laser trabeculoplasty* [IP + SLT]) sont également cités.

• **Implants Premium**

Les consultations préopératoires et la chirurgie utilisent des implants Premium (toriques et multifocaux) avec reconnaissance oculaire et injection d'image dans les oculaires du bloc opératoire. Sélection des patients après examen, information spécifique, calculs, comma.

• **Prise en charge des cataractes difficiles**

La prise en charge des cataractes difficiles est commentée et filmée. Présentation des cas les plus intéressants.

2. Place selon la direction de l'établissement

• **Les points forts de l'accueil d'internes pour un directeur d'établissement de santé privé**

L'accueil d'internes est une force pour un établissement de santé privé. En participant à la formation des étudiants, l'établissement est valorisé. Les publications des internes et leurs communications sont des vitrines pour les établissements qui les ont accueillis. L'agrément pour l'accueil des internes en établissement de santé privé permet aux cliniques et hôpitaux privés de faire

découvrir aux futurs praticiens l'organisation du secteur privé. Ils peuvent alors orienter leur carrière en fonction de leurs diverses expériences.

D'un point de vue plus opérationnel pour la direction d'établissement de santé privé, l'interne – intervenant parfois en tant que faisant fonction d'aide-opérateur, en lieu et place d'un infirmier de bloc opératoire de l'établissement – permet de réaffecter le temps d'infirmier de bloc opératoire. Pour autant, il est évident que l'accueil d'internes nécessite des moyens financiers et humains.

• **Accueil des internes : constats de la direction de l'établissement de santé privé**

L'objectif de l'accueil des internes en établissement de santé ne doit pas être lucratif, car cette activité coûte davantage à l'établissement qu'elle ne lui rapporte. En effet, si les établissements de santé privé sont éligibles à l'attribution des subventions MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), celles-ci ne couvrent pas l'ensemble des frais liés à l'accueil des internes (refacturation des salaires mensuels, infrastructures mises à leur disposition...). L'accueil des internes nécessite également du temps de personnel, notamment de l'encadrement de proximité (chef de bloc opératoire, cadre de santé, pharmacien...), qui est amené à entourer/former l'interne notamment sur les problématiques organisationnels.

Le succès de l'accueil des internes repose sur la collaboration entre la direction de l'établissement de santé privé et le corps médical libéral. En effet, la volonté de former les futurs praticiens doit faire partie intégrante du projet médical de l'établissement.

3. Place selon le responsable de stage

Essentiellement, il ne faut pas voir dans le fait d'accueillir des internes

autre chose que le plaisir de partager la connaissance et de transmettre, ce qui constitue la principale contrepartie au temps passé à l'enseignement. Aucun modèle économique ne peut compenser le temps passé à l'enseignement, ce qui est conforme à nos engagements. L'enseignement de qualité prend du temps, il faut en être conscient avant de démarrer. Le souhait des praticiens de s'impliquer dans l'enseignement doit être total et partagé par tous.

Nous ne choisissons pas les internes, c'est eux qui nous choisissent. Il faut donc se montrer à la hauteur de ce choix et prêter attention à leur demande tout en respectant nos obligations de formation. Il s'agit d'un projet d'équipe qui implique tous les maîtres de stage, c'est donc pour notre équipe un facteur de cohésion.

L'IOS se situant à la limite de l'Artois et du Hainaut, il nous a semblé important de contribuer à l'accroissement de l'offre de soins, car la demande est très importante. La venue des internes pourra y contribuer, car seuls les pôles importants – très bien équipés d'un point de vue administratif et technologique – sont attractifs pour les futurs jeunes installés. Ces stages permettent d'apprendre à se connaître et à connaître la structure et l'environnement. Nous restons en contact avec tous les anciens internes qui sont passé à l'IOS.

Le partenariat avec le CHU de Lille fonctionne bien, sous l'autorité du chef de service du CHR de Lille. La responsabilité des internes et la confiance qui nous est faite permet des échanges public-privé favorables à l'offre de soins. Cela représente par ailleurs, pour l'IOS, une reconnaissance statutaire. Les étudiants nous obligent à une grande rigueur, à une remise en question permanente. Il faut être apte à répondre aux questions posées.

D'un point de vue chirurgical, on n'opère pas de la même manière quand

on enseigne. Les aspects descriptif et analytique prennent une place plus importante. L'arrivée des internes a constitué une contribution notable aux travaux de recherches clinique à l'IOS. Elle a permis d'accroître la production scientifique et de mener à bien des travaux nécessitant beaucoup plus de temps et de moyens, en particulier les statistiques. La nature des études s'en est trouvée changée. Nous avons rencontré une implication totale des étudiants dans ce domaine, également motivée par leur volonté d'étoffer leur épreuve de travaux. La totalité des internes ont communiqué.

Ces travaux nécessitent cependant un encadrement rigoureux et chrono-

phage. Les internes participent également à la formation des infirmières et des secrétaires pour la prise en charge des urgences. Chacun crée un diaporama qu'il présente au cours du stage. Le regard des étudiants sur notre pratique, d'un point de vue organisationnel et technique nous permet de la faire évoluer. Ils apportent le regard d'une génération.

Conclusion

L'arrivée des internes dans les établissements de santé privés permet d'accroître et de diversifier l'offre de formation. Elle est le fruit d'une volonté commune: CHU, ARS, faculté,

ESP (Espace de santé publique). Notre bilan après 3 ans est très satisfaisant eu égard aux objectifs qui nous avaient été assignés.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

La recherche clinique en pratique privée

→ Loïc PINSARD, Patrice TAUBENBLATT

L'ophtalmologie est une discipline novatrice, évoluant rapidement, proposant régulièrement aux patients des traitements toujours plus efficaces. Nous avons vu évoluer ces dernières années les biomatériaux pour les dispositifs médicaux implantables en chirurgie de la cataracte, les nouveaux lasers. Plus récemment, dans le domaine de la rétine médicale, les molécules anti-VEGF ont révolutionné la prise en charge de la DMLA exsudative, des œdèmes maculaires diabétiques ou secondaires à des occlusions veineuses rétinienne.

En pratique libérale, le volume d'actes médicaux et chirurgicaux en ophtalmologie est conséquent. Les nouveaux centres ophtalmologiques fonctionnant sur la base du couple ophtalmologiste-orthoptiste, regroupent souvent des domaines de compétences différents, ce qui peut représenter **des flux actifs suffisants pour la recherche clinique**.

Les médecins libéraux se positionnent de plus en plus comme acteurs de la recherche clinique, que ce soit pour **des études observationnelles ou interventionnelles**. On trouve des médecins investigateurs en oncologie et cardiologie mais aussi en urologie, orthopédie et ophtalmologie.

Organisation d'une étude clinique

La recherche nécessite des moyens logistiques et humains pour chaque

étape, du recueil de données (logiciels de consultation, tableur), le traitement des données (outils informatiques statistiques), qui peut être réalisé par le médecin, l'infirmière, la secrétaire, l'orthoptiste, l'attaché de recherche clinique, le biostatisticien. Enfin, il est parfois nécessaire de s'aider de méthodologistes, de traducteur, d'aide à la rédaction de la publication scientifique. Les examens complémentaires (biologie, imagerie, avis spécialisés), dont l'objectif est uniquement orienté pour la recherche et non pour la prise en charge du patient, ne doivent pas être supportés par le système solidaire de santé (**fig. 1**).

1. Le promoteur

Sa fonction est de prendre l'initiative d'une recherche biomédicale. Il peut s'agir d'un médecin, d'une société savante, d'un laboratoire pharmaceutique, d'un établissement. Après avoir défini son cheminement scientifique (théorie, problématique, hypothèses, données de la littérature, matériel et méthodes), il devra constituer un projet de recherche décrivant ses besoins, éventuellement aidé par des structures de soutien et d'aide à la recherche. L'origine de la prise en charge des coûts engendrés varie selon la finalité de l'étude.

2. L'investigateur

C'est un docteur en médecine, responsable de la réalisation de l'étude. Il peut être associé à des co-investigateurs. Il informe et recueille le consentement

des personnes, organise les *monitorings*, note et informe le promoteur **des événements indésirables graves (EIG) et non graves (EING)**, indemnise les participants des contraintes subies.

3. L'attaché de recherche clinique (ARC)

Il s'occupe de la bonne réalisation du *monitoring*, vérifie la conformité des **consentements**, vérifie la qualité des droits et la sécurité des participants, vérifie la qualité des données recueillies, veille à ce que la recherche soit réalisée conformément au protocole et la réglementation en vigueur.

4. Le technicien d'étude clinique (TEC)

Il a une fonction d'aide auprès de l'investigateur, il aide au *screening*, à l'inclusion et au suivi des patients. Il aide également au remplissage des **cahiers d'observation** (*Case report form* [CRF]), à la gestion des prélèvements et des traitements.

Tout cela dans un cadre éthique, réglementaire et légal de protection des données (Commission nationale de l'informatique et des libertés [CNIL]), des personnes (Comité de protection des personnes [CPP]) et des lois encadrant la recherche biomédicale.

Pour rappel, les études interventionnelles se proposent de répondre aux questions : *Le produit est-il efficace ? Le produit est-il bien toléré ? Qui et/ou comment doit-on utiliser le produit ?*

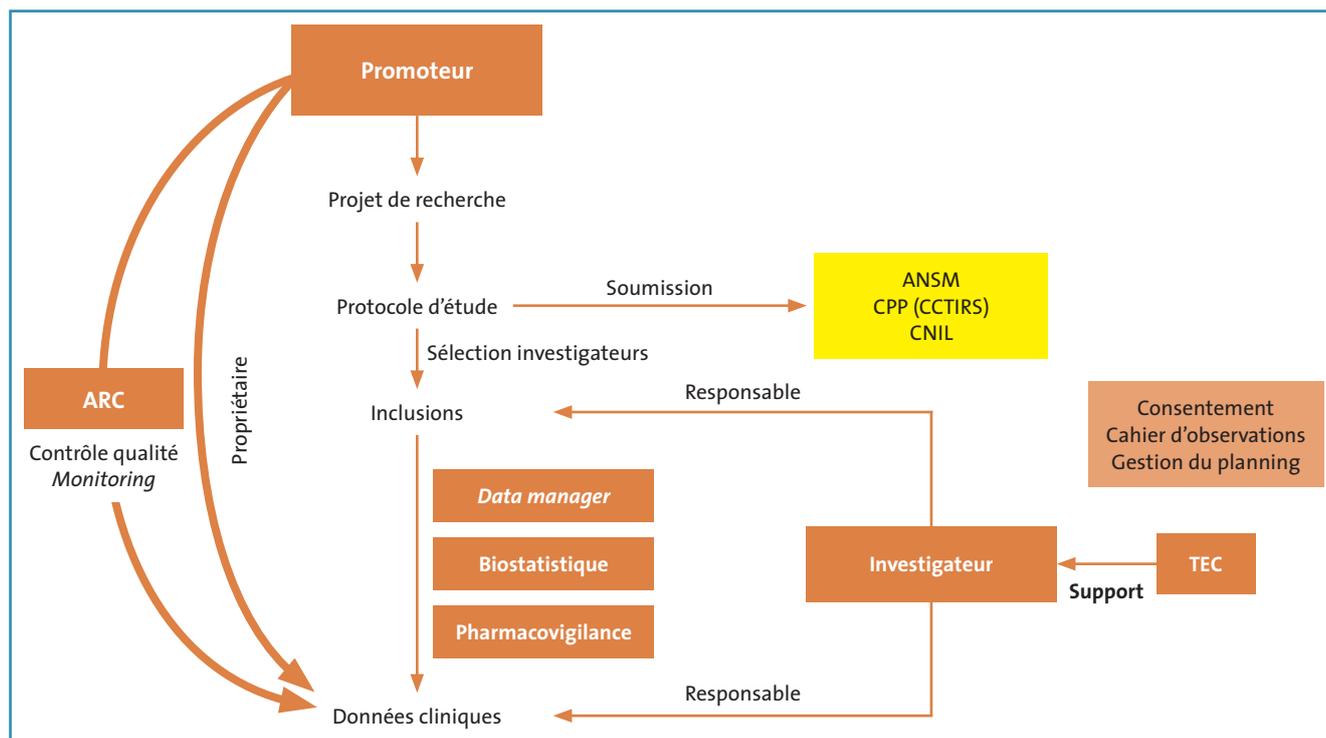


FIG. 1: Schéma organisationnel d'une étude clinique.

On y retrouve :

>>> **Phase I :** les essais sont menés principalement sur un nombre limité de sujets sains. La molécule est testée sur une courte période. L'objectif est d'évaluer la sécurité d'emploi du produit, son devenir dans l'organisme, son seuil de tolérance ainsi que les effets indésirables.

>>> **Phase II :** les essais sont réalisés sur des patients. Leur objectif est de tester l'efficacité du produit et de déterminer la dose optimale. Ces études sont le plus souvent comparatives.

>>> **Phase III :** menés sur de larges populations de patients, les essais permettent de comparer l'efficacité thérapeutique de la molécule. Ces essais sont très souvent multicentriques et en double insu.

Les études observationnelles (non interventionnelles) sont des études

post-marquage ou post-inscription (phase IV), qui sont réalisées dans des conditions proches de la prise en charge habituelle. Ces essais ont pour objectif de repérer d'éventuels effets indésirables rares, non détectés durant les phases précédentes (pharmacovigilance).

Processus de la réalisation d'un essai clinique

1. Le rôle du promoteur

Pour la réalisation de l'essai clinique, le promoteur (institutionnel ou industriel) doit obtenir un numéro d'identification, souscrire une assurance, recevoir l'avis favorable d'un CPP et de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Au cours de l'étude, le CPP et l'ANSM sont informés de l'avancement du protocole de recherche. L'investigateur organise les monitor-

ings (surveillance, recueils de données) et déclarations immédiates d'événements indésirables graves inattendus). À la fin, le résumé du rapport final est transmis à l'ANSM, les investigateurs doivent être informés des résultats de l'étude, puis on procède à l'archivage des données de recherche.

En pratique, le promoteur envoie un **Questionnaire de faisabilité** (par exemple pour une étude en rétine médicale : type d'OCT, présence d'une salle ETDRS (*Early treatment diabetic retinopathy study*) avec marquage au sol certifiée, flux actif convenable, évaluation du temps TEC et ARC) et un **Questionnaire de confidentialité** de l'étude à plusieurs centres susceptibles de devenir investigateurs. Une visite de sélection permet d'inscrire le centre, puis une visite de mise en place à l'ouverture du centre (inclusions rapides), visites de *monitoring*, visites de clôture.

2. Le rôle de l'investigateur

L'investigateur (cabinet médical ou établissement de santé) devient un prestataire pour le promoteur industriel, qui a rédigé les protocoles et pris les engagements nécessaires à l'étude. Une convention bipartite est établie entre le centre investigateur et le promoteur. Elle vise à déterminer la nature des surcoûts (humains : honoraires investigateur, personnels ; actes spécifiques : imagerie, biologie) liés à la recherche qui seront facturés au promoteur. Le plus fréquent en ophtalmologie libérale est une Convention entre investigateur/promoteur directe sans intervention des établissements de santé. Les cabinets de groupe sont suffisamment fournis en moyens humains et matériels pour faire les inclusions et *monitoring*. Les investigateurs organisent eux-mêmes l'accueil de l'étude dans le cabinet. Une expérience solide doit être acquise, au départ généralement sur des études de phase IV.

Par ailleurs, l'activité des médecins investigateurs est reconnue voire soutenue par le ministère de la Santé. En effet, une dotation de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de 1,6 milliard d'euros est allouée chaque année. En prenant en compte les publications scientifiques des médecins et les inclusions dans les études interventionnelles institutionnelles (*via* **outil SIGAPS-SIGREC** [Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications scientifiques et Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais cliniques]), les **fonds MERRI** (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation) permettent aux établissements de santé de soutenir financièrement la recherche clinique : financement de ressources humaines (TEC, ARC, Stat), logiciels, *consulting* (analyse bibliographique, traduction, rédaction d'articles, montage de projets : AAP H2020). L'établissement de santé

Points forts

- Les cabinets libéraux à grands flux de patients, et/ou organisés en sous-spécialités, proposent des files actives intéressantes pour la recherche clinique.
- La recherche est une activité chronophage qui doit être organisée. Elle doit mettre en effervescence des moyens humains : aides à la consultation certifiées (orthoptistes), aides à la recherche (ARC, TEC), et au matériel (salles de lecture certifiées, OCT, réfrigérateur certifié).
- L'investigateur est un médecin, responsable de l'organisation de la phase d'inclusion, d'information au patient, de recueil des données et des événements indésirables. Il doit répondre aux exigences de rigueur du promoteur.
- Le promoteur assure le cadre légal, éthique ainsi que le protocole d'étude. Il finance le coût de la recherche, propose aussi des moyens humains et matériels pour aider le centre investigateur. Il contrôle la rigueur du suivi de l'étude par des visites régulières des centres, parfois des audits.
- L'activité d'investigation peut être :
 - à l'initiative directe d'un cabinet d'ophtalmologie spécialisé, indépendant, organisé et entraîné ;
 - depuis quelques années, elle est aussi soutenue par l'état qui propose des fonds aux établissements de santé pour aider les praticiens à s'organiser à cette nouvelle tâche.

capte et aide l'activité de recherche ; en contrepartie, la rémunération de l'investigateur est comprise dans le contrat unique et est donc directement versée à l'établissement.

En facturant les coûts générés par le protocole, les études interventionnelles industrielles permettent aux investigateurs de se positionner sur des études à forts potentiels d'innovation. En échange, l'investigateur a un engagement solide vis-à-vis de l'industriel qui se traduit par le respect des clauses contractualisées (mise à disposition de ressources humaines, taux d'inclusion, bon déroulement de l'étude, qualité des données).

Trois critères sont essentiels dans le choix d'un centre :

- vitesse d'autorisation administrative ;
- vitesse de mise en place de l'étude ;
- vitesse des inclusions.

Lorsque les essais se font dans l'enceinte d'un établissement de santé, afin d'agir

sur le premier critère, **le contrat unique** a été mis en place (loi de modernisation du système de santé en date de 26 janvier 2016 et textes d'application prévues pour juillet 2016). Très attendue par les syndicats professionnels pharmaceutiques (les Entreprises du médicament [LEEM]) et des dispositifs médicaux (Syndicat national de l'industrie des technologies médicales [SNITEM]), le contrat unique est une mesure de simplification administrative qui doit conduire à la réduction des délais de mise en œuvre des essais cliniques industriels au sein des établissements de santé, et ainsi redonner de la compétitivité à la France pour la R&D (Recherche et développement) des industries de santé. Cette mesure cherche à renforcer l'attractivité française et l'excellence de sa recherche médicale.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de lien d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

L'optimisation des flux patients en chirurgie de la cataracte

→ Jean-Pierre DANOS, Serge ZALUSKI

[Contexte

La chirurgie de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué en France et représente une activité en constante progression. Le nombre de chirurgies est passé entre 2006 et 2015 de 560 000 à environ 800 000 : une augmentation de 42 %. Par ailleurs, le papy-boom est un phénomène inexorable qui va accroître l'activité de chirurgie de la cataracte.

On estime que la population âgée de plus de 65 ans devrait passer en Europe de 16 à 28 % entre 2010 et 2050 et, pour la France, le nombre de personnes de plus de 80 ans passera de 1,5 million en 2011 à 6,1 millions en 2035.

À l'inverse des volumes d'activité, le GHS (Groupe homogène de séjour) en privé a chuté entre 2007 et 2016 de 1 064 € à 727 € : une baisse de 32 % (39 % en euro constant). Le GHS des établissements publics a, quant à lui, vu sa valeur diminuer de 1 512 € à 1 266 € entre 2009 et 2016. Cette situation impose aux établissements de trouver des axes d'amélioration de la performance et donc d'augmenter leur productivité en limitant les coûts par acte.

[L'optimisation des flux en chirurgie de la cataracte : un nouveau modèle organisationnel à développer

Cette chirurgie génère donc un flux patient parfois très important à traiter selon les établissements. Elle est

pratiquée à plus de 90 % en mode ambulatoire, et gérer ce flux dans chaque établissement n'est pas toujours aisé. Aujourd'hui, le patient n'aime pas attendre. Il souhaite une organisation "zéro défaut" non seulement en termes de risques et de qualité d'intervention mais aussi de fluidité de son parcours. Par ailleurs, les établissements sont confrontés au défi de l'amélioration de leur efficacité. Des patients qui attendent mobilisent des ressources en espaces, en personnel et en hôtellerie. Ils consomment également plus de médicaments que ceux qui n'attendent pas.

Enfin, travailler dans une organisation fluide offre un certain confort de travail tant pour les ophtalmologues que pour les anesthésistes et les équipes paramédicales. Pour cela, il faut adopter et mettre en œuvre de nouveaux modèles organisationnels : **l'ambulatoire exige une organisation basée sur un modèle de gestion des flux centré autour du patient, de son parcours et des circuits qu'il emprunte, le tout assorti d'une démarche qualité/gestion des risques autour de processus de prise en charge.**

Plusieurs flux et circuits sont ainsi à organiser :

>>> **Les flux et circuits patients** (les plus courts possibles et planifiés de manière précise au niveau de l'admission, de l'entrée, du passage au bloc, de la sortie). Ces flux et processus sont dits "opérationnels".

>>> **Les flux et circuits d'information** (information du patient spécifique, passeport ambulatoire, dossier médical, pilotage du parcours du patient, etc.).

>>> **Les flux et circuits logistiques** (matériels, médicaments, bionettoyage, évacuation des déchets, restauration/collation).

[La durée de séjour et la rotation

Un indicateur majeur du flux patient est la durée de son séjour qui est associée à la possibilité de rotation. Plus son séjour est court, plus le flux sera rapide. Cela permet une plus grande **rotation du nombre de patients sur la journée** au regard des supports utilisés. On entend par support les lits ou les fauteuils. Aujourd'hui, en chirurgie de la cataracte, le patient ne devrait plus être alité lors de son intervention, sauf cas très exceptionnel. À titre indicatif, dans les établissements les plus performants, un patient traité pour une chirurgie du cristallin séjourne entre 1 heure 30 minutes et 2 heures 30 minutes. On atteint ainsi des rotations de plus de 10 patients sur le même fauteuil au cours d'une journée.

[Les accélérateurs de flux

Pour optimiser les parcours des patients, il convient de travailler dans chaque établissement sur les accélérateurs de flux. **On appelle "accélérateur**

de flux” tout élément de l’organisation (architecture, effectif, qualification, procédure, circuit, pratique ou technique professionnelle, méthode de travail, innovation thérapeutique, etc.) qui permet de réduire pour le patient les temps de chaque étape, de supprimer une ou plusieurs étapes, de supprimer ou limiter les temps d’attente, de réduire en final la durée de son séjour dans l’établissement et de fluidifier les flux de patients.

Partir du parcours patient

Pour améliorer le traitement du flux des patients, il faut en premier lieu procéder à une analyse par audit du parcours du patient et identifier tous les points anti-flux pour chaque processus (consultation praticien, pré-admission, etc.) (fig. 1).

Un accélérateur de flux puissant : la mise en place du circuit ultracourt en chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte ambulatoire exige un changement profond dans les

modèles organisationnels hospitaliers, à commencer par une nouvelle conception des parcours et des circuits patients. Cela nécessite de concevoir des circuits de prise en charge spécifiques, notamment d’introduire ce que l’on appelle le **circuit ultracourt**.

Le principe qui guide le circuit court est que le patient doit attendre le moins possible à toutes les étapes de son séjour. À titre indicatif, on considère qu’il doit être convoqué au maximum 30 à 45 minutes avant son passage au bloc opératoire, sauf cas particulier (soins préopératoires d’une certaine durée). Dans ce circuit, la préadmission a été organisée de manière à ce que le patient n’ait pas à passer au bureau des entrées le jour de son intervention. Le pointage est fait par l’IDE (Infirmier diplômé d’État) de l’unité ambulatoire.

Cette organisation implique donc des convocations et arrivées des patients systématiquement échelonnées. Après le pointage et l’accueil par l’IDE, le patient passe au vestiaire puis range ses affaires personnelles dans un casier fixe ou mobile. Il passe ensuite en salle d’attente préopératoire. L’IDE procède à sa préparation, puis il est acheminé au

bloc à pied (éventuellement en fauteuil) en étant accompagné par le brancardier. Ce dernier peut, dans ce cas, encadrer 2 ou 3 patients en même temps. L’idéal est cependant la proximité immédiate de la salle d’attente, du vestiaire et du bloc opératoire, permettant de limiter au minimum l’accompagnement.

Après l’intervention, on pratique le *fast-tracking* (FT) de la salle de réveil chaque fois que possible, soit sous la forme complète, soit sous la forme d’un “pointage” en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le patient revient du bloc de préférence à pied, si nécessaire en fauteuil ou en brancard. Il se change au vestiaire avant ou après un passage en salle de repos postopératoire (zone de fauteuils) ou dans des boxes, sous la surveillance de l’IDE. Il peut prendre une collation.

Après validation de sa mise à la rue, il quitte l’établissement. Il existe, selon les établissements, plusieurs variantes au circuit court : salle de sortie pour les collations séparée de la salle postopératoire ou des boxes, principe de la marche en avant sur la totalité du circuit ou sur une grande partie, etc. Il résulte de la mise en place du circuit

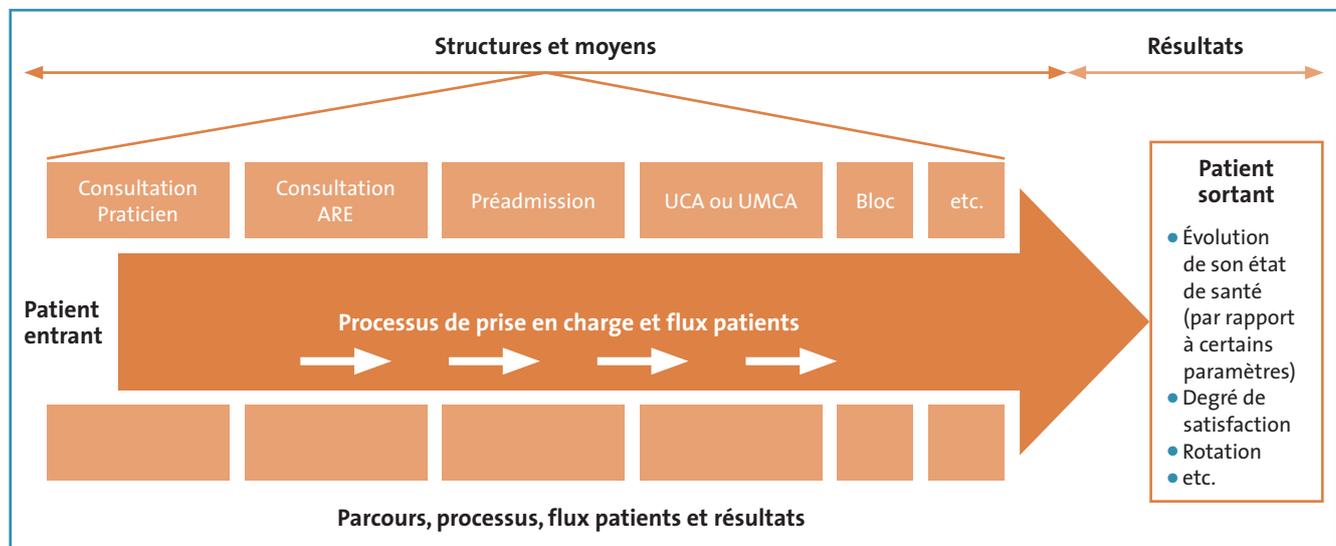


FIG. 1 : Parcours, processus, flux patients et résultats.

