

# réalités

# n° 244

## OPHTALMOLOGIQUES

Défis de demain  
en santé visuelle  
Optimisation de la prise  
en charge des patients

Coordination : Serge Zaluski



# Éditorial

→ PIERRE-JEAN PISELLA

**C'** est avec honneur et plaisir que j'ai accepté l'invitation à la rédaction de ce numéro exceptionnel de *Réalités Ophtalmologiques*, coordonné par le **Docteur Serge Zaluski** et consacré aux défis de demain en santé visuelle tant ils sont nombreux. Vous trouverez dans le sommaire de ce numéro, une liste non exhaustive de ceux-ci, rédigés par une pléthore de talentueux auteurs.

Notre premier défi, à nous, ophtalmologistes, est bien sûr de répondre au besoin de la population en termes de santé visuelle, et ce, sur l'ensemble du territoire. Force est de constater qu'aujourd'hui, cette réponse est, pour le moins inégale selon les régions de France, au moins en termes de délais d'accès, et que, au sein d'une même région, ces mêmes délais varient selon qu'il s'agisse d'une chirurgie... ou d'une prescription de lunettes.

Le défi de la qualité, ou plutôt du maintien de celle-ci est également un enjeu majeur. Cela passe par le maintien d'une formation de qualité avec un haut niveau d'exigence, qui commence en milieu universitaire et doit se coordonner avec l'ensemble des praticiens du territoire. L'augmentation indispensable du volume des jeunes ophtalmologistes français ne pouvant se faire au détriment de la qualité de leur formation. De même, si le métier d'ophtalmologiste a subi ces dernières décennies de profondes mutations technologiques, comme le souligne le **Docteur Thierry Bour** dans son avant-propos, ce dont il faut se réjouir et croire en la recherche pour que cela continue, il ne faut pas oublier, ou pire renier, ce qui fait la base de notre métier et le besoin prioritaire de nos compatriotes : la correction réfractive, qui ouvre la porte de la pathologie oculaire.

Cela passe également par le contrôle de la formation des collaborateurs directs de l'ophtalmologiste, les orthoptistes, dont le parcours a été récemment revu et accru sur le plan théorique et pratique dans les écoles françaises afin de mieux correspondre aux besoins des praticiens sur l'ensemble du territoire. Cela passe bien sûr aussi, par le partenariat efficace avec les acteurs des métiers de l'optique, dans le respect d'une tradition française de qualité fondée sur la prescription médicale.

Cela passe enfin par le maintien de ce qui fait la diversité et la qualité de cette médecine française dont nous sommes les héritiers actuels, riche d'une pluralité de mode d'exercice, libéral ou hospitalier, mixte, réalisant la gageure d'un maillage équilibré du territoire et du maintien de la liberté de choix du praticien.

Tout cela est fragile mais précieux, et, me semble-t-il, il nous appartient, aujourd'hui, plus que jamais, de conduire notre profession vers ces nouveaux défis, pour le plus grand bénéfice individuel de chacun, demain.

# Avant-propos

→ THIERRY BOUR

L'ophtalmologie a commencé sa mutation dans les années 1970 avec l'apparition de l'imagerie (angiofluorographie) et de la microchirurgie. Depuis, c'est une incessante spirale vers l'innovation technique qui concerne aussi bien le diagnostic que la thérapeutique. Les techniques chirurgicales se sont sophistiquées pour arriver à une efficacité et à un confort pour les patients qui ne pouvaient que difficilement être soupçonnés à l'époque. De nouveaux champs sont apparus : phakoémulsification, chirurgies réfractive et du vitré... La pratique de la phase réfractive de la consultation s'est radicalement transformée avec l'irruption des auto-kérato-réfractomètres d'une confondante efficacité et rapidité, et des réfracteurs plus ou moins automatisés. Puis, l'arrivée de l'informatisation a permis encore de gagner en efficacité, en qualité et d'envisager l'envol de l'imagerie ophtalmologique. Si les appareils sont de plus en plus nombreux, force est de constater que l'irruption de la tomographie par cohérence optique (OCT) a été particulièrement marquante. En effet, en une dizaine d'années, elle est devenue le deuxième acte le plus pratiqué de toute la médecine, derrière l'examen de la vision binoculaire ! Cette évolution n'est pas terminée, de nouveaux appareils, de plus en plus autonomes, robotisés et pilotés par l'intelligence artificielle, vont progressivement apparaître et s'imposer. Ce changement ne touchera pas que l'examen et l'imagerie, mais aussi la chirurgie et peut-être même encore plus elle que les autres champs d'intervention de l'ophtalmologiste.

À côté de cette transformation profonde produite par les outils "techniques" de notre pratique, depuis quelques années, l'ophtalmologie est à l'origine d'une autre révolution, celle de l'organisation dans son sens le plus large. Elle concerne à la fois les locaux, les personnels administratifs et paramédicaux, la gestion des patients et, ne l'oublions pas, de plus en plus aussi les données qui s'amoncellent. Le noyau stratégique en est bien sûr la constitution d'une équipe autour de l'ophtalmologiste avec délégations de tâches, voire de suivis, sous contrôle médical.

Cette organisation a été l'objet du numéro spécial de *Réalités Ophtalmologiques : Organisation de l'ophtalmologie libérale, un regard vers le futur*. La grande nouveauté, c'est que, suite au rapport IGAS de Dominique Voynet de septembre 2015, les pouvoirs publics soutiennent officiellement cette démarche de transformation de la filière visuelle avec l'ophtalmologiste au centre du dispositif. Ce numéro spécial de *Réalités Ophtalmologiques* avait annoncé en avant-première les évolutions du cadre réglementaire concernant les orthoptistes et les opticiens. C'est devenu une réalité depuis fin 2016 avec la publication des décrets ad hoc au *Journal Officiel*. Les Contrats de coopération pour les soins visuels, dont il est question dans ce numéro, viennent tout juste d'être publiés entre les deux tours de l'élection présidentielle et complètent le dispositif réglementaire. Il reste à mettre en application progressivement ce nouveau cadre officiel et à essayer d'en tirer le meilleur pour résoudre la crise démographique et d'accès aux soins oculaires que nous traversons.

Cette crise ne pourra raisonnablement être dépassée que si le 3<sup>e</sup> volet du plan de restructuration de la filière visuelle atteint ses objectifs qualitatifs et quantitatifs. Je veux

bien sûr parler du nouveau Diplôme d'Études Spécialisées en Ophtalmologie prévu dans la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales. Là aussi, les derniers textes viennent de sortir en avril 2017. Le D.E.S. actuel, datant de 1984, a eu le mérite d'instaurer l'internat pour tous et d'assurer un bon niveau de formation à l'ensemble des nouveaux ophtalmologistes. Cependant, il a aussi largement montré ses limites et ses défauts ; ce n'est pas provocateur que de le dire. Malgré le passage de 4 à 5 ans du D.E.S. en 2002, la grande majorité des internes ont éprouvé le besoin de faire un post-internat pour parfaire leur formation, signe que la formation initiale n'était pas aussi satisfaisante qu'espérée. Ce post-internat s'est d'autant plus développé que la réduction drastique des postes d'internes en ophtalmologie (passage de 250 diplômés par an durant les années 1980 à 50 au début des années 2000), l'a stimulé ; les services d'ophtalmologie, pourtant pas si nombreux, n'ayant en effet plus assez de personnel médical ! La pénurie d'ophtalmologistes unanimement constatée depuis 10 ans en est le dernier avatar.

Aujourd'hui, il s'agit de ne pas manquer les objectifs de cette réforme cruciale pour notre spécialité, en formant suffisamment d'ophtalmologistes et en ouvrant largement la formation pratique en dehors des hôpitaux universitaires vers les territoires où se trouvent la population et les besoins en soins oculaires, notamment en milieu libéral où se dirigeront les 4/5<sup>e</sup> des futurs ophtalmologistes. Ce n'est qu'à ces conditions, venant compléter les autres mesures, que l'on arrivera à surmonter la crise actuelle dont les racines sont anciennes.

Aujourd'hui, de nouvelles idées malthusiennes réapparaissent, prônant la restriction des postes et l'idée que l'activité pourrait ne pas être aussi importante que cela à l'avenir avec l'apparition des nouvelles technologies... Disons-le clairement, ceux qui ont poussé ce genre d'arguments dans le passé, se sont tous et toujours trompés, il en est de même

aujourd'hui. Comment pourrait-il en être autrement alors que la population française continue à croître, que les pathologies oculaires les plus fréquentes (cataractes, glaucomes, DMLAs, syndromes secs, rétinopathies diabétiques) rencontrent de plein fouet le papy-boom, lequel va se poursuivre encore une bonne trentaine d'années !

Certes, les méthodes de prise en charge de ces pathologies (et des autres) sont en train d'évoluer, et c'est l'objet de ce numéro spécial de nous le montrer ; mais de grâce, ne refaisons pas les mêmes erreurs que par le passé, ne nous coupons pas des moyens de nous adapter au futur ! Il faut évidemment revoir régulièrement (et pas tous les 30 ans...) les objectifs et les moyens de la formation des médecins, sans doute à chaque décennie, mais il est hors de propos de considérer que l'on irait vers une pléthore d'ophtalmologistes si l'on augmentait un peu le nombre en formation. Une croissance d'activité de l'ordre de 1/3 est quasi certaine à l'horizon 2025-2030 et au moins 2 500 départs en retraite sont programmés d'ici là. Le SNOF tient un baromètre prévisionnel en ces domaines qui n'a jamais été pris en défaut ces 15 dernières années, alors que les prévisions officielles se sont écartées de la réalité avec la constance d'un métronome.

Tout cela nous ramène à l'objet de ce numéro spécial de *Réalités Ophtalmologiques* consacré aux **“défis de demain en santé visuelle. Optimisation de la prise en charge des patients”**. L'originalité de ce numéro est de traiter la question par grandes pathologies (cataracte, DMLA, diabète, glaucome, sécheresse oculaire...), ou par tissu (cornée, paupières), ou par grands types de prises en charge (urgences, enfant, lunettes, contactologie, chirurgie réfractive). Il vient ainsi parfaitement compléter le premier numéro spécial qui visait plutôt les aspects transversaux de l'organisation des cabinets. Il prend acte de l'hyperspécialisation progressive, partielle ou exclusive, d'une bonne partie des oph-

talmologistes. À l'heure où la grande majorité de nos confrères exercent en cabinet de groupe ou au sein de réseaux plus ou moins formalisés, cette sur-spécialisation n'a rien d'anormale, même si l'ensemble d'un groupe doit pouvoir faire face à la globalité de la prise en charge d'un patient. Il faut remercier Serge Zaluski, déjà à l'origine du premier numéro, d'avoir conçu et imaginé le contenu de ce fascicule qui, n'en doutons pas, apportera des idées, ou des solutions à tous ceux qui veulent évoluer dans leur pratique pour s'adapter à ce monde changeant en permanence.

Je voudrais terminer en évoquant l'importance d'un nouvel outil inventé dans le décret des orthoptistes de décembre 2016 et qui vient en parfaite résonance avec les sujets de ce numéro, je veux parler des Protocoles Organisationnels (PO) permettant une collaboration renforcée avec les orthoptistes dans un cadre spécifique réservé aux ophtalmologistes. En effet, seul un ophtalmologiste peut les instaurer et seulement les patients de celui-ci sont concernés, les orthoptistes étant les uniques paramédicaux pouvant les intégrer. Tous les actes réalisés restant sous la responsabilité de l'ophtalmologiste (notamment indication, interprétation). Il y a deux types fondamentalement différents de PO : en présence de l'ophtalmologiste (cadre bien connu du travail aidé) ou en télé-médecine avec un décalage de temps (au moins une journée) ou à distance. C'est l'affirmation claire de notre spécificité d'exercice et des liens étroits avec l'orthoptie, mais il n'est pas impossible que les PO servent d'exemple à l'avenir à d'autres spécialités.

Ces protocoles organisationnels prennent en quelque sorte le relai des “Protocoles de Coopération entre professionnels de santé” introduits par la loi HPST en 2009 et son article 51, qui créait un cadre dérogatoire pour la réalisation de nouvelles formes de coopération entre les acteurs.

C'était une nouveauté prometteuse, mais ayant engendré beaucoup de réticences de la part de nombreux acteurs, car il s'agissait de valider ce qui était considéré jusque là comme illégal ! En réponse, l'administration française s'est saisie du sujet au travers de la HAS, des ARS et du curieux "Collège des Financeurs", organisme se réunissant tellement rarement que sa réalité peut sembler fictive. Le SNOF, l'Académie Française d'Ophtalmologie et certains ophtalmologistes se sont investis largement dans ce concept et nous sommes la spécialité qui a produit le plus de protocoles "article 51" ainsi que la seule ayant eu deux protocoles de coopération financés (les protocoles Pays-de-Loire de J.B. Rottier), lesquels ont eu un vrai succès. Le protocole Haute-Normandie initié par le Pr M. Muraine devrait aussi recevoir un financement avant l'été. Mais là aussi, le financement est dérogatoire, provisoire et sa généralisation demande le suivi de multiples indicateurs.

Bref, ces protocoles de coopération se sont montrés inaptes à faire évoluer rapidement les pratiques d'un grand nombre d'acteurs et n'ont pas soulevé de consensus. Ce fut une réussite intellectuelle, mais un échec pratique, hormis quelques rares cas. Cette étape a permis cependant de faire évoluer les mentalités et de soulever les difficultés pratiques. La HAS en a parfaitement conscience, comme le SNOF et l'Académie Française d'Ophtalmologie ont pu récemment le constater lors d'une rencontre avec sa dernière présidente, Mme A. Buzyn, aujourd'hui Ministre de la Santé.

Il est probable que peu de protocoles de ce type seront à l'avenir soutenus par les autorités. Le rapport IGAS de 2015 sur la restructuration de la filière visuelle a permis préventivement de mettre tout ceci sur la table et d'imaginer un autre concept qui se veut plus simple d'élaboration, à la main des médecins, sans contrôle administratif excessif et ne nécessitant pas de financement particulier en travail aidé

ou alors pouvant déboucher rapidement sur des financements adaptés (télé médecine). Ainsi, le SNOF a progressivement élaboré le concept de protocole organisationnel, qui a l'inverse du précédent n'est pas dérogatoire (d'où beaucoup moins de contraintes), mais qui s'appuie sur un décret d'actes rénové et élargi, rendant l'appel à la dérogation beaucoup moins nécessaire. On constatera d'ailleurs que la plupart des protocoles art.51 validés par la HAS ne sont plus dérogatoires avec le nouveau décret des orthoptistes et pourront se décliner à l'intérieur des PO sous une forme simplifiée.

Que ce soit le SNOF, fort de sa connaissance approfondie des protocoles de coopération et de leurs défauts, qui soit à l'origine de ce nouveau concept, n'est par conséquent guère étonnant. Le rapport IGAS, puis le décret des orthoptistes, ont été des véhicules opportuns pour les formaliser progressivement. Ces protocoles organisationnels sont clairement une opportunité pour notre spécialité de protocoliser le travail en équipe avec les orthoptistes sans contraintes excessives. Ils permettent de se passer de prescription écrite et signée pour chaque acte orthoptique, obligatoire en dehors de ces PO ; rien que cela devrait pousser la grande majorité des ophtalmologistes en travail aidé à les adopter. Les potentialités complètes de ces protocoles apparaîtront progressivement. Les premiers modèles viennent d'être proposés et nous allons travailler avec les sociétés de sur-spécialités pour les nouveaux. Les PO permettent aussi de faire un lien quasi naturel entre travail aidé et télé médecine, même si le financement dans ce dernier cas reste à fabriquer et qu'il vise spécifiquement les pathologies chroniques et stabilisées. Les PO vont, je le pense, donner une ampleur plus importante au nouveau décret des orthoptistes et à la coopération ophtalmologiste-orthoptiste.

Les articles de ce numéro vous offrent des éléments et des pistes pour que chacun s'approprie cette évolution de l'ophtalmologie en fonction de son activité et des

besoins de ses patients. L'ophtalmologie, plus que jamais, est à montrer en exemple à d'autres spécialités et à la nouvelle équipe de décideurs issue des élections présidentielles et législatives.

#### POUR EN SAVOIR PLUS

- Organisation de l'ophtalmologie libérale : un regard vers le futur. *Réalités Ophtalmologiques*, 235, cahier 3, 2016.
- Revue de l'Ophtalmologie Française, Ophtalmologie et perspectives : décrets opticien et orthoptiste, 2016;205:8-19.
- Revue de l'Ophtalmologie Française, Ophtalmologie et perspectives : protocoles organisationnels, contrat de coopération pour les soins visuels, 2017;206:8-15.
- Revue de l'Ophtalmologie Française, Dossier : zéro délai en 2022, 2017;206:198-29.
- Décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/5/2016-1670/jo/texte>
- Décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/12/2016-1381/jo/texte>
- Arrêté du 25 octobre 2016 fixant la liste des situations médicales prévues aux articles D. 4362-11-1 et D. 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/25/AFSH1628600A/jo/texte>
- Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/12/MEN-S1708241A/jo/texte>
- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000034502881](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034502881)

# Préambule

→ **SERGE ZALUSKI**

*“Il vaut mieux viser la perfection et la manquer que viser la médiocrité et l’atteindre.”  
Bertrand Russell (ou Francis Blanche)*

**L**e paradoxe est simple. La population française, de par son vieillissement et ses exigences en matière de qualité de soins, justifie d’une plus grande consommation ophtalmologique – à cela s’ajoutent les évolutions des techniques tant au plan des outils du diagnostic que des traitements – ; par ailleurs, l’évolution démographique de la profession est en baisse.

L’objectif de ce numéro spécial de *Réalités Ophtalmologiques*, qui fait suite à celui d’octobre 2016 qui traitait de façon transversale l’organisation de l’ophtalmologie libérale est de proposer un état des lieux et des schémas de prise en charge optimaux pour l’essentiel des techniques et des pathologies ophtalmologiques.

Mon préambule sera bref car le **Professeur Pierre-Jean Pisella**, président de la Société Française d’Ophtalmologie, et le **Docteur Thierry Bour**, président du Syndicat National des Ophtalmologistes de France ont aimablement accepté de rédiger éditorial et avant-propos. Qu’ils soient remerciés pour cela ainsi que pour leur engagement constant au service de la profession. Comme à l’habitude, notre gratitude va également à l’ensemble des contributeurs qui se sont aimablement, et avec succès, prêtés à l’exercice périlleux de la rédaction d’un article dont le thème est inhabituel.

Le laboratoire Novartis (et ceux qui ont porté ce projet s’y reconnaîtront) a accepté avec enthousiasme d’apporter son entier soutien institutionnel à l’édition de ce numéro et nous les en remercions.

Comme à l’habitude, l’équipe de Performances Médicales qui édite cette revue n’a pas usurpé du nom de cette entreprise en accomplissant ici un travail sans faute.

Bonne lecture, que nous espérons enrichissante, à toutes et tous.



## 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-Dhellemmes, 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, Dr 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, Dr M. Pâques, Dr C. Peyre,  
Dr J.J. Saragoussi, Dr 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

J. Laurain, M. Meissel

## RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

## MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

## PUBLICITÉ

D. Chargy

## RÉALITÉS OPHTALMOLOGIQUES

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 : 3<sup>e</sup> trimestre 2017

## Sommaire

Septembre 2017

Cahier 2

n° 244



- 3** **Éditorial**  
Pierre-Jean Pisella
- 4** **Avant-propos**  
Thierry Bour
- 7** **Préambule**  
Serge Zaluski
- 10** **Les auteurs**
- 12** **Trois contrats de coopération pour l'offre de soins ophtalmologique : pour qui et pour quoi faire ?**  
Thierry Bour
- 17** **Les urgences en ophtalmologie**  
Jean-Bernard Rottier
- 19** **Optimisation de la prescription des lunettes**  
Philippe Morizet, Xavier Subirana
- 23** **L'organisation en contactologie**  
Sophie Daudet-Chappey,  
Xavier Subirana
- 27** **Optimisation de la prise en charge des patients en chirurgie réfractive**  
Pierre Bouchut, Séverine Pellen
- 34** **Optimiser la prise en charge en ophtalmopédiatrie et en strabologie de l'enfant**  
Dominique Thouvenin,  
Léopoldine Lequeux
- 38** **Pathologies palpébrales et des voies lacrymales : organisation de l'activité chirurgicale en ophtalmologie libérale**  
Philippe Imbert
- 42** **Pourquoi une consultation esthétique en ophtalmologie ?**  
Nicoleta Ionica
- 48** **Sécheresse oculaire**  
Serge Doan, Cati Albou-Ganem,  
Charlotte Rigal-Sastourné,  
Cynthia Baroniant
- 54** **Prise en charge des pathologies chirurgicales cornéennes**  
Jean-Marc Guenoun, Nicolas Mesplié
- 58** **Organisation de la consultation pour la chirurgie de la cataracte**  
Pascal Rozot, Serge Zaluski
- 65** **L'organisation de la prise en charge des patients glaucomateux**  
Gilles Bove, Étienne Esmenjaud
- 68** **Défis posés par la prise en charge de la DMLA exsudative aujourd'hui**  
Michel Di Nolfo, François Devin
- 71** **Le diabète**  
Pascale Massin, Loïc Pinsard
- 77** **L'imagerie**  
Maté Streho, Didier Hoa

Un bulletin d'abonnement  
est en page 79.

Image de couverture :  
© Subbotina Anna/shutterstock.com

## Les auteurs



**Pierre-Jean PISELLA**  
CHRU de Tours,  
Service d'Ophtalmologie.  
pierre-jean.pisella@univ-tours.fr



**Thierry BOUR**  
Président du SNOF, METZ.  
Thbour57@gmail.com



**Serge ZALUSKI**  
VISIS, PERPIGNAN.  
sz@visis.fr



**Cati ALBOU-GANEM**  
Clinique de la Vision, PARIS.  
cati.ganem@wanadoo.fr



**Cynthia BARONIAN**  
Psychomotricienne, sophrologue,  
psychologue, CLAMART.  
cynthia.baronian@hotmail.fr



**Pierre BOUCHUT**  
Clinique Thiers, Bordeaux Vision  
Lasers, BORDEAUX.  
pibo@wanadoo.fr



**Gilles BOVE**  
VISIS, PERPIGNAN.  
gilles.bove@free.fr



**Sophie DAUDET-CHAPPEY**  
PARIS  
sophiere17@gmail.com



**François DEVIN**  
Centre Monticelli Paradis,  
Clinique Juge, MARSEILLE.  
fdbm.retine@gmail.com



**Michel DI NOLFO**  
Chirurgie Ophtalmologique,  
VISIS, PERPIGNAN.  
micheldinolfo@wanadoo.fr



**Serge DOAN**  
Fondation Rothschild,  
Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS.  
serge.doan@noos.fr



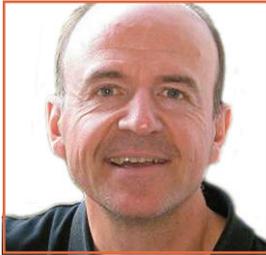
**Étienne ESMENJAUD**  
MONTFERRIER-SUR-LEZ.  
e.esmenjaud@wanadoo.fr



**Jean-Marc GUENOUN**  
Centre d'ophtalmologie du Trocadéro,  
Fondation Adolphe de Rothschild, PARIS.  
jmguen@free.fr



**Didier HOA**  
CHU Gui de Chaulliac,  
Clinique Saint Jean, MONTPELLIER.  
d.hoa@mcophtalmo.com



**Philippe IMBERT**

Chirurgien oculoplasticien,  
Clinique du Parc, TOULOUSE,  
Consultant à la consultation  
pluridisciplinaire des orbitopathies  
dysthyroïdiennes, Hôpital Larrey,  
TOULOUSE. ph.imbert@wanadoo.fr



**Nicoleta IONICA**

VISIS, PERPIGNAN.  
nicoleta.ionica@yahoo.fr



**Léopoldine LEQUEUX**

Centre Ophtalmologique J. Jaurès,  
TOULOUSE.  
dr.lequeux@ophtajaures.com



**Pascale MASSIN**

Centre Ophtalmologique Breteuil,  
PARIS.  
massin.breteuil@gmail.com



**Nicolas MESPLIE**

Espace Hélios Ophtalmologie,  
SAINT-JEAN-DE-LUZ.  
nicolas.mesplie@gmail.com



**Philippe MORIZET**

Chirurgien Ophtalmologiste,  
Fondation ophtalmologique,  
Adolphe de Rothschild, PARIS  
Consultation libérale, GISORS.  
phmorizet@gmail.com



**Séverine PELLEN**

Directrice de la Clinique de la Vision,  
MONTPELLIER.  
severine.pellen@gmail.com



**Loïc PINSARD**

VISIS, PERPIGNAN.  
loic.pinsard@gmail.com



**Charlotte RIGAL-SASTOURNÉ**

Orthoptiste, CHNO des 15-20,  
Clinique de la Vision, PARIS.  
crigal-sastourne@15-20.fr



**Jean-Bernard ROTTIER**

Ancien Président du SNOF, LE MANS.  
jbr@ophtalmo.net



**Pascal ROZOT**

MARSEILLE  
pascalrozot@sfr.fr



**Maté STREHO**

Centre Explore Vision, PARIS  
Centre d'Exploration de la Vision,  
RUEIL-MALMAISON  
Hôpital Lariboisière, PARIS  
mstreho@yahoo.fr



**Xavier SUBIRANA**

NEUILLY-SUR-SEINE  
xsubirana92@gmail.com



**Dominique THOUVENIN**

Centre Ophtalmologique J. Jaurès,  
TOULOUSE.  
dr.thouvenin@ophtajaures.com

# Trois contrats de coopération pour l'offre de soins ophtalmologique : pour qui et pour quoi faire ?

→ THIERRY BOUR

Le SNOF promeut les délégations de tâches aux orthoptistes dans le cadre du salariat depuis le début des années 2000. Rapidement, il s'est rendu compte qu'il y avait un problème de modèle économique en secteur 1. En effet, il y a une montée progressive de l'activité lors du passage en travail aidé, alors que les charges salariales sont immédiates. Il y a aussi d'importants investissements en infrastructure et en matériel, lesquels ne font qu'aggraver le problème financier de départ. Tout ceci constitue un frein important au développement d'embauches d'orthoptistes en secteur 1, alors qu'en secteur 2, les compléments d'honoraires permettent d'assurer la rentabilité financière du passage en travail aidé.

Ce problème avait déjà été mis en avant lors de l'expérimentation Berland de 2006 conduite par J.-B. Rottier et P. Fillon dans la Sarthe [1]. La CNAMTS avait fait mine de s'y intéresser en 2008 au travers d'une possible rémunération à la performance, avant de s'en détourner et d'aller discuter avec les médecins généralistes pour créer la ROSP. Le SNOF ne s'était pas avoué vaincu et a poussé dans les années suivantes l'idée d'un contrat assez simple auprès du ministère où l'Assurance Maladie prendrait en charge une partie du coût salarial d'un orthoptiste embauché en secteur 1 au prorata du nombre d'heures

travaillées, l'ophtalmologiste devant financer le restant par l'augmentation de son activité. Ce contrat, qui avait le mérite de la simplicité, n'avait pas entraîné l'enthousiasme de la ministre d'alors, Roselyne Bachelot, dont le soutien aux ophtalmologistes n'a rarement été au-delà des bonnes paroles. Xavier Bertrand n'a ensuite guère fait mieux et durant toutes ces années, nous n'avons pas eu la perception d'un soutien très ardent des pouvoirs publics aux délégations de tâches aux orthoptistes, sauf dans le cadre des protocoles articles 51 de la loi HPST, mais là aussi les pouvoirs publics appuyaient plus sur les freins que sur l'accélérateur. Pendant ce temps, les délais de rendez-vous pouvaient s'accroître sans que cela n'émeuve grand monde.

Puis vint Marisol Touraine. Au début, il ne se passa pas grand chose. Cependant, les difficultés d'accès aux soins oculaires, mais aussi dans d'autres spécialités, faisaient de plus en plus les gros titres de la presse et à un moment, la "puissance" publique décida d'agir. Comment agit en général l'État ? En commandant en premier lieu un rapport à l'administration ! Nous eûmes donc droit à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), confié à Mme Dominique Voynet, nouvelle inspectrice de cet organisme, au passé politique conséquent. Le SNOF

qui avait lui-même produit plusieurs rapports sur la filière visuelle n'était pas dépourvu d'arguments pour alimenter l'inspectrice. Rapidement, ce rapport de l'IGAS est apparu comme pouvant être le support pour impliquer enfin les pouvoirs publics dans la transformation de la filière visuelle et impulser des évolutions importantes. Le SNOF a alors ressorti son projet de contrat pour venir en aide au secteur 1.

En effet, l'analyse de l'évolution d'activité montrait à l'évidence que le secteur 1 était bloqué depuis quelques années dans son évolution (**tableau I**), et encore plus depuis l'avenant n° 8 de 2012 qui l'avait injustement écarté des revalorisations tarifaires de la 3<sup>e</sup> phase de la CCAM. La réception initiale fut plutôt fraîche... en nous disant que les ophtalmologistes gagnaient déjà bien leur vie. Nous avions cependant des données chiffrées précises montrant que le travail aidé se développait deux fois moins vite en secteur 1 (**tableau II**).

Le rapport IGAS de juillet 2015, pour lequel le SNOF avait donc été auditionné à plusieurs reprises, prévoyait des mesures pour les opticiens et les orthoptistes d'une part, et pour les ophtalmologistes d'autre part, avec un certain nombre de recommandations visant à augmenter l'offre de soins en ophtalmologie. Finalement, notre proposition

s'est retrouvée dans la recommandation N° 6 du rapport, mais dénaturée: "Mettre à l'étude un mécanisme de soutien au travail aidé en secteur 1, dans les seules zones sous-denses, réservé aux praticiens s'engageant sur des critères précis d'accueil et de permanence des soins. Mettre à l'étude un mécanisme incitant à la constitution de provisions dédiées à l'indemnisation des salariés au moment de la cessation d'activité."

L'article 67 de la loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 2016 a repris cette proposition en instaurant deux types de contrat financés par l'Assurance Maladie et en enlevant le côté restrictif lié aux zones de pénurie [2]. Il faut souligner ici le rôle positif joué tout au long du processus par M. Fabrice Masi, conseiller de M. Touraine pour les professions libérales. Le premier était un "contrat de coopération pour les soins visuels" destiné aux ophtalmologistes conventionnés, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste. Ce contrat correspondait donc à une demande du SNOF, notamment pour les médecins en secteur 1 qui éprouvent des difficultés économiques à embaucher un orthoptiste. Le deuxième dit "contrat collectif pour les soins visuels" vise les maisons de santé et les centres de santé pour développer des "coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures". Ce deuxième contrat relevait d'une volonté du ministère de la santé et des acteurs visés. Il était favorisé financièrement dans le projet initial, le SNOF s'est vivement opposé à ce favoritisme envers les maisons et centres de santé, alors que les problèmes d'accès se posent avant tout dans les cabinets d'ophtalmologie. La discussion parlementaire a permis finalement une rééquilibrage des sommes allouées entre ces deux contrats.

Initialement, le contenu du contrat individuel vers les ophtalmologistes devait être discuté lors de la négocia-

Année	Actes totaux secteur 1	Actes totaux secteur 2	Actes totaux OPH (S1+S2+S3)
2010	16 982	16 472	33 854
2011	17 532	17 875	35 889
2012	17 809	18 524	36 368
2013	17 989	19 928	37 966
2014	17 486	20 509	38 045
2015	17 803	21 422	39 552
Évolution 2010-2015	4,83 %	30,05 %	16,83 %
Évolution 2012-2015	-0,03 %	15,64 %	8,75 %

**Tableau I :** Évolution de l'activité en ophtalmologie libérale suivant les secteurs (en milliers d'actes). En 5 ans, le secteur 1 a augmenté son activité de moins d'1 million d'actes, alors que le secteur 2 a cru de près de 5 millions d'actes. Le secteur 1 est à l'arrêt depuis 2012. Le nombre d'ophtalmologistes en secteur 1 a baissé de 7 % sur la période et celui des ophtalmologistes en secteur 2 a progressé de 4 %.

TRAVAIL AIDÉ			
Enquête du SNOF menée auprès de ses adhérents en mars 2015			
2400 réponses			
92 % de questionnaires remplis!			
41 % de femmes			
44 % de secteurs 1			
	Total	Secteur 1	Secteur 2
Orthoptistes libéraux	12 %	11 %	15 %
Orthoptistes salariés	16 %	11 %	23 %
IDE	3 %		
Assistants	5 %		
Total travail aidé	34 %		

**Tableau II :** Importance du travail aidé en ophtalmologie libérale en 2015 suivant les secteurs d'activité et les types de professionnels.

tion de la Convention Médicale signée fin août 2016. Un groupe de travail avait d'ailleurs été constitué et a travaillé jusque fin juin. Cependant, suite à des pressions d'un syndicat de médecins généralistes, le contrat a été sorti du texte conventionnel final contre l'avis du SNOF, à l'initiative de l'UNCAM qui a préféré assurer la signature de la Convention Médicale par ledit syndicat.... Depuis, le SNOF n'eut de cesse de demander la réouverture des négociations, puisque le PLFSS avait opportunément prévu qu'il puisse être aussi discuté en dehors du cadre conventionnel, ce qui était d'ailleurs une nouveauté. Ceci fut promis en septembre 2016 par le directeur de l'UNCAM, M. Revel et des discussions furent reprises avec

l'UNCAM et le ministère de la Santé en novembre dernier, avec cependant une particularité regrettable : les tutelles pouvaient décider unilatéralement des derniers arbitrages !

Ces contrats viennent juste d'être publiés au *Journal Officiel* (JORF du 29 avril 2017). L'objectif initial du ministère de 600 signatures avant les élections présidentielles ne pourra donc pas être atteint ! Nous voyons une fois de plus ici la lenteur de l'action publique qui s'avère incapable de suivre ses propres préconisations !

Auparavant, un décret en Conseil d'État était sorti au J.O. le 8 février dernier [3]. Il fixe "les conditions particulières

requis pour conclure un contrat de coopération pour les soins visuels”. Ce décret prévu par la loi n’était pas d’une utilité évidente pour nous et pourrait malheureusement déboucher sur une limitation des ophtalmologistes éligibles et donc diminuer l’impact de ces contrats. L’ophtalmologiste conventionné contracte avec d’une part l’organisme local d’assurance maladie (CPAM) et d’autre part l’agence régionale de santé (ARS).

Le décret met en place en fait deux types de contrats individuels de coopération pour les soins visuels :

- un pour l’embauche d’un orthoptiste par un ophtalmologiste ou une société dans laquelle il exerce (SEL, SCP ou SCM). L’ophtalmologiste ne doit pas avoir d’orthoptiste salarié et ne pas avoir licencié un orthoptiste dans les 12 mois précédents, ni avoir mis fin à un CDD ou à une période d’essai dans les six mois avant la signature du contrat. Le médecin ne peut signer plus d’un contrat et l’orthoptiste ne peut être l’objet de plus de deux contrats. On peut donc craindre que les ophtalmologistes sans orthoptiste, mais exerçant dans un cabinet de groupe employant déjà des orthoptistes soient exclus du dispositif. Il faudra faire attention à la notion d’employeur réel ;

- un contrat pour la formation d’un orthoptiste dans le cadre d’une convention de stage entrant dans le cursus du certificat de capacité d’orthoptiste. La condition est qu’il y ait un orthoptiste salarié pouvant servir de maître de stage dans le cabinet. Ce contrat est une avancée, car pour la première fois, un cadre réglementaire est fixé pour qu’un étudiant en orthoptie fasse une partie de sa formation pratique en cabinet d’ophtalmologie et donc se prépare au travail aidé.

Nous avons demandé à ce que ces contrats puissent s’appliquer aux embauches déjà effectuées depuis le

1<sup>er</sup> janvier 2016. Le Conseil d’État a refusé en raison de sa jurisprudence sur la rétroactivité des textes...

Il y a en fait trois contrats type [4]. Ils seront signés par l’ARS, la CPAM et l’ophtalmologiste pour les deux premiers :

### 1. Le contrat de formation

Il permet de prendre en stage un étudiant d’orthoptie en 3<sup>e</sup> année en cabinet d’ophtalmologie, à condition qu’il y ait déjà un orthoptiste salarié dans le cabinet pouvant assurer la fonction de maître de stage. Ce contrat sera assorti d’une rémunération de 1 800 euros par formation pour l’ophtalmologiste signataire, lequel devra être en secteur 1 ou en secteur 2 avec adhésion à l’OPTAM (option remplaçant le CAS). Ces conditions excluent injustement le secteur 2 hors OPTAM, il est en cela dans la ligne des autres contrats validés lors de la Convention Médicale 2016. La durée du stage sera limitée en pratique à 10 ou 12 semaines (durées fixées par la maquette de formation des orthoptistes = 350 heures). Il y a des pré-requis pour le cabinet : disposer d’un secrétariat physique, d’un dossier informatique partagé entre les postes de travail, d’un poste de travail accessible

par l’orthoptiste salarié. Une convention devra être signée avec l’orthoptiste, l’étudiant et “l’école” d’orthoptie. Le contrat est prévu pour une durée de trois ans, c’est à dire qu’en l’état des textes actuels, l’ophtalmologiste ne pourra prendre d’orthoptiste stagiaire que pendant trois ans, dans la limite de trois formations. Il devra aussi rémunérer le stagiaire à raison de 15 % du tarif horaire du plafond de la sécurité sociale (soit un peu plus de 1 200 euros pour un stage de 350 heures). La rémunération de l’ophtalmologiste sera versée en 2 x 900 euros, la première partie dans les deux mois suivant l’établissement de la convention de stage, le solde dans les deux mois suivant la présentation de l’attestation de fin de stage.

### 2. Un contrat “d’embauche d’un orthoptiste” par un ophtalmologiste...

Il aura la même cible conventionnelle que le contrat précédent. Il y a les mêmes pré-requis concernant l’organisation du cabinet, mais aussi des engagements “socles” (fig. 1) :

- une durée minimale de temps de travail pour l’orthoptiste (16 heures par semaine *a priori*) ;
- un objectif d’augmentation du nombre de patients différents vu annuellement.

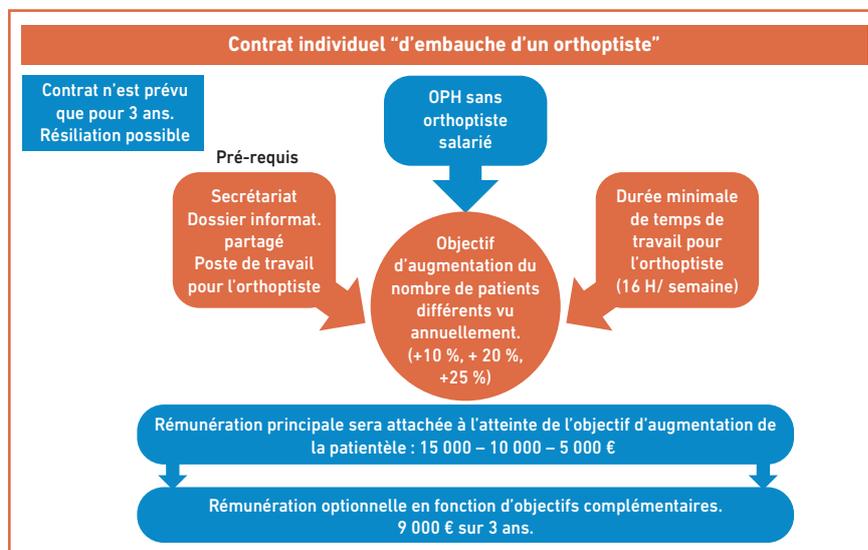


Fig. 1 : Principaux éléments du contrat rémunéré de coopération pour les soins visuels avec embauche d’un orthoptiste par un ophtalmologiste.

**POINTS FORTS**

Il y a 3 contrats rémunérés de coopération pour les soins visuels.

Deux contrats individuels à destination des ophtalmologistes :

- Un contrat de formation pour prendre en stage un étudiant en orthoptie de 3<sup>e</sup> année. L'ophtalmologiste devra déjà employer un orthoptiste qui sera maître de stage. La rémunération sera de 1 800 euros par stage de 10 semaines;
- Un contrat d'embauche d'un orthoptiste réservé aux ophtalmologistes sans orthoptiste salarié et exerçant en secteur 1 ou ayant adhéré à l'OPTAM. La rémunération socle sera de 30 000 euros maximum sur 3 ans si augmentation de 25 % de patients différents au bout des 3 ans. 9 000 euros peuvent s'ajouter si 3 objectifs complémentaires sont remplis. La rémunération sera proportionnelle au taux d'atteinte des objectifs et versée assez rapidement.
- Un contrat collectif pour les maisons et centres de santé pour y développer une offre ophtalmologique associant les orthoptistes, surtout en télé-médecine. Ce contrat n'est pas une demande des ophtalmologistes, lesquels ne toucheront pas les sommes allouées à ce contrat.

Il est de 10 % la première année, 20 % la deuxième année et 25 % la troisième. Une disposition particulière est prévue pour les nouveaux installés (l'année de référence est alors la moitié de la patientèle moyenne régionale d'un ophtalmologiste en secteur 1). Lorsqu'un orthoptiste est embauché par deux ophtalmologistes signant le même contrat, les objectifs sont proratisés en fonction de la répartition du temps de travail de l'orthoptiste entre les deux ophtalmologistes.

La rémunération principale sera attachée à l'atteinte de l'objectif d'augmentation de la patientèle, elle est de 15 000 € la 1<sup>re</sup> année, de 10 000 € la 2<sup>e</sup> année et de 5 000 € la 3<sup>e</sup>. L'essentiel de la première somme (70 %) devrait être versé dans un délai d'un mois après la signature du contrat de travail et fourniture des justificatifs prévus. Le solde sera versé au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de l'année suivante. Si les objectifs ne sont que partiellement atteints, il y aura proratisation. Si l'embauche a lieu en cours d'année, les objectifs sont recalculés sur l'année civile en tenant compte du temps restant jusqu'à la fin de l'année à partir du mois suivant l'embauche.

Si les engagements socles sont atteints, des engagements complémentaires optionnels sont déclenchés et ouvriront

à des rémunérations additionnelles pouvant aller jusqu'à 9 000 euros en trois ans. Il y en a trois :

– augmenter annuellement de 10 % le nombre de patients non connus du cabinet dans les deux années civiles précédant l'année au titre de laquelle l'aide est versée (1 300 euros par an);

– augmenter annuellement de 5 % la part d'enfants de moins de 16 ans pris en charge par rapport à l'année de référence (1 300 euros par an).

Ces deux indicateurs seront calculés par l'Assurance Maladie et rémunérés en fonction de leur taux d'atteinte (ce ne sera pas du tout ou rien);

– former le personnel du secrétariat au repérage et à la gestion des urgences. Cet indicateur est déclaratif et payé une seule fois (1 200 euros) sur la durée du contrat par la caisse primaire sur justificatif.

Le contrat n'est prévu que pour 3 ans, mais le SNOF milite pour un contrat-relais après ces 3 ans, ce qui nécessiterait un ajustement législatif. Il y a bien sûr des clauses de sortie ou de résiliation du contrat. Notamment, en cas de licenciement justifié ou de démission de l'orthoptiste, le contrat peut être suspendu pendant un an et repris en cas de recrutement d'un nouvel orthoptiste. Le médecin peut quitter le contrat à tout moment (préavis de deux mois).

**3. Le contrat collectif**

Il a déjà été mentionné, ses modalités sont diverses et il devrait intéresser peu d'ophtalmologistes. Nous n'en serons pas signataires vu qu'il ne concerne que les maisons de santé (MSPP) et les centres de santé (CDS), mais ceux-ci devront avoir formalisé un partenariat avec des ophtalmologistes. L'objectif affiché est de développer "une offre de soins ophtalmologiques" dans ces structures, afin de créer des "coopérations avec les professionnels de santé de la vue pour la réalisation de consultations d'ophtalmologie". Les modalités seront à surveiller de près. En fait, les pouvoirs publics semblent chercher à installer des orthoptistes dans les MSPP et les CDS avec consultations en télé-médecine.

Les rémunérations sont versées par les CPAM et serviraient surtout à payer le matériel d'examen. Il y aura en effet un "forfait aide à l'investissement" de 8 000 €/an et un "forfait activité" en fonction de l'atteinte d'objectifs quantifiables d'examens et de patients vus dans le cadre de ce contrat. La rémunération, variable, pourra aller jusqu'à 5 000 €/an. Ces activités pourraient également correspondre à certains items de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui est en train d'être signé pour les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles. Ce contrat collectif est prévu renouvelable ! Cela montre bien un favoritisme inadmissible envers ces structures de la part des pouvoirs publics. Le SNOF ne peut donc soutenir ce contrat tant que le contrat individuel ne sera pas lui aussi renouvelable.

Ces contrats, hormis le dernier qui ne devrait intéresser que ponctuellement les ophtalmologistes, sont des instruments intéressants et innovants pour développer le travail aidé et sa généralisation dans les années à venir. Il est encore difficile de dire si les ophtalmologistes, tout spécialement ceux en secteur 1 (ils sont 1 600 sans orthoptiste salarié), vont s'en saisir de façon impor-

tante. Nous pouvons, une fois de plus, regretter que la tutelle ait inutilement complexifié un dispositif dont l'idée première était simple. Il n'y a cependant pas de piège dans les deux premiers contrats qui sont assez simples à mettre en place, c'est un pas de plus dans le soutien des pouvoirs publics pour la transformation de l'organisation des cabinets d'ophtalmologie. Les nouveaux ophtalmologistes libéraux devraient s'y intéresser tout particulièrement. Le contrat de formation permettra de diversifier l'offre de stages pour les étudiants en orthoptie et les préparer au travail en coopération avec les ophtalmologistes en milieu libéral. Le vrai frein actuel est en fait le manque d'orthoptistes disponibles, mais nous aurons dès l'année prochaine des

promotions d'environ 400 orthoptistes diplômés par an.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé". Y Berland, Y Bourgueil, 2006. [Social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
2. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Article 67. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/21/FCPX1523191L/jo/texte>
3. Décret n° 2017-136 du 6 février 2017 fixant les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération pour les soins visuels

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/2/6/AFSS1631582D/jo/texte>

4. Décision du 27 avril 2017 relative aux contrats de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/4/27/AFSS1712689S/jo/texte>

---

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

# Les urgences en ophtalmologie

→ JEAN-BERNARD ROTTIER

Dans le contexte de pénurie que beaucoup de régions connaissent déjà, le sujet des urgences en ophtalmologie va forcément venir un jour ou l'autre au devant de la scène. Les urgences sont globalement mal assurées. Nous croyons (presque) tous satisfaire à notre obligation morale de recevoir les urgences mais, en pratique, la majorité d'entre nous ne reçoit les urgences que pendant les heures de consultation, sans intégrer une organisation qui assure une vraie disponibilité 24 heures sur 24.

C'est pourtant une obligation légale réaffirmée par la loi HPST sous l'intitulé : "permanence des soins". Cette permanence des soins (PDS) se caractérise par "un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés la nuit, les week-ends et les jours fériés". L'ARS est censée contrôler l'effectivité de la mise en application de cette obligation dans les différents territoires dont elle a la responsabilité. Elle a le pouvoir de solliciter le préfet pour prononcer des réquisitions. En pratique, jusqu'à aujourd'hui, elles ont été très rares en ophtalmologie. L'avenir pourrait être différent.

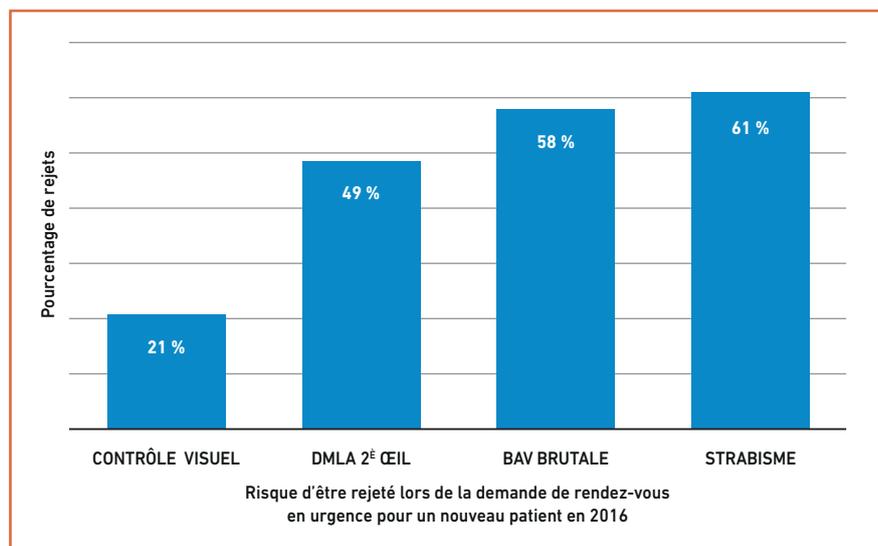
Les patients nécessitant des soins urgents en ophtalmologie sont devant de multiples difficultés : éloignement géographique, non accessibilité des secrétaires au téléphone, et, *in fine*, non prise en charge. Je voudrais insister sur 2 aspects de ce problème : la non acceptation d'une urgence pourtant identifiée comme telle (le rejet) et le renvoi

des patients sans donner d'indications pour les aider à trouver une structure accueillante.

## ■ Le rejet

Le **graphique 1** donne un éclairage désagréable sur une situation qui s'aggrave année après année. En effet, depuis 2011, le SNOF étudie la réponse aux urgences des secrétariats des ophtalmologistes par une enquête téléphonique au cours de laquelle des acteurs simulent une pathologie et prennent note de la prise en charge. L'année 2011 est la dernière année pendant laquelle 100 % des patients qui appelaient notre échantillon de structures ophtalmologiques<sup>1</sup> pou-

vaient avoir un rendez-vous. Ensuite, la situation s'est dégradée, inexorablement. Non seulement beaucoup de patients doivent attendre, ce sont les fameux délais, mais surtout beaucoup de patients sont rejetés. Le paradoxe, c'est qu'un nouveau patient a plus de risque d'être rejeté s'il décrit une pathologie qui nécessite une prise en charge rapide que s'il demande un rendez-vous de contrôle simple. On a pu constater, au fil des années, une amélioration très importante de la qualité du rendez-vous donné, c'est-à-dire de sa rapidité, mais parallèlement l'étude met en évidence le plus grand nombre de patients rejetés. Tout se passe comme si la secrétaire essayait de donner le bon rendez-vous mais, si elle ne le peut pas, elle refuse le



Graphique 1.

<sup>1</sup> Sous le terme de "structures ophtalmologiques", on regroupe les cabinets libéraux et les services hospitaliers. Dans notre échantillon, la répartition était de 75 % -25 %.

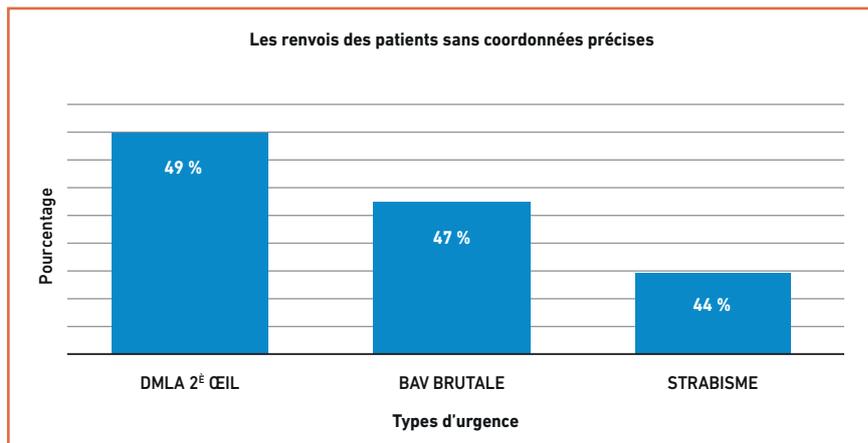
patient. Au début de notre étude, plus de patients étaient acceptés mais parfois avec des rendez-vous inadaptés, trop lointains pour la pathologie suspectée. On a assisté à une professionnalisation, certes encore imparfaite mais réelle des secrétariats.

## ■ Le renvoi

Une grande partie des appels refusés sont renvoyés sans donner au patient d'indications sur un point de chute possible, bien que l'urgence ait été parfaitement identifiée. Ainsi, en cas de baisse brutale de la vision, 47 % des secrétariats testés renvoient les patients sans essayer de les aider à trouver une prise en charge (**graphique 2**). Cet état de fait est difficile à défendre mais il s'inscrit dans un contexte de saturation des cabinets existants associé à un vieillissement de l'âge moyen des confrères. D'ailleurs, actuellement, 21 % des structures ophtalmologiques refusent tout nouveau patient.

La période qui commence va être très difficile pour les patients à cause des difficultés d'accès aux soins dans beaucoup de territoires. Dans les zones de grande pénurie, les secrétariats ne peuvent plus faire face aux appels. Le constat complémentaire est que les tutelles ne savent pas nous aider à faire évoluer les habitudes professionnelles. De toute façon, aucune ne se donne pour mission de se projeter dans l'avenir et d'accompagner le changement. En revanche, elles savent parfaitement organiser des actions répressives lorsque tout à coup elles se rendent compte de l'existence d'un problème aigu, surtout si la presse en fait mention.

Face à ce constat, les solutions vont être difficiles à mettre en œuvre rapidement. Elles reposent sur le couple disponibilité – formation.



Graphique 2.

La disponibilité des ophtalmologistes aux urgences ne peut exister sans une réorganisation du mode de fonctionnement. Il faut maintenant basculer un maximum d'activité de suivi sur nos orthoptistes afin de libérer, entre autre, des plages d'urgences. Les protocoles (article 51 ou protocoles organisationnels (PO) obtenus par le SNOF lors du dernier décret des orthoptistes) sont des outils au service de cette réorganisation. Encore faut-il trouver des orthoptistes à embaucher. Compte tenu de leur démographie, elle aussi défallante, il est évident qu'il sera nécessaire, tôt ou tard, d'intégrer d'autres professionnels dans nos équipes.

Après avoir évoqué la réorganisation, il faut insister sur la formation. Elle concerne bien sûr les secrétaires, dont le rôle a considérablement évolué depuis 15 ans. Elles ont maintenant une responsabilité considérable due à une activité de régulation pour laquelle elles sont, peut-être, insuffisamment préparées. Il est bien sûr nécessaire de les former régulièrement. Mais la formation concerne aussi les patients auxquels on va demander, *via* des questionnaires web, d'analyser leur propre demande de rendez-vous urgent ce qui conduira

à leur proposer mécaniquement le bon créneau d'urgence. Encore faut-il qu'ils répondent honnêtement aux questions posées et qu'ils ne cherchent pas à tricher afin d'obtenir un rendez-vous rapide que leur état ne nécessite pas.

La dégradation de la gestion des urgences est le témoin de l'effondrement de l'ancienne organisation de l'offre de soins ophtalmologiques. La pénurie, voulue par les stratèges de l'administration de la santé est en train de produire ses effets délétères sur la population. Nous allons avoir de grandes difficultés pour reconstruire un service d'urgence de haut niveau compte tenu du départ brutal de trop nombreux confrères. Nous ferons pour le mieux, comme d'habitude.

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

# Optimisation de la prescription des lunettes

→ PHILIPPE MORIZET, XAVIER SUBIRANA

La demande de prescription de lunettes explique à elle seule le mécontentement des patients obligés d'attendre avant de pouvoir changer leur équipement. Or le désir brutal de changement n'est pas que lié à un désir esthétique, il est souvent guidé par une modification de la vision qui dans de très nombreux cas ne se limite pas à un simple changement de verres. La baisse est souvent associée à un problème médical sous-jacent qui doit être pris en charge. C'est dire que cet examen de la réfraction, que l'on aurait trop vite l'envie de banaliser, est en réalité "l'apporteur d'alerte" qui doit être inséré au sein d'un parcours de soins sécurisé.

## ■ État des lieux de la demande

Population française au 01-01-2017 : 67 millions avec une croissance de 340 000 habitants par an, 18 millions de soixante ans et plus.

Besoins de la population : 13 millions de paires de lunettes de vue vendues en 2015 25 millions de Français présentent des troubles de la vue et 8 % d'entre eux ne sont pas équipés (soit 23 millions de porteurs de lunettes).

(Sources : GfK Retail and Technology)

Environ 40 millions d'actes (tous confondus) en 2015 avec une estimation à 41,5 millions en 2017 auquel il faut

ajouter 4 à 5 millions d'actes du secteur hospitalier non comptabilisés en ophtalmologie. Ce nombre est en constante augmentation en raison du vieillissement de la population et de la croissance soutenue de cette dernière.

## ■ État des lieux de l'offre de soins

5 907 ophtalmologistes, âge moyen 53,8 ans, dont 44 % de femmes, 87 % de libéraux, 55,6 % de secteurs 2 soit un ophtalmologiste pour 12 400 habitants. Mais ce nombre ne tient absolument pas compte de la répartition des ophtalmologistes en France. Ainsi, dans certaines régions le délai d'attente pour une consultation peut être de plus d'un an. Les délais de rendez-vous, sont en moyenne de 85 jours (quotidien du médecin 2017).

## ■ Densité des ophtalmologistes pour 100 000 habitants

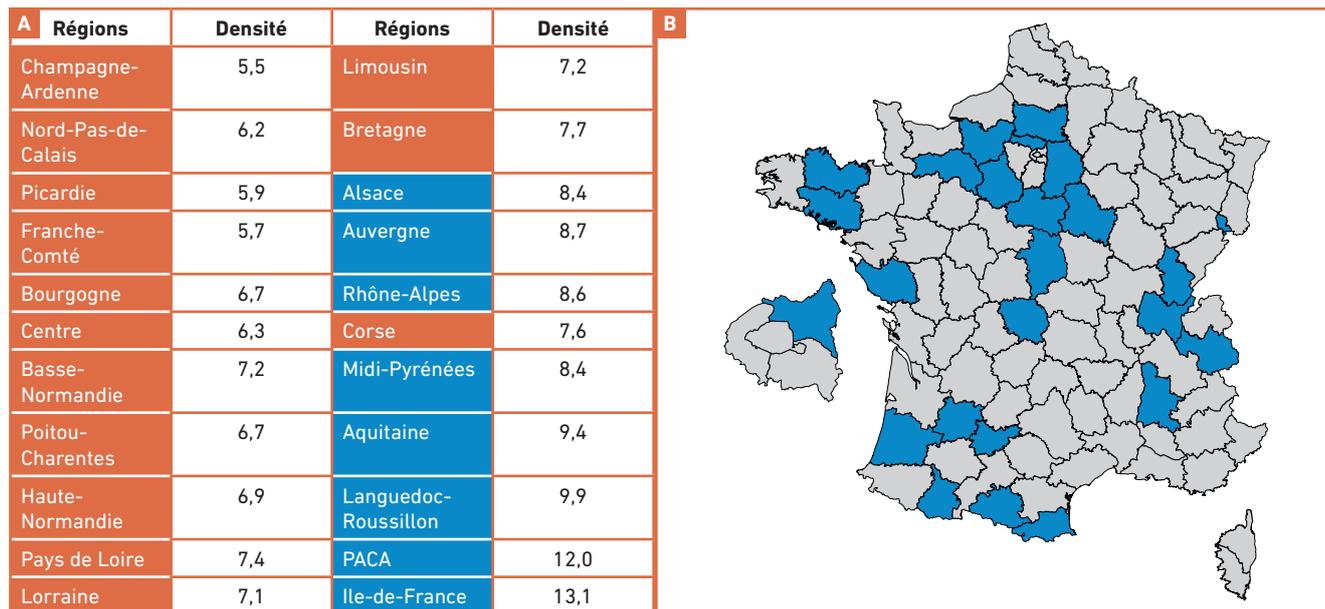
Répartition par région au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (DREES) (Rapport du SNOF 2011 – Rapporteur : Dr Thierry Bour)

Ces disparités régionales expliquent en grande partie les problèmes de délais d'attente dans certaines régions (**fig. 1A et B**).

Ainsi, il semble qu'avec le mode de fonctionnement actuel des ophtalmologistes, il n'y a pas d'attente notable lorsque la densité est supérieure ou égale à 10 (3 régions en y incluant le Languedoc-Roussillon), qu'elle est acceptable pour une densité de 8 à 10 (5 régions) et trop importante en-dessous de 8 (14 régions). Sans nier les différences entre régions, il est difficile de prétendre que les ophtalmologistes sont très mal répartis entre elles, car seulement deux régions sont vraiment excédentaires et cela ne concerne que 6-7 % des ophtalmologistes.

## ■ Contrainte de la prise en charge en matière de compétence

La loi consommation dite "loi Macron" sept 2015 (L 4362-12 et L 4362-13) modifiée par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 132 a imposé une ordonnance en cours de validité pour obtenir une paire de lunettes et permis aux opticiens-lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les corrections optiques des prescriptions médicales durant la période de validité de l'ordonnance. Depuis le décret du 27 novembre 2007, les orthoptistes se sont vus reconnaître la compétence pour la réfraction, mais, à ce jour, ils n'ont pas obtenu l'autorisation de prescription des verres correcteurs.



**Fig. 1 A et B :** Dans le territoire-de-Belfort (90), le manque d'ophtalmologiste se fait sentir : il y'a près de 8 350 requêtes Pages Jaunes pour un ophtalmologiste quand la moyenne nationale française atteint les 2 794 recherches. Difficile également de trouver un praticien dans le Tarn-et-Garonne (82), 8 160 recherches pour un médecin et dans l'Orne (61), 7 778 recherches pour un praticien. Autres départements qui notamment subissent une pénurie de spécialistes : le Cher (18), la Seine-et-Marne (77) et le Jura (39)

Un nouveau décret n° 2016-1670, publié le 5 décembre 2016 avec une entrée en vigueur au 7 décembre 2016, relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste a été publié, révisant le champ de compétences des orthoptistes, dans les domaines de l'exploration de la vision, de la rééducation et de la réadaptation de la fonction visuelle.

L'objet du décret est de faciliter la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes afin d'apporter une solution supplémentaire pour faire baisser la durée des délais de rendez-vous, tout en permettant aux ophtalmologistes d'assumer leurs missions de santé publique.

Ce décret introduit la notion de "protocoles organisationnels". Il tend à organiser au sein d'un cabinet entre un ophtalmologiste et un orthoptiste des procédures standardisées. Le décret prévoit que, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre d'un protocole organisationnel, l'orthoptiste réalise

de nouveaux actes tels que la préparation de l'examen médical, le suivi d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée afin de vérifier que l'état reste stabilisé (glaucome, diabète...), avec le contrôle et la validation sur place, ou à distance, de l'ophtalmologiste. Également, en cas d'urgence, en l'absence d'un médecin, l'orthoptiste est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en orthoptie.

### Le SNOF accueille favorablement ce décret

Pour le Syndicat National des Ophtalmologistes de France, ce décret conforte l'idée d'un parcours de soins plus efficace et plus sécurisé. Il a pour finalité de permettre un déploiement plus rapide et plus efficace du travail aidé dans les cabinets. La finalité étant d'arriver dans les dix ans à 80 % des cabinets fonctionnant en travail aidé. Avec ces nouvelles dispositions, l'offre de soins oculaires dans les cabinets d'ophtalmologie va être élargie et optimisée au bénéfice des Français.

Se rajoute à cette coopération en travail aidé, l'effet attendu sur les délais de rendez-vous consécutifs aux protocoles de délégation de tâches qui ont été dans un premier temps, validés par la Haute Autorité de Santé, et qui ne concernent à ce jour qu'environ 200 ophtalmologistes en France, mais dont l'expansion est inéluctable.

Thierry Bour, Président du SNOF déclare :

*"L'introduction des protocoles organisationnels permet de faciliter la construction d'une équipe médicale solide pour répondre à la forte augmentation du volume d'actes. Nous attendons des pouvoirs publics et des organismes d'assurance maladie qu'ils dégagent maintenant des moyens financiers pour le déploiement rapide de ces équipes médicales et pour permettre la prise en charge des protocoles les plus performants. Cela est d'autant plus nécessaire que les départs en retraite des médecins ophtalmologistes augmentent, laissant des patients orphelins ; des sommes sont à réaffecter. Toutefois, pour réduire*

efficacement et durablement les délais d'attente, il est aussi indispensable de combiner cette mesure avec l'augmentation du nombre d'ophtalmologistes formés, encore insuffisant. À la rentrée 2016, le nombre de postes d'internes attribués à notre spécialité a été revu à la baisse avec seulement 152 postes, soit 7 de moins que l'année précédente, alors que la spécialité est très demandée par les étudiants à l'Examen Classant National de 6<sup>e</sup> année.”

Sources : Journal officiel de la République française ; CP SNOF 07/12/2016. Guide-Vue.fr.

### Organisation de la prise en charge

À ce jour, l'organisation de la prescription de lunettes est très variable au sein des cabinets. Elle tient essentiellement à la présence ou non d'assistant(s) au sein du cabinet. Une part importante des cabinets fonctionne sans assistant et souvent même sans secrétaire. La réfraction et la prescription étant effectuées par l'ophtalmologiste ce temps peut être considéré comme très chronophage surtout chez le petit enfant ou pour des réfractions complexes, malgré une structure moderne et bien organisée. Un nombre croissant de cabinets fonctionnent en travail aidé, la majorité avec un ou plusieurs orthoptistes, et un nombre croissant avec des opticiens. Dans ce cadre-là, deux attitudes sont observées : – soit l'assistant fait la réfraction et celle-ci est confirmée, ou non, par l'ophtalmologiste qui prescrit après contrôle ; – soit l'ophtalmologiste laisse libre son assistant et prescrit directement sans contrôler. Cette attitude peut poser problème lors d'une insatisfaction du patient à la livraison de l'équipement par l'opticien.

La tendance aujourd'hui est indiscutablement aux regroupements des ophtalmologistes dans des structures modernes, vastes, fonctionnelles et très bien organisées. La présence de plusieurs secrétaires et évidemment de plusieurs assistants salarié(e)s (orthoptistes, opticiens, infir-

miers...) est indispensable. Les actes sont nombreux et permettent de recevoir un nombre de patients par jour très supérieur offrant une alternative aux files d'attente.

### Organisation du suivi

Peu de structures ont mis en place des organisations de suivi, pourtant cela devrait faire partie de toute organisation. En effet comme publié dans une récente étude effectuée à la demande d'un groupe d'optique, 33 % des porteurs de lunettes avouent avoir déjà regretté leur choix de lunettes. Ce “service après-vente” est aujourd'hui presque entièrement assumé par les opticiens qui “corrigent” certaines corrections mal supportées. Le retour vers l'ophtalmologiste prescripteur, même s'il s'avère très chronophage pour l'ophtalmologiste et difficile à mettre en place sur le plan de l'emploi du temps, est pourtant une obligation tant morale vis-à-vis du patient, qu'intellectuelle pour soi-même (il est toujours très formateur de comprendre ses échecs).

### Contraintes économiques

On touche là un point très important. Une structure en travail aidé nécessite surcoût de matériel, surface au sol et structure physique adéquate. Cela suppose donc des investissements lourds. La rentabilité pour un ophtalmologiste secteur 1 n'est vraiment assurée qu'à partir de 2 médecins. Les solutions en télé-réfraction pourraient trouver là un champ d'application pour les cabinets n'ayant pas la place au sol, ou ne pouvant pas assumer financièrement des équipements multipostes.

### Cotations

Aujourd'hui, seuls les ophtalmologistes peuvent faire rembourser tous leurs actes de réfraction.

Les réfractions effectuées par les orthoptistes peuvent l'être dans le cadre bien précis suivant :

- Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, comportant :

- la détermination subjective de l'acuité visuelle ;
- la détermination subjective de la fixation ;
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs, avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, d'une durée d'au moins 30 minutes, par séance, avec un maximum de deux séances par an (sauf accord du service médical) : AMY 10 soit 26,00 € (27,20 € dans les DOM).

- La détermination objective de l'acuité visuelle peut être cotée en supplément à un bilan orthoptique : AMY 4,1 soit 10,66 € (11,15 € dans les DOM)

- les réfractions pratiquées par les orthoptistes dans le cadre du travail aidé ou du protocole Pays de Loire ne sont pas facturées par l'ophtalmologiste, l'orthoptiste étant salariée.
- les réfractions pratiquées par les opticiens sont facturables mais non remboursables.

### Réflexions

“Aujourd'hui, on ne forme pas assez d'ophtalmologistes en France ! Au moins 250 ophtalmologistes prennent leur retraite chaque année, alors que seulement 150 jeunes ophtalmologistes sont formés. (Lionel Leroy, secrétaire général du SNOF – France Info 2017)

On peut donc dire que pratiquement un ophtalmologiste sur deux, partant à la retraite ne sera pas remplacé !

### Des solutions pour palier le manque d'ophtalmologistes

Le nombre d'ophtalmologistes a commencé à diminuer depuis 2011 et les solutions suivantes sont proposées pour palier ce manque d'ici 2030.

1. Poursuivre la remontée du *numerus clausus* (classement) des médecins de façon à augmenter le nombre de postes d'internes en ophtalmologie.

2. Augmenter les terrains de stages pour les internes dans les CHU, dans les hôpitaux périphériques et développer un stage en libéral pour former les internes en ophtalmologie.

3. Améliorer le financement, la coordination et l'enseignement des écoles d'orthoptie.

Augmenter le nombre d'élèves orthoptistes dans 10 des 15 écoles pour arriver à un taux de 400 nouveaux orthoptistes par an. Le rôle des orthoptistes dans les cabinets est considérable. Aujourd'hui, presque 40 % des ophtalmologistes travaillent en collaboration avec un orthoptiste dans leur cabinet. Augmenter le nombre d'ophtalmologistes n'est pas suffisant si on n'augmente pas en parallèle le nombre d'assistants. Le binôme composé d'un orthoptiste pour la pré-consultation et d'un ophtalmologiste permet, en moyenne, d'augmenter de 35 % le nombre de patients accueillis par cabinet. (Lionel Leroy, secrétaire général du SNOF – France Info 2017). On note également depuis quelques années l'augmentation du nombre d'opticiens intervenant pour la réfraction au sein de cabinets d'ophtalmologie.

4. Mettre en place un certificat de qualification professionnelle permettant de voir émerger, comme cela est également demandé dans d'autres spécialités médicales, des techniciens spécialisés en ophtalmologie,

diplôme qui pourrait être ouvert à de nombreux professionnels (secrétaires, aux aides-soignants...).

5. Enfin, on commence à voir de plus en plus de cabinets faisant appel à des infirmières pour tous les actes dépendant de leur compétence.

6. Favoriser le regroupement des professionnels de la filière sur des plateaux techniques par le biais d'aides financières pérennes.

7. Réajuster les effectifs des écoles d'optique pour être en adéquation avec les besoins réels en équipements optiques. Aujourd'hui, grâce au décret cité ci-dessus et dans des conditions définies par la loi, il est possible de s'adresser directement à un opticien pour faire contrôler sa vue et changer ses lunettes si nécessaire durant la validité de son ordonnance (environ 12 500 magasins d'optique en France sont à la disposition du consommateur, sans compter les sites en ligne).

8. Fixer une densité cible d'ophtalmologistes par région à l'horizon 2030.

9. Mettre en place des aides régionales à l'installation pour les régions déficitaires.

*Source : Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030. Commission démographie et Santé publique du SNOF. Dr Thierry Bour. Mars 2011.*

([http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-ophtalmologistes-des-solutions-pour-combler-la-penurie\\_12557.htm](http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-ophtalmologistes-des-solutions-pour-combler-la-penurie_12557.htm))

## ■ L'avenir potentiel

Une perspective d'avenir commence à se rapprocher avec la mise en expérimentation en France des premières télérefractions assistées par ordinateur (logiciel iSee) et pilotées à distance par des orthoptistes (ou des opticiens dans le cadre de la loi et du décret 2016) formées et rompues à la réfraction subjective adaptée (Dr P. Morizet).

Cette toute nouvelle technique, fruit de plus de 20 ans de recherches (avec le soutien de grandes sociétés de l'optique), verra le jour cette année, en 2017 et permettra non seulement de standardiser de façon experte la réfraction mais d'aider de façon considérable les acteurs de la santé publique.

Une réfraction bien menée représente un engagement important dans le temps d'un examen ophtalmologique. Une salle de télérefraction, à terme, pourra délivrer, à distance, 980 réfractions/jour ce qui permettrait de raccourcir de façon considérable les délais de rendez-vous pour les patients.

---

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

# L'organisation en contactologie

→ SOPHIE DAUDET-CHAPPEY, XAVIER SUBIRANA

## État des lieux de la demande

(fig. 1)

La France se situe au septième rang pour les porteurs de lentilles en Europe avec 5 % de porteurs, la première place revient à la Suède avec 13,7 % de porteurs de lentilles de contact, l'Espagne est la dernière avec 3,81 % de porteurs (source Euromcontact pour 2015).

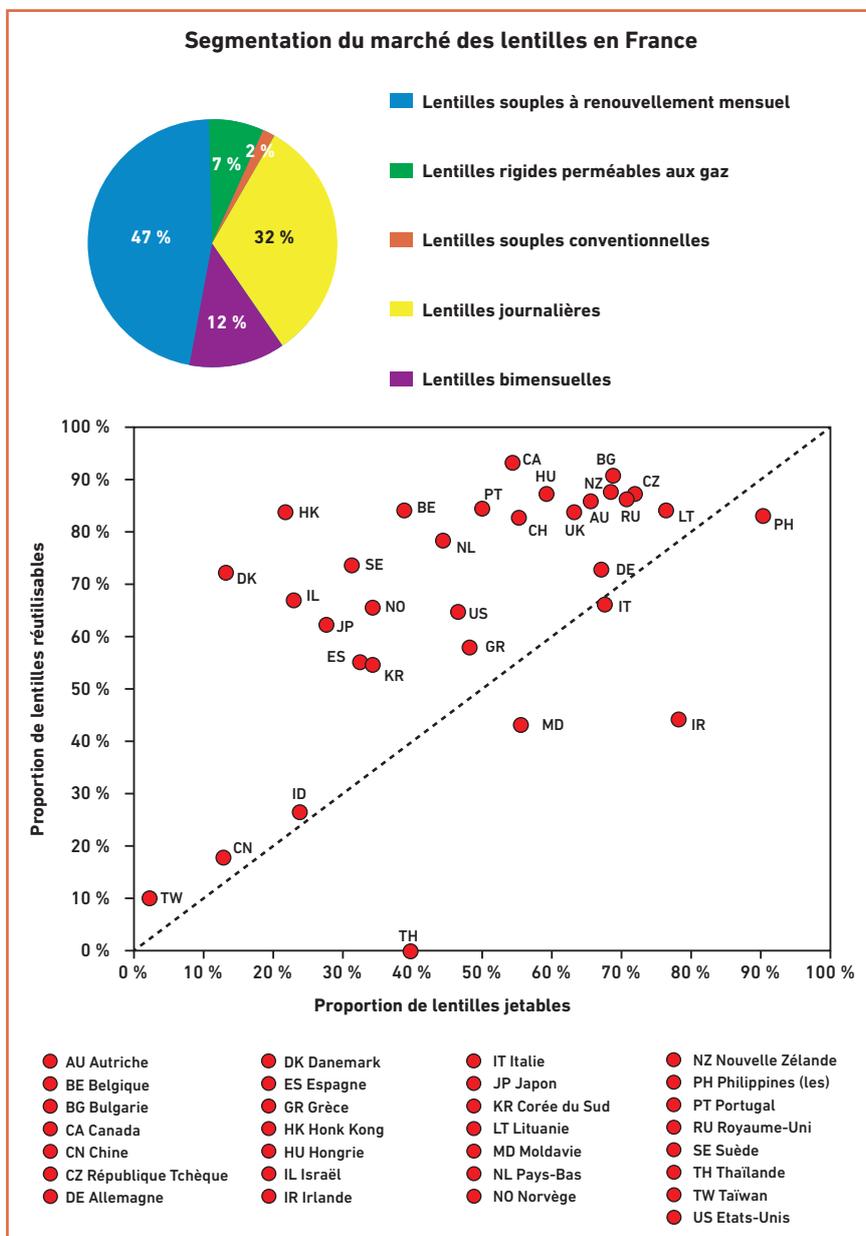
À noter qu'existe en France une forte demande, avec une très forte augmentation des nouveaux porteurs, contrebalancée malheureusement par de nombreux abandons.

Les porteurs sont majoritairement des femmes à 65 %, jeunes (60 % ont moins de 35 ans), avec des extrêmes à 49 % pour la Grèce et 90 % pour la Corée<sup>1</sup>.

La majorité (47 %) des prescriptions sont faites pour des lentilles souples à renouvellement mensuel<sup>1</sup>.

90 % des cas sont des myopes avec dans 40 % une correction torique pour l'astigmatisme (source SYFFOC). Sur les 7 % de LRPO, 2 % sont représentées par des lentilles d'orthokératologie, avec plus de 10 % pour la Suisse ou Hong Kong<sup>1</sup>. Sur le plan mondial, 9 % des nouvelles prescriptions en LRPO sont des lentilles d'orthokératologie<sup>1</sup>.

Ces chiffres confirment l'apparition dans les statistiques mondiales, depuis quelques années, de l'émergence de



<sup>1</sup> Source International Contact Lens Prescribing 2015 Philip Morgan Contact lens Spectrum.

Fig 1.

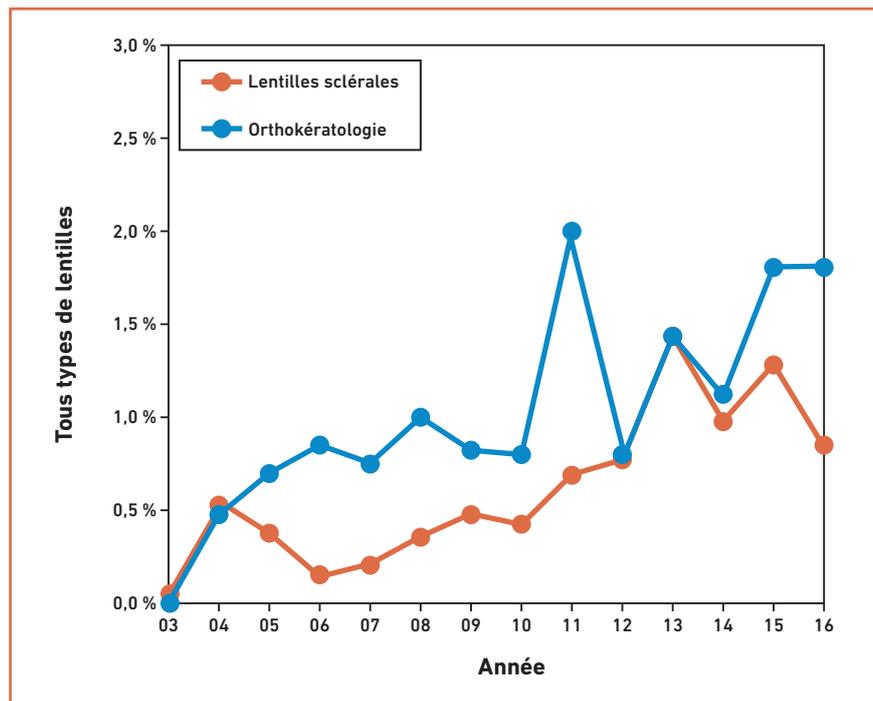


Fig 2.

4 tendances : le port journalier, le port occasionnel, l'orthokératologie, et les verres scléraux (fig. 2)<sup>1</sup>.

### État des lieux de l'offre de soins

La première adaptation est réalisée dans près de 60 % des cas par un ophtalmologiste. L'apprentissage de la manipulation est le plus souvent réalisé par un opticien. Se dessine une tendance où l'on voit des opticiens adapter à la demande d'ophtalmologistes, soit parce qu'exerçant dans des déserts médicaux, ils sont totalement débordés avec des rendez-vous à 1 an, soit, et c'est plus grave pour notre profession, parce que, bien qu'installés dans des villes sans problème de délai d'attente, ils ne souhaitent pas adresser leurs patients à un confrère contactologue, par simple peur d'une éventuelle concurrence. Or, l'obligation de prescription ophtalmologique pour le primo-porteur instauré par la loi Hamon le leur rappelle, s'il en n'était besoin, que la contactologie est un acte médical qui fait partie du domaine de

tout ophtalmologiste au même titre que la prescription de lunettes, ou la prise en charge visuelle des enfants.

Les nouvelles dispositions règlementaires permettant à un opticien de renouveler la prescription *princeps* pour trois ans, confirment, par là même, que l'adaptation est un acte du ressort de l'ophtalmologie, et que tous les 3 ans l'ophtalmologiste traitant a pour mission de donner son avis médical sur la tolérance de l'équipement et les modifications à y apporter, et ce, en conformité avec les attendus 35, 36 et 39 de l'arrêt Ker Optica de la Cour de Justice Européenne du 02/12/2010.

### Contraintes de la prise en charge en matière de compétences

Les adaptations simples ne posent que rarement des problèmes, si l'on possède une connaissance minimale de base (matériaux, géométries, indications, entretien...). Les adaptations très techniques (kératocônes, postchirurgie,

sécheresses graves...) ou, *a fortiori*, touchant l'équipement des enfants (aphakie, strabisme, orthokératologie...) doivent impérativement être adressés à des médecins contactologues. C'est dans cet esprit, qu'à la demande d'une association de patients, a été créée la liste des contactologues spécialisés dans l'adaptation des kératocônes. Il est intéressant de souligner son succès tant au niveau des confrères que des patients. Cela souligne l'importance, pour les équipements sur troubles visuels graves, d'un maillage du territoire national, permettant dans le futur, à tous les Français, de bénéficier d'une prise en charge égale de bon niveau.

Cela met en évidence la segmentation entre les adaptations courantes qui peuvent être l'apanage de tous les ophtalmologistes et pour le renouvellement d'un nombre important d'opticiens, et les adaptations techniques ou de l'enfant requérant formations multiples, pratique soutenue et équipements spécifiques. Mais dans tous les cas, une organisation adéquate est indispensable.

### Organisation de la prise en charge

Sans cette organisation, l'exercice de la contactologie aurait le double défaut d'être chronophage et non rentable sur le plan financier. C'est très en amont, dès la prise de rendez-vous, que la notion de lentilles doit être évoquée. Cette stratégie permet d'informer le patient que le cabinet s'occupe de contactologie.

**La possibilité de correction par lentilles doit être suscitée**, au même titre que celle d'une éventuelle opération de la chirurgie réfractive.

**Un message en amont doit obligatoirement préciser aux patients déjà porteurs**, que s'ils souhaitent avoir dans la même séance une prescription de lunettes, ils doivent avoir retiré leurs lentilles depuis la veille au soir en len-

tilles souples et depuis 48 heures en LRPO.

Il est important de prévenir le futur porteur qu'une **consultation préadaptation** sera effectuée afin de déterminer s'il peut, ou non, porter des lentilles, de quel type, à quel coût et selon quel protocole. Cette consultation durant laquelle aucune lentille ne sera posée, lui permettra de prendre une décision en connaissance de cause. Il sera averti que cette consultation sera prise en charge par les organismes sociaux.

Pourquoi ne pas entamer tout de suite l'adaptation, comme le font un certain nombre de confrères ? Simple parce que la contactologie peut être très chronophage :

- perturbatrice du rythme de la consultation, avec des allées et venues entre salle de consultation et salle d'attente ;
- risquant de retarder le planning personnel du patient non prévenu, engendrant parfois sa mauvaise humeur et souvent son renoncement ;
- source d'erreurs, ou d'un choix non optimum, faute de temps disponible du médecin ou du patient.

**À l'issue lui sont remis, la fiche d'information (SNOF/SFO), la note d'information sur les honoraires avec la durée de validité du forfait.** Ces documents sont à retourner signés lors de la séance d'adaptation. Pour les mineurs, la signature des deux parents est fortement recommandée. Il peut être utile de remettre aux patients, dès la consultation de préadaptation, un document expliquant le nombre de séances à prévoir et leurs durées approximatives, pour mener à bien leur équipement. Cette pratique permet d'explicitier auprès du patient en quoi consistent les soins compris dans le vocable "forfait d'adaptation" évitant ainsi toute polémique ultérieure.

La contactologie pour un médecin travaillant seul est difficile.

Pour un médecin travaillant avec un assistant, la pratique de la contactologie

est tout à fait réalisable. Cela suppose de mettre en place des protocoles, et de la part de l'assistant d'avoir un bon sens de l'organisation, de l'ordre et surtout une fiabilité scrupuleuse pour les prêts, les rappels téléphoniques...

Mais bien entendu le travail aidé est la solution à privilégier pour l'exercice de la contactologie.

La **délégation de tâches permet réellement d'optimiser la prise en charge en permettant une organisation des essais facilitée.**

#### >>> L'assistant :

- remet aux patients tous les documents utiles ;
- gère la signature et l'archivage des documents ;
- gère le réassortiment et les commandes de lentilles de spécialité ;
- gère les rendez-vous ;
- est "l'oreille du cabinet" que le patient peut toujours joindre sans déranger le médecin ou l'orthoptiste lors des premières semaines.

#### >>> L'orthoptiste :

- constitue l'anamnèse du dossier : motivation, profession, activités, essais antérieurs éventuels, allergies etc ;
- intervient à toutes les étapes de l'adaptation en effectuant :

- *À l'arrivée ;*
- ✓ l'examen à l'auto-réfracteur-kératomètre ;
- ✓ la réfraction ;
- ✓ le bilan orthoptique ;
- ✓ la topographie (si nécessaire) ;
- ✓ les autres examens décidés par l'ophtalmologiste ;

- *Au contrôle* du résultat visuel obtenu avec les lentilles

- *À la fin* en explicitant au patient :
  - ✓ toutes les informations sur l'utilisation et les conditions de port des lentilles ;
  - ✓ les modalités pratiques pour l'entretien choisi.

**À noter l'intérêt de créer dans l'agenda des plages dédiées à la contactologie qui permettent :**

- des échanges entre les patients en salle d'attente (très utiles en orthokératologie ou pour l'équipement des petits, les mettant en confiance en voyant d'autres enfants de leur âge très heureux revenant pour le contrôle) ;
- une facilité de la prise en charge par standardisation (indispensable si l'orthoptiste ou assistant ne travaillent pas à plein temps au cabinet).

**Depuis quelques années, la contactologie bénéficie de l'aide réelle apportée par les laboratoires :**

- dans la gestion des stocks de lentilles qu'ils veillent à réapprovisionner régulièrement ;
- par la mise en place de logiciels d'aide à l'adaptation ;
- la permanence d'assistance technique téléphonique ou *via* Internet.

## Organisation de suivi en contactologie

S'il est relativement facile d'organiser un suivi pour une adaptation simple, il est évident que dans le cas d'adaptations techniques type kératocône, orthokératologie, ou verres scléraux, le suivi doit être particulièrement organisé dès la consultation de préadaptation.

**La deuxième séance** (en général 2 fois 15 minutes espacées d'un temps en salle d'attente de 15 à 20 minutes) comprendra :

- les essais avec les lentilles programmées lors de la première consultation ;
- les changements, si nécessaire de géométrie ou de puissance ;
- un temps d'accoutumance ;
- parfois un contrôle après plusieurs heures ;
- l'apprentissage de la manipulation s'il n'est pas délégué à l'opticien.

**La troisième séance**, entre 15 jours et 1 mois, permettra le contrôle et la prescription de lentilles avec établissement

d'une ordonnance (valable 1 an pour les moins de 16 ans et trois ans au-dessus). Pour le patient nouvellement équipé en lentilles de contact, le suivi et la notion d'équipe sont essentiels pour :

- répondre à une interrogation téléphonique;
- réapprendre la manipulation;
- revoir très vite le patient en cas de mauvaise tolérance;
- reprogrammer un contrôle en cas de résultats visuels insuffisants par exemple lors d'équipement pour la presbytie;
- être à l'écoute en cas d'intolérance à la solution d'entretien;
- etc.

Tout ceci est essentiel car c'est dans les premières semaines que tout se joue et les patients, dans la majorité des cas, ont besoin d'être accompagnés. Sans une réponse téléphonique du médecin, ou de l'orthoptiste connu du patient, un succès attendu peut basculer en un échec définitif.

Les dernières directives réglementaires risquent d'entraîner :

- des problèmes d'entretien dus à la mise en vente libre, par la loi Hamon, des solutions d'entretien entraînant immanquablement des risques de mésusage;
- un risque non nul de voir se développer des "switches" de la part d'opticiens peu formés à la contactologie, vers des lentilles de moins bonne qualité ou ne correspondant pas à l'état clinique du patient, poussés par des pratiques commerciales.

La conséquence étant le risque de complications oculaires et l'abandon du port.

L'Assurance Maladie prend en charge les lentilles de contact, sur prescription médicale, pour les indications suivantes :

- astigmatisme irrégulier;
- myopie égale ou supérieure à 8 dioptries;
- strabisme accommodatif;
- aphaquie;
- anisométrie à 3 dioptries;
- kératocône.

Les lentilles de contact sont remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 euros, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.).

Fig 3.

### ■ Contraintes économiques

La plus grosse contrainte, c'est les locaux ! La contactologie nécessite des murs nus, des placards, et donc des mètres carrés ce qui peut poser de réels problèmes par exemple en région parisienne.

Il faut :

- pouvoir stocker les meubles de lentilles mis à disposition par les laboratoires;
- les packs de solutions d'entretien;
- dédier une salle à l'apprentissage des manipulations (si l'on décide de le faire au cabinet).

Il est très agréable d'avoir une salle d'attente dédiée où le patient pourra, au calme, détendre son angoisse des premières minutes de port, surtout en LRPO ou en verres scléraux.

Sans organisation, bon nombre de confrères peuvent être amenés à abandonner cette partie très importante de notre profession. Ce n'est qu'en acceptant sa gestion organisée avec délégation

de tâches, plages dédiées, suivi protocolisé, que la contactologie est non seulement viable mais devient une des rares niches de liberté pour les honoraires, surtout pour nos confrères du secteur 1, sous réserve bien sûr de pratiquer un forfait d'adaptation et de s'interdire des adaptations en CS remboursables faisant courir le risque d'être requalifiées par l'Assurance Maladie.

Pour rappel, le remboursement des lentilles et du forfait d'adaptation par la sécurité sociale n'est possible que dans des cas très précis (**fig. 3**).

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

# Optimisation de la prise en charge des patients en chirurgie réfractive

→ PIERRE BOUCHUT, SÉVERINE PELLEN

## ■ Contexte et spécificité

La chirurgie réfractive regroupe l'ensemble des techniques et procédés visant à proposer aux patients l'indépendance totale ou partielle à une correction optique. Les techniques sont le plus souvent cornéennes. Toutefois, l'avènement des implants multifocaux et, plus récemment, la disponibilité des implants à profondeur de champs (EDOF), participent à l'augmentation des patients se voyant proposer une chirurgie cristallinienne. L'efficacité des résultats liés aux implants phakes augmente également le nombre de patients qui en ont bénéficié ces dernières années.

Du fait d'une spécialité ne rentrant pas dans un acte de soin remboursé, il existe donc peu de source fiable, et il est très difficile d'évaluer précisément le nombre de patients ayant bénéficié de chirurgie réfractive. Toutefois, on estime que 200 000 actes sont réalisés chaque année en France.

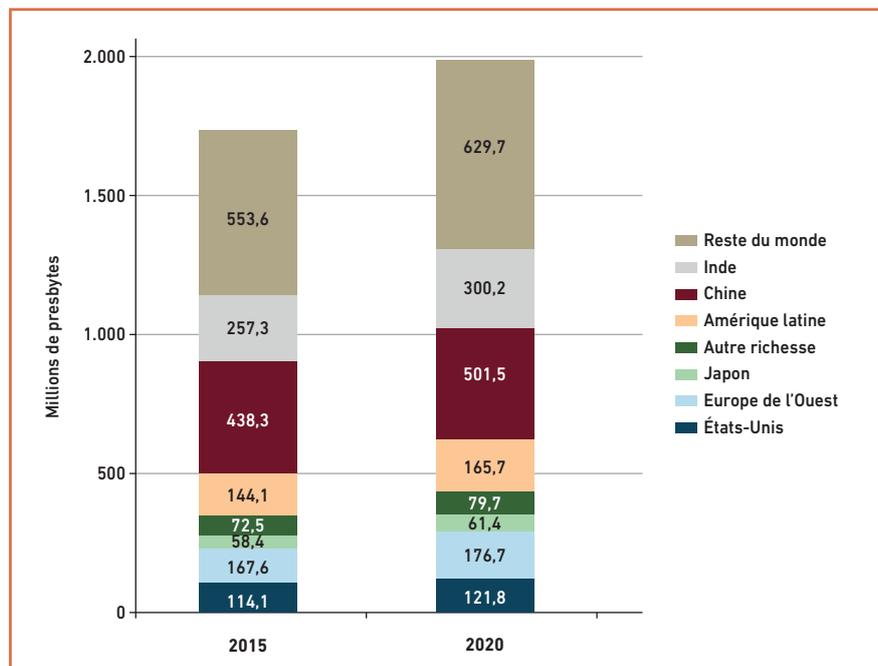
“L'épidémie de myopie” au niveau mondiale n'est un secret pour personne. Une récente étude [1] menée par des chercheurs de l'université de King's College à Londres, montre que les jeunes adultes européens sont de plus en plus myopes.

Cette étude publiée dans *Ophthalmology*, et portant sur plus de 60 000 personnes,

révèle qu'un Européen sur quatre est myope. Cette proportion explose chez les 25-29 ans qui sont près de la moitié à présenter ce défaut de vision.

Dans un contexte où le nombre de patients amétropes jeunes augmente et où les habitudes de vie et l'exigence de confort évoluent, l'alternative de la chirurgie réfractive fait partie intégrante du panel de l'offre de soins.

Un autre paramètre à considérer est l'augmentation à venir du nombre de patients presbytes. Dans les 5 prochaines années, le nombre de patients presbytes devrait passer de 1,81 milliards à 2,04 milliards [2]. En effet, la **figure 1** illustre l'augmentation du nombre de patients presbytes au niveau mondial entre 2015 et 2020, montrant une augmentation significative. Pour la région Europe de l'Ouest, elle passe



**Fig. 1 :** Prévission de l'augmentation de la population de patients presbytes niveau mondial par région. Source: Market Scope, using US Census Bureau data.

de 167,6 à 176,7 millions de patients presbytes entre 2015 et 2020.

En France, la pyramide des âges (fig. 2) montre que les “derniers baby-boomers” ont entre 42 et 43 ans et auront donc besoin d’une correction de presbytie dans les années à venir.

Si le nombre de patients presbytes augmente significativement, c’est surtout leurs attentes qui se sont transformées. Plus exigeant et plus moderne dans son activité quotidienne, le patient presbyte ne veut pas être considéré comme un sénior. Il utilise son smartphone, son ordinateur et souvent sa tablette régulièrement et veut le faire sans lunettes. L’évolution du style de vie des presbytes requiert une exigence grandissante de ses capacités visuelles autant de loin, de près qu’en vision intermédiaire.

## L’offre de chirurgie réfractive en France : où et comment ?

### 1. Des établissements aux conceptions et organisations hétérogènes

Sur le territoire français, on peut estimer qu’environ 130 sites disposent d’un plateau technique de chirurgie réfractive. Il existe 4 grandes typologies de sites. De la conception à l’organisation de l’activité, ils sont hétérogènes et présentent tous des avantages et des inconvénients. Il faut remarquer que la France est une exception européenne où le modèle des chaînes type Ultralase, Optical Express ou encore Baviera ont du mal à s’implanter. Le patient français a besoin d’une alchimie entre l’implication du chirurgien pour son cas personnel et le professionnalisme d’une équipe dédiée à ce type de chirurgie.

Tout d’abord la chirurgie réfractive à l’hôpital : on peut recenser aujourd’hui au moins 35 hôpitaux dotés de plateau de chirurgie réfractive en France. À l’exception de quelques cas particuliers, les volumes varient de 200 à 1 500 procédures par an. Ces chiffres montrent bien l’hétérogénéité des pratiques. L’hôpital entreprend des études cliniques qui font avancer la discipline. Enfin, la formation des jeunes internes est encadrée par l’hôpital et reste indispensable à l’acquisition des compétences permettant d’exercer avec éthique. L’accès à des praticiens ne faisant pas partie des effectifs hospitalier est restreint.

Ensuite, nous pourrions évoquer la chirurgie réfractive proposée au sein de cliniques privées où d’autres spécialités sont pratiquées, d’ailleurs souvent ophtalmologiques et remboursées. On

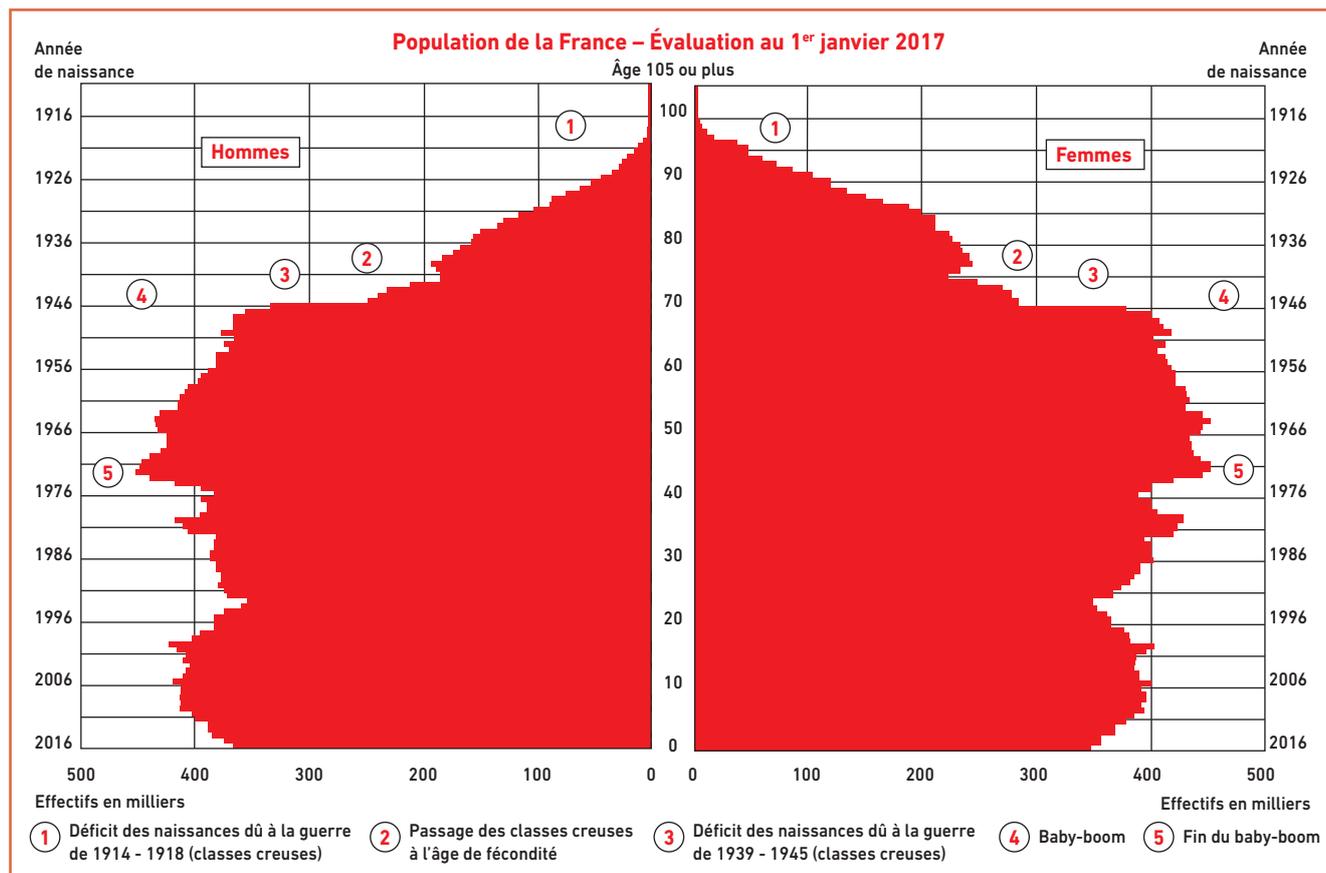


Fig. 2 : Population de la France — Évaluation provisoire au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Champ : France métropolitaine/G. Pison (Ined)/Source : Insee.

peut estimer qu'environ 60 sites existent en France. Les équipes médicales sont pluridisciplinaires et exercent souvent aussi en cataracte et/ou en rétine. Dans ce cas, il faut identifier si les plateaux de diagnostics sont installés *in situ*, ou au sein des cabinets médicaux des médecins y opérant. Différentes formules sont possibles. Dans certains cas, les plateaux techniques sont installés au sein d'un établissement sans que celui-ci en soit le propriétaire. La clinique concède ou loue un local, et met à disposition, ou pas nécessairement, son personnel pour les sessions opératoires. Dans d'autres cas, le plateau technique est propriété de la clinique et fait partie intégrante de l'offre de soin.

Ce genre d'établissement est présent dans les grandes ou moyennes villes. Les projets sont portés par les chirurgiens y exerçant en cataracte. Les choix de matériel et les orientations technologiques sont à négocier avec les responsables financiers ce qui rend les consensus parfois difficiles.

Une autre alternative est possible avec les lasers itinérants. Le principe est simple : vous ne vous "déplacez" pas, c'est le laser qui se déplace à vous. La société installe le laser au sein de votre cabinet ou clinique à un rythme convenu préalablement (mensuel, trimestriel...). La prestation comprend : le transport, la maintenance de l'appareil, les consommables, et l'assistance du médecin au bloc. Cette formule est utilisée dans les petites et moyennes villes où les volumes ne permettent pas toujours d'amortir un plateau technique complet. Les acteurs prennent moins de risques financiers. Sur un autre plan, ils sont tributaires des choix technologiques de la société et il peut être difficile d'acquérir une reproductibilité sur des sessions opératoires à distance. On estimerait à 50 sites bénéficiant de ce type de prestation en Europe. Pour la France, les chiffres avancés seraient la réalisation de 30 000 actes sur les 23 dernières années, soit environ 1 300 actes par an.

Enfin, il existe en France des centres privés dédiés à la chirurgie réfractive. Ces structures proposent toutes la chirurgie au laser, et pour certaines, la chirurgie cristallinienne hors nomenclature pour compensation de la presbytie et/ou les implants phakes. On peut recenser une vingtaine de centres autonomes en France. Encore une fois, leur offre, leur structure et leur organisation sont toutes différentes. Pour la plupart, la structure est adjacente ou héberge le cabinet de certains médecins opérateurs. Pour d'autres, moins nombreuses, la structure existe de manière autonome sans cabinet médical sur place.

Au sein de ces centres, les équipes (secrétaires, optométriste et/ou orthoptistes/infirmiers/techniciens lasers, souvent directeur de centre) sont dédiées à la chirurgie réfractive. La prise en charge du patient est remise en cause régulièrement pour proposer, au-delà de l'acte médical, un service irréprochable et tenir compte des attentes individuelles de chaque patient. Les volumes opératoires sont souvent significatifs, et varient entre 800 et 6 000 actes par an. Les plateaux techniques sont le plus souvent ouverts aux médecins externes souhaitant pratiquer la chirurgie réfractive. Ce type de structure, plus légère en personnel et avec un circuit de décision simplifié, a l'avantage de pouvoir s'adapter rapidement aux différents besoins. Les choix technologiques sont le fruit de consensus entre les médecins associés décisionnaires et privilégient l'efficacité des résultats. Ces centres sont souvent appelés centre "Multi User".

## **2. Rester à la pointe de la technologie : un challenge financier**

Nous parlerons ici du versant chirurgie réfractive cornéenne qui nécessite les technologies les plus lourdes. Au-delà de la plateforme laser en elle-même, d'autres éléments sont à considérer :

### **>>> Les équipements pour réaliser le bilan préopératoire :**

Nous le verrons ensuite, mais une des clefs du succès, réside dans la qualité du

bilan préopératoire. Pour ce faire, une multitude d'examen sont aujourd'hui nécessaires comme la topographie antérieure et postérieure, la pachymétrie bien sûr ; souvent un comparatif topographique entre deux marques de topographies différentes s'avère pertinent, une aberrométrie, une tension oculaire, un indice de détection de kératocône fruste et plus récemment des outils permettant un dépistage préopératoire d'un dysfonctionnement des glandes de Meibomius et les répercussions au niveau de la surface oculaire d'un éventuel syndrome sec.

Il faudra faire une différence entre les centres dotés des plateaux de bilan préopératoire et dans ce cas, il faudra ajouter une unité de consultation complète, et ceux qui n'en possèdent pas et qui obligent les médecins à acquérir les équipements au cabinet.

Le prix moyen d'un plateau complet de bilan préopératoire se situe au moins aux alentours de 200 000 €. Ce tarif variera en fonction des choix de chacun.

### **>>> Les plateformes laser**

La majorité des sites opératoires sont dotés au moins d'une plateforme laser comprenant : un laser femtoseconde et un laser Excimer. Certains sites proposent plusieurs plateformes composées de marques de lasers différentes mais ils restent rares.

Selon les marques, les prix des machines peuvent varier. Les acteurs sont assez peu nombreux. On recense seulement 6 laboratoires agissant sur le marché des équipements de chirurgie réfractive (Johnson & Johnson, Alcon, Bausch et Lomb, Schwind, Zeiss et Ziemer). Il faudra compter en moyenne entre 600 000 et 800 000 € pour se doter d'une plateforme laser (femtoseconde et Excimer). De plus les évolutions technologiques sont rapides, la durée de vie d'une plateforme peut varier. Toutefois, pour rester à la pointe de ce que le marché propose, il faut s'attendre à renouveler vos équipements au moins tous les 4 ou 5 ans.

### >>> Le consommable

Si tous les lasers Excimer n'ont pas de consommable à l'acte, tous les lasers femtoseconde fonctionnent avec un dispositif à usage unique (cônes, anneaux...) ayant un coût à l'acte. Les prix de ces dispositifs varient selon les marques mais aussi selon les volumes réalisés. Le prix moyen d'un cône ou anneau est estimé à 120€ par œil.

### >>> Le budget maintenance

Les équipements de chirurgie réfractive sont des matériels sensibles nécessitant des révisions régulières pour rester au plus au niveau d'efficacité. Pour cela, il est fortement recommandé de souscrire un contrat de maintenance avec la firme qui vous installe les lasers. Ces contrats de maintenance varient aussi selon les marques et les technologies. Il faut compter en moyenne entre 40 000€ et 50 000€ par an et par laser.

Selon le type de structure, il faudra additionner les coûts liés au personnel. Au regard de ces chiffres, nous comprenons aisément que l'investissement financier est conséquent et qu'il est impératif de réaliser un certain volume d'actes pour rester financièrement à l'équilibre. Nous estimons qu'un centre autonome bénéficiant de technologies de dernière génération se trouve à l'équilibre à partir de 1 000 actes annuels.

## La chirurgie réfractive : du premier rendez-vous au suivi postopératoire, l'exigence de l'excellence

### 1. Le premier contact

Comme toujours, il est primordial d'instaurer une relation professionnelle, rassurante et de confiance avec le patient.

Le patient qui vient pour un avis réfractif doit se sentir à l'aise pour poser les questions qui le préoccupent mais aussi pour entendre un discours loyal qui devance parfois même ses interrogations. Le

patient n'est pas vraiment un malade au sens médical du terme, mais il vient pour une démarche de confort pour la prise en charge de ses troubles réfractifs qui sont un handicap pour lui dans sa vie quotidienne.

### 2. L'accueil et la spécificité de la consultation de ces patients

Le patient sait qu'il rentre dans une démarche de soins hors nomenclature et dont le coût reste en grande partie à sa charge malgré les efforts de couverture de certaines mutuelles. Il comprend et accepte cela car il sait que la technologie qui lui sera proposée est une technologie de pointe et coûteuse, tant sur le plan du bilan préopératoire que sur le plan chirurgical (lasers, implants, *Inlays*...).

En revanche, une certaine obligation tant sur le fond que sur la forme est attendue. Si le patient fait un effort financier substantiel pour sa santé, il attend aussi un effort de la part du médecin qui doit prendre en compte cet aspect dans la relation qui s'établit entre les deux parties.

Même si tous les praticiens donnent au quotidien le meilleur d'eux mêmes à tous leurs patients, un accueil différencié ou de type VIP permet au praticien de montrer à son patient qu'il l'a bien compris et individualisé dans sa démarche personnelle. C'est pourquoi un retard en consultation, s'il est accepté par un patient qui comprend que des urgences puissent bousculer l'ordre du planning l'est moins dans ce cadre. Une organisation qui met à l'abri de ce genre de désagrément est appréciée dans cette démarche différenciée d'une consultation pour une pathologie habituelle. Le patient ne se sent pas malade, il vient la plupart du temps pour une amélioration de son quotidien visuel.

### 3. L'information : la clé de la réussite

Comme toujours en médecine, l'information doit être claire, loyale, intelligible et reproductible. Elle doit être conforme aux données actuelles de la science. Elle

doit être la plus exhaustive possible pour que le patient réfractif puisse avoir le vrai choix éclairé de la décision de sa chirurgie qui rappelons-le, n'est pas dans ce cadre un acte obligatoire pour la santé, mais un acte de confort et d'amélioration de sa situation visuelle.

Le patient se sera souvent informé au préalable sur internet, il sera parfois bien informé, mais souvent surinformé, voire mal informé. Le praticien aura la charge de déterminer quel est le niveau de connaissance des techniques mais surtout de recadrer le patient en lui expliquant que cette chirurgie réfractive est une chirurgie sur mesure et devra alors proposer les techniques qui seront les plus adaptées à chacun des cas. Le praticien doit expliquer au patient ses critères de choix de la ou les techniques proposées mais aussi expliquer honnêtement pourquoi il écarte certaines d'entre elles.

### 4. Le rôle de l'équipe autour du médecin (secrétaire, orthoptiste, optométriste...)

Dans une démarche professionnelle de la prise en charge d'une chirurgie de confort, l'ensemble de l'équipe médicale doit plus que jamais parler à l'unisson. Le patient doit sentir qu'il a, en face de lui, une équipe de professionnels rompus à la problématique de sa demande. Il attend le sérieux et le professionnalisme de l'équipe qui tout au long de la chaîne doit lui montrer qu'il est attendu et qu'il ne s'aventure pas en terre inconnue. Au fur et à mesure de sa prise en charge, le patient comprend qu'il entre dans un processus raisonné qui se terminera par la consultation médicale au terme d'un bilan spécifique et exhaustif. Cette démarche permettra au médecin de proposer les solutions appropriées après une analyse spécifique.

Le patient comprend qu'il n'est pas un cas isolé mais qu'il est pris en charge avec une même rigueur médicale que pour des pathologies les plus graves.

L'équipe doit être rassurante et ne doit pas hésiter à expliquer les raisons des examens pratiqués. L'équipe doit être prête à répondre aussi à tout instant aux questions, interrogations ou inquiétudes du patient. Il ne faut pas oublier qu'un patient peut être amené à poser des questions à l'équipe paramédicale, questions qu'il n'oserait pas poser au médecin directement. Rassurer et expliquer au patient le déroulement de sa prise en charge est un moment capital.

### 5. Organiser le parcours chirurgical

Une organisation sérieuse et ordonnée est un gage et une image de professionnalisme. Le patient doit être écouté et le bilan doit être réalisé avant la visite avec le praticien. Les examens doivent être rigoureux, systématiques, exhaustifs et adaptés à la demande. Les examens devront déterminer la faisabilité médicale de certains actes possibles ou nécessaires pour répondre à la première question que le patient se pose : "suis-je opérable?". Le patient doit pouvoir sortir de sa consultation avec cette réponse. Il est souhaitable aussi de pouvoir dans le même temps répondre aux questions suivantes, par quelle(s) technique(s) et à quel coût pour chacune d'entre elles.

Un bilan complet et orienté permet au praticien une analyse médicale exhaustive et surtout de proposer et de choisir conjointement avec le patient la solution la plus appropriée à son trouble réfractif et en accord avec son mode de vie, ses exigences professionnelles et ses attentes. Cela permet aussi de donner des informations plus précises et plus spécifiques sur la prise en charge proposée. Dans cette démarche, un devis précis actualisé peut être aussi donné au patient.

Ce bilan complet permet de répondre aux interrogations du patient sur son opérabilité, sur les avantages et risques des techniques proposées ainsi que sur le coût précis.

Le bilan ainsi pratiqué permet au patient une réflexion et un choix le plus éclairé possible.

Revoir le patient après le délai de réflexion légal et quelques jours avant la chirurgie, offre au patient la possibilité de poser les dernières questions qu'il a en tête, permet au praticien de réexpliquer si besoin les éléments essentiels de la chirurgie et de vérifier si le patient a bien compris la démarche dans laquelle il s'engage.

### 6. Ne pas omettre le suivi

L'accompagnement du patient fait partie intégrante de la démarche chirurgicale. Le parcours de soin doit être annoncé au patient lors du bilan préopératoire. Chaque suivi sera adapté aux techniques proposées. Le suivi sera à la fois d'ordre médical par le médecin qui vérifiera le côté médical spécifique des suites opératoires mais il pourra aussi s'aider de l'équipe qui restera toujours aussi à l'écoute du patient pour l'accompagner dans sa nouvelle vie visuelle. En effet, il est toujours nécessaire de rassurer un patient en postopératoire sur tels ou tels symptômes ressentis et qui auront déjà été expliqués en préopératoire. Il n'est pas rare de rassurer un patient pour un œil sec qui gêne, pour une hémorragie sous-conjonctivale qui angoisse ou pour des conseils environnementaux de lecture après une prise en charge de la presbytie par exemple. Le patient ne peut pas tout retenir des informations préopératoires.

C'est aussi un vrai accompagnement par toute une équipe qui fait le succès de la prise en charge chirurgicale.

### Informer la population de l'alternative chirurgicale dans un cadre juridique restreint

Même si certaines idées reçues circulent encore sur le fait que la chirurgie réfractive ne donne pas de résultats

fiables à long terme, de multiples études montrent le contraire. Une des dernières études publiées récemment et portant sur 1 800 patients, montre que le LASIK serait l'option de correction visuelle qui apporterait la plus grande satisfaction aux patients [4].

Le challenge est d'informer la population sur la chirurgie réfractive sans tomber dans la promotion de l'activité. Il faut impérativement que les patients soient mieux informés sur les défauts de vision pouvant être pris en charge ainsi que sur les résultats attendus et les risques associés.

Pour faire le point sur ce que les médecins et/ou les centres peuvent publier, nous nous sommes basés sur la dernière note publiée en juillet 2016 [5] par le conseil national de l'ordre des médecins (fig. 3). Cette note fait le point sur la jurisprudence du conseil d'État et de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins relatif à la réglementation applicable aux médecins en matière d'interdiction de la publicité.

En premier lieu, on peut retenir la règle de base qui est pour les médecins "l'interdiction pure et simple de toute publicité", article R.4127-19 du code de la santé publique.

La distinction entre information et publicité est parfois difficile à apprécier. Pour ce faire, les rapporteurs publics du



Fig. 3: Note sur la jurisprudence du conseil d'État et de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins.

Conseil d'État font plutôt appel à des grilles d'interprétations, intégrant trois groupes de critères :

1. La part du praticien dans l'origine des informations ou procédés d'informations reprochés ;
2. La nature et le contenu de ce qui est reproché au médecin : but, termes utilisés, ampleur ;
3. À qui le message est-il destiné ? Clients potentiels, ou à des professionnels ou collègues ou encore au grand public

Cette note en page 5 et 6 fait également état du sort des établissements de santé privé en termes de publicité. En effet, si le code de déontologie médicale (article E.4 127-1 du code de santé publique) pose le principe d'interdiction de la publicité pour des actes médicaux, celui-ci est strictement applicable aux médecins et non aux établissements.

Néanmoins, dans l'affaire citée, la cour de cassation retient la responsabilité de l'établissement pour concurrence déloyale à l'encontre de l'ensemble des médecins au motif que la publicité litigieuse, relative à des actes médicaux, bénéficiait aux médecins en leur permettant d'attirer la clientèle. Ainsi, la cour de cassation interdit la publicité indirecte exercée par les établissements de santé privés.

Il faudra donc être vigilant et appliquer un cadre strict dans la communication faite autour de la chirurgie réfractive. Mais il nous semble impératif d'informer les patients de l'alternative qui s'offre à eux.

## L'avenir de la chirurgie réfractive

### 1. La compétence médicale en chirurgie réfractive

La chirurgie réfractive est une spécialité en ophtalmologie à part entière. Nous l'avons vu, la démarche du patient est singulière, chirurgie non

obligatoire le plus souvent, avec nécessité de résultat et coût à la charge du patient. Le patient bien informé est dans une démarche personnelle et positive vers une offre de soin et il s'interroge souvent et bien naturellement sur l'expérience et la compétence de l'ophtalmologiste et de l'équipe qu'il consulte dans ce but. La démarche réfractive est une démarche à part entière et le praticien doit s'adapter d'une manière différente que lorsqu'il est en face d'une pathologie. La prise en charge doit rester médicale face à un patient plutôt jeune et bien informé ou ayant facilement l'accès à l'information mais doit être réellement adaptée à l'attente.

Cette sur-spécialité de chirurgie réfractive est en perpétuelle évolution tant sur le plan des techniques chirurgicales, des moyens (lasers, implants...) que des indications pour une qualité de résultats et sécurité toujours plus accrues. Le praticien qui s'engage dans cette démarche doit se donner les moyens de proposer un panel de solutions sans cesse en évolution. La compétence s'acquiert avec l'expérience mais aussi avec la volonté de la recherche de l'excellence actualisée dans un domaine qui évolue très vite.

### 2. La formation de la jeune génération

Au même titre que devenir rétinologue ou glaucomatologue, devenir chirurgien réfractif est une sur-spécialité à part entière. Le jeune praticien qui s'engage dans cette voie se doit d'être prêt à poursuivre avec abnégation sa formation au quotidien pour suivre l'évolution des techniques et proposer le *up to date* en termes de sécurité et moyens. Il s'engage sur le terrain d'une chirurgie de confort avec un objectif de résultats minimum qui devra répondre à une exigence légitime de résultats du patient qui lui aura apporté sa confiance. Une expérience acquise dans un cadre hospitalier spécialisé est indispensable aujourd'hui aux vues du champ des possibilités théra-

peutiques et de l'ensemble des examens d'analyse nécessaires.

### 3. Les centres *multi user*: déléguer ce qui peut l'être et proposer un cadre de travail professionnalisé

La prise en charge réfractive rentre aujourd'hui dans un cadre précis et se doit d'être professionnelle comme nous l'avons vu. Les bilans, les examens sont multiples et le recours à la technologie est vaste. Si le bilan clinique médical et l'interrogatoire restent la base de la consultation réfractive, il est impensable de se passer d'examens et d'imageries sophistiquées. Ces examens peuvent être délégués à des assistants formés à cela. Les topographies cornéennes, les microscopies spéculaires, les biométries optiques, les aberrométries, les oct rétinien ou du nerf optique, les examens de biomécanique cornéenne, peuvent être délégués au même titre qu'un bilan réfractif initial ou qu'une préinformation sur les techniques chirurgicales.

Un centre spécialisé se doit de mettre "en musique" tout cela afin de permettre au praticien de proposer la ou les meilleures solutions thérapeutiques au terme d'une démarche exhaustive raisonnée et médicalisée.

## Conclusion

Après des années d'évolution des technologies et des indications, la chirurgie réfractive est devenue une sur-spécialité à part entière, mature et très codifiée. Elle permet dans un cadre scientifique et médicalisé d'apporter des solutions réfractives à la plupart des demandes des patients. Elle recouvre un vaste choix de techniques chirurgicales de surface comme intraoculaires. Les indications se doivent d'être posées après un bilan médical complet, spécifique et en fonction des attentes des patients. La qualité des résultats fait qu'aujourd'hui son développement est considérable. La

prise en charge de la presbytie a désormais rejoint celle des troubles réfractifs classiques. La qualité des résultats atteint un excellent niveau. La démarche réfractive est maintenant une réalité si accessible, qu'elle s'étend sur des domaines de chirurgie plus classique comme celui de la cataracte par exemple. Le professionnalisme et le raisonnement médicalisé doivent guider nos démarches quotidiennes pour la plus grande satisfaction de nos patients.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Increasing Prevalence of Myopia in Europe and the Impact of Education. *Ophthalmology*, 2015; 122:1489-1497.
2. Source 2015 Comprehensive Report on The Global IOL Market - Market Scope®, LLC.
3. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note\\_jurisprudence\\_info\\_pub.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note_jurisprudence_info_pub.pdf)
4. PRICE MO, PRICE DA, BUCCI FA JR *et al.* Three-Year Longitudinal Survey Comparing Visual Satisfaction

with LASIK and Contact Lenses. *Ophthalmology*, 2016;123:1659-1666. doi: 10.1016/j.ophtha.2016.04.003. Epub 2016 May 18.

5. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note\\_jurisprudence\\_info\\_pub.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note_jurisprudence_info_pub.pdf)

---

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

# Optimiser la prise en charge en ophtalmopédiatrie et en strabologie de l'enfant

→ DOMINIQUE THOUVENIN, LÉOPOLDINE LEQUEUX

L'ophtalmopédiatrie et la strabologie sont des surspécialités de l'ophtalmologie, au même titre que le traitement du glaucome ou des pathologies rétiniennes par exemple. On les relie souvent car toutes deux nécessitent de connaître les spécificités de l'examen ophtalmologique chez l'enfant et aussi car au-delà du diagnostic et du soin d'une pathologie, elles intègrent toutes les deux la lutte systématique contre l'amblyopie.

Elles ont la particularité de représenter une importante activité médicale et proportionnellement peu d'activité chirurgicale mais qui nécessite une forte spécialisation. La plus grande partie de l'activité médicale peut être assurée par tout ophtalmologiste. L'aide des orthoptistes est fondamentale, nous en reparlerons dans l'organisation des soins en réseaux. La partie plus spécialisée du soin médico-chirurgical est du ressort de centres ophtalmopédiatriques hospitaliers ou non qui interviennent à titre diagnostique, guident la stratégie thérapeutique et le bon déroulement du traitement, jusqu'à l'âge de 10 à 14 ans, comme pour toute spécialité pédiatrique. La chirurgie revient le plus souvent à ce type de centre en raison de la nécessité de compétences spécifiques et aussi d'un entourage anesthésique particulier. Concernant la chirurgie, qu'elle soit oculaire ou strabologique, si les gestes

peuvent paraître simples ou similaires à ceux réalisés chez l'adulte, leur indication, leur réalisation, l'entourage de l'intervention sont vraiment spécifiques à l'enfant et demandent une vraie spécialisation. C'est le gage de résultats thérapeutiques satisfaisants et "modernes".

## ■ État des lieux de la demande

### 1. Consultation diagnostique

Sachant que 5 à 10 % de la population peut développer un trouble visuel dans l'enfance pouvant mener à la perte fonctionnelle d'un œil par amblyopie s'il n'est pris en charge dans la petite enfance, la demande d'accès à un diagnostic ophtalmologique est très importante de la part des familles mais aussi des pédiatres, médecins généralistes, orthoptistes et autres professions paramédicales. La mise en place d'un dépistage permet heureusement de sélectionner les patients qui nécessitent vraiment une consultation ophtalmologique.

### 2. Suivi de pathologies

Une fois un diagnostic porté, les familles sont très demandeuses d'un suivi surspécialisé, d'autant que les enfants présentent le plus souvent une pathologie "invisible". Une organisation en réseau

de la surveillance et du soin doit permettre de répondre à cette attente.

## ■ État des lieux de l'offre de soin

Peu d'ophtalmologistes sont entraînés, équipés ou désireux de prendre en charge des enfants ou les troubles de la vision binoculaire. La consultation ophtalmopédiatrique a des spécificités qui peuvent rebuter au premier abord, et qui peuvent aussi casser le rythme d'une consultation. La plupart des ophtalmologistes réalisent malgré tout les consultations d'enfants avec l'aide ou en déléguant à un orthoptiste une grande partie de l'examen visuel. L'examen oculaire et notamment du FO du seul ressort de l'ophtalmologiste est une étape obligatoire de l'examen initial de tout enfant présentant une pathologie ou un risque visuel. Certains ophtalmologistes ne souhaitent toutefois pas examiner des enfants avant que ceux-ci puissent activement participer à l'examen, en général vers 6 ans (apprentissage du CP). Il faut donc qu'ils puissent référer facilement les plus jeunes à un centre compétent plutôt que retarder l'examen diagnostique.

Peu d'ophtalmologistes sont vraiment formés à ces surspécialités, par manque de motivation ou de moyens proposés durant le cursus d'internat déjà très riche. La formation se fait le plus souvent

au contact d'ophtalmo-pédiatres ou strabologues. Elle est complétée par les DU qui ne sont efficaces que si l'ophtalmologiste est déjà motivé et peut poursuivre localement sa formation pratique. La formation conjointe complémentaire au DU d'un orthoptiste assistant semble être une réelle valeur ajoutée. Une vraie motivation initiale et un compagnonnage assez long sont donc nécessaires pour acquérir des compétences puis exercer l'ophtalmopédiatrie ou la strabologie, car le domaine de connaissances est très vaste et s'éloigne parfois de l'ophtalmologie classique. D'après les données du DU de strabologie et de l'AFSOP (Association Française de Strabologie et Ophtalmologie Pédiatrique, [www.afsop.fr](http://www.afsop.fr)), très peu d'ophtalmologistes se destinent spécifiquement à ces 2 spécialités.

Les centres spécialisés en ophtalmopédiatrie et/ou strabologie sont peu nombreux, souvent uniquement en CHU ou dans des villes de CHU. S'il existe un certain nombre de strabologues en activité libérale, les ophtalmo-pédiatres médico-chirurgicaux qui exercent en libéral ont le plus souvent une activité de strabologie associée. Si l'on regarde l'organisation des autres pays, la formation pédiatrique et de strabologie est obligatoire et validante quasiment partout. Le nombre de spécialistes reste proportionnellement faible

partout. Toutefois, si l'AFSOP compte une cinquantaine de membres ophtalmologistes permanents, l'AAPOS (équivalent nord-américain) en compte près de mille avec beaucoup de membres internationaux. Le rôle formateur des associations et des DU est incontournable.

La France a la spécificité de compter beaucoup d'orthoptistes. La raison d'être initiale de cette profession était d'examiner les troubles de la vision binoculaire et éventuellement de la rééduquer. La profession a énormément évolué depuis quelques années en parallèle à la raréfaction des ophtalmologistes. Les orthoptistes deviennent des assistants d'ophtalmologiste auxquels on délègue une grande partie de l'examen visuel, réfractif et la réalisation de plus en plus d'exams complémentaires. On comprend leur place fondamentale dans l'organisation des soins chez l'enfant tant que les ophtalmologistes sont rares.

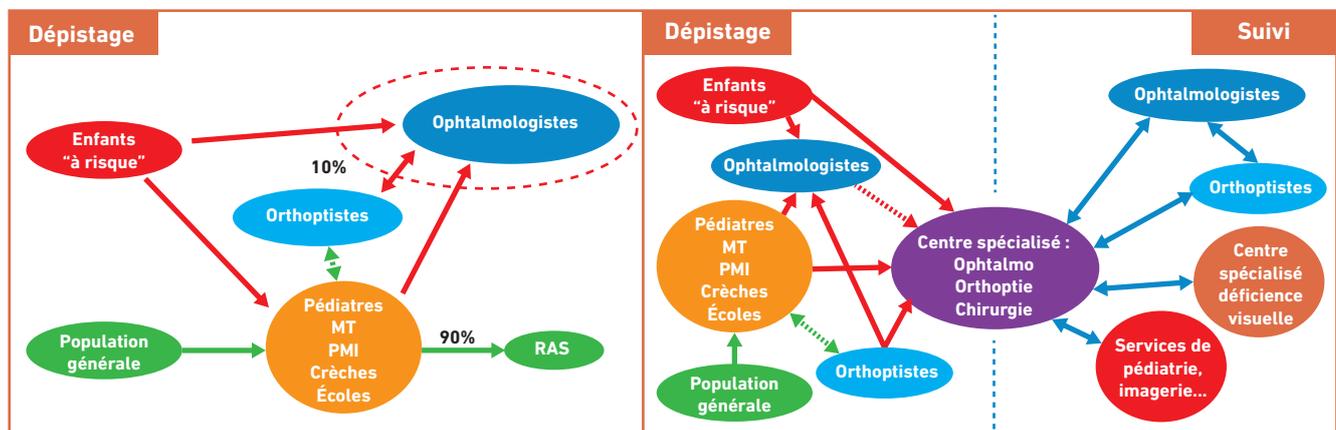
### Organisation de la prise en charge des enfants en ophtalmologie

Au-delà du soin proprement dit qui peut être urgent ou non, la priorité est la lutte contre l'amblyopie qui doit être initiée le plus tôt possible dans la vie. Il faut donc un accès assez rapide au diagnostic ce

qui est complexe actuellement et nous proposons un schéma organisationnel que nous pratiquons au niveau régional depuis plusieurs années. Il permet si besoin un accès rapide au diagnostic par le biais de centres spécialisés qui redistribuent ensuite vers l'ophtalmologiste et l'orthoptiste proche du domicile, une fois le traitement entamé. Il s'appuie beaucoup sur les orthoptistes et permet de ne pas contourner le rôle indiscutable et irremplaçable des ophtalmologistes sur le diagnostic et la décision de traitement.

### 1. Organisation du dépistage visuel chez l'enfant (fig. 1)

Le dépistage de la population générale des enfants ne revient ni aux ophtalmologistes, ni aux orthoptistes dans le cadre d'une activité conventionnée. L'ophtalmologiste a un rôle diagnostique et thérapeutique. Un processus européen est en cours afin d'uniformiser les recommandations pratiques de dépistage visuel. Les orthoptistes peuvent aider les dépisteurs dans les cas douteux, et certains centres de dépistage salarient des orthoptistes. S'il existe suffisamment d'orthoptistes pour réaliser les bilans visuels demandés par les dépisteurs, la disponibilité des ophtalmologistes est insuffisante pour assurer l'aspect diagnostique et la mise en place



**Fig. 1 :** Dépistage visuel : les dépisteurs examinent tous les enfants. Ils peuvent demander confirmation en cas de doute auprès d'un orthoptiste. L'ophtalmologiste n'intervient que lorsqu'un trouble visuel est suspecté ou dans toute situation "à risque" (flèches rouges, au minimum 10 % de la population générale). Le problème actuel est l'accès en un temps raisonnable à la consultation ophtalmologique. L'organisation de centres spécialisés permet un accès rapide à un orthoptiste/réfractionniste et à un ophtalmopédiatre habitué qui finalise le bilan oculaire, définit la stratégie thérapeutique et organise au mieux le suivi si possible proche du domicile. Ce centre peut être sollicité directement par les organes de dépistage, ou à la demande des ophtalmologistes ou orthoptistes s'ils le jugent nécessaire.

des traitements. Le développement de centres spécialisés dans l'examen de l'enfant incluant ophtalmologistes et orthoptistes est très utile dans ce cadre. Leur organisation doit permettre de voir rapidement les enfants ayant un dépistage douteux ou des facteurs de risques et de les orienter correctement.

**>>> Le dépistage dans la population générale** est bien organisé et efficace, réalisé par les pédiatres, la médecine scolaire, et parfois par des orthoptistes scolaires selon un schéma et un budget qui dépendent des collectivités locales et régionales. Il permet de dépister les enfants pour lesquels on a un doute sur une anomalie visuelle. Ces enfants sont référés à un ophtalmologiste. Pour des raisons de rapidité diagnostique, c'est souvent un orthoptiste qui confirmera la nécessité et le degré d'urgence d'une consultation ophtalmologique.

**>>> Les enfants "à risque" de développer des troubles visuels.** Ce sont les enfants présentant des antécédents familiaux de troubles visuels, les anciens prématurés ou enfants ayant présenté une souffrance neurologique périnatale, les enfants présentant des pathologies dysgénétiques ou syndromiques. Ces enfants doivent systématiquement avoir un dépistage visuel précoce et un examen ophtalmologique complet. Par ailleurs, une surveillance du développement visuel durant les premières années de vie (orthoptiste +/- ophtalmologiste) est recommandée. Là encore, l'accès à une filière de soin adaptée est difficile.

## 2. En cas de pathologie décelée, organisation de la prise en charge

**>>> Prise en charge des cas simples de strabismes par ophtalmologiste et orthoptiste.** Les orthoptistes doivent pouvoir gérer la prise en charge visuelle sous responsabilité de l'ophtalmologiste traitant qui décide ou valide les décisions thérapeutiques. Les échanges sont simplifiés si l'orthoptiste exerce au sein du cabinet ophtalmologique.

S'il exerce dans une autre structure, un contrôle régulier par l'ophtalmologiste est nécessaire, notamment pour le contrôle de la réfraction, du strabisme et de l'état oculaire.

**>>> Prise en charge des cas simples ophtalmopédiatriques.** C'est bien sûr l'ophtalmologiste qui s'occupe de gérer diagnostic et soins. Un effort particulier doit être fait pour gérer la réfraction en parallèle. Par contre, l'aide d'un orthoptiste peut être très utile pour gérer ou simplement surveiller le côté visuel et le traitement d'une éventuelle amblyopie.

**>>> Prise en charge des cas complexes et/ou nécessitant une intervention.** Un enfant ne réagissant pas rapidement au traitement, ou dont le traitement stagne, ou présentant une pathologie atypique ou potentiellement grave oculaire ou strabologique doit être vu dans un centre spécialisé. L'ophtalmopédiatre ou le strabologue complèteront le diagnostic et orienteront la stratégie thérapeutique, médicale et/ou chirurgicale. Le suivi est ensuite assuré par l'ophtalmologiste traitant et l'orthoptiste. En fonction de la complexité du cas, cette surveillance peut être réalisée de manière alternée entre l'ophtalmologiste traitant et le centre pédiatrique ou uniquement par le centre pédiatrique pour un temps donné.

**>>> Rôle du centre spécialisé ophtalmopédiatrique ou strabologique :**

- capable de gérer le degré d'urgence devant les demandes de première consultation, toujours pressantes chez l'enfant ;
- éventuellement organisation d'une structure de dépistage de deuxième rang sous responsabilité médicale mais avec l'aide d'orthoptistes pour un accès rapide au diagnostic ;
- capable de faire le diagnostic et traiter, que ce soit en terme de plateau technique d'exploration, ou d'environnement de chirurgie pédiatrique ;
- il ne peut pas suivre tous les enfants

sous peine d'engorgement rapide. Il doit donc redistribuer la surveillance ophtalmologique et orthoptique près du domicile de l'enfant, en restant disponible pour revoir l'enfant de manière ponctuelle si besoin ;

– suivi des pathologies complexes, ce qui nécessite souvent chez l'enfant un travail multidisciplinaire avec d'autres spécialistes pédiatres, souvent hospitaliers, mais aussi des relations personnalisées avec les centres d'enfants malvoyants ou les CAMPS ;

– surveillance de proche en proche des traitements complexes, jusqu'à 10 ans au minimum ;

– échanges, formations avec les membres du réseau de soin local ou régional, ce qui est fondamental pour harmoniser les méthodes de traitement et de surveillance, notamment de l'amblyopie.

## ■ Contraintes économiques

### 1. Matériel d'examens

La strabologie ne nécessite pas un appareillage coûteux et fréquemment renouvelable, tant pour la clinique que pour la chirurgie. C'est toutefois un matériel spécifique, notamment quand on commence à faire de l'exploration oculomotrice plus complexe (paroi de Harms, synoptophore, électromotogrammes...).

Par contre l'ophtalmopédiatrie nécessite un plateau technique complet (CV cinétique et automatisé, OCT-SD et OCT-A, pachymétrie, rétinographe non mydriatique, microscopie spéculaire, Tonomètres, AF, angiographie, topographie cornéenne, biomètre, échographie électrophysiologiques...). Ces appareils, communs avec ceux de l'adulte, peuvent le plus souvent être utilisés chez l'enfant coopérant à partir de 4-5 ans. L'âge seuil de réalisation de tous ces examens diminue toutefois d'année en année grâce aux progrès de vitesse d'ac-



**Fig. 2 :** Examens de bébés au rétinographe et à l'OCT portable. Les améliorations techniques permettent d'éviter bien des examens sous AG et de documenter les pathologies oculaires bien plus tôt.

quisition et d'ergonomie du matériel. En plus des appareils communs à l'ophtalmologie adulte, l'examen approfondi des nouveau-nés et des nourrissons nécessitent une gamme d'appareils portatifs qui devient de plus en plus étendue et performante (LAF portable, réfractomètre portable, ophtalmoscope indirect, tonomètre type Icare ou Perkins, rétinographe et angiographe portable, OCT portable). Ces appareils doivent aussi pouvoir être utilisables au bloc opératoire pour les examens sous AG. Cela engendre un coût supplémentaire net mais contribue à l'amélioration de la prise en charge des pathologies pédiatriques souvent complexes. Enfin, cette évolution technologique permet de limiter la nécessité d'examens sous AG, parfois répétés, à titre diagnostique.

Un centre spécialisé en ophtalmopédiatrie non hospitalier doit donc être inclus dans un centre réunissant toutes les spécialités de l'ophtalmologie et possédant un plateau technique complet (**fig. 2**).

## 2. Cotation des actes

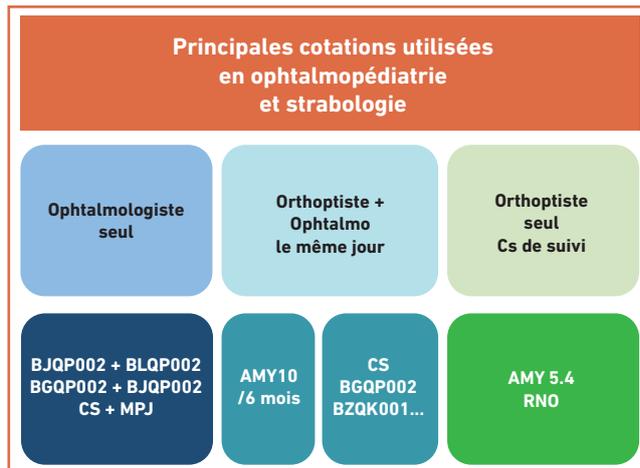
L'association de cotations comme BJQP002 (examen de la motricité oculaire) et BLQP001 (examen de la vision binoculaire) peut être utilisée pour la facturation d'une consultation ophtalmopédiatrique par l'ophtalmologiste seul ou

BJQP002 et BGQP002 lors d'une consultation avec réalisation d'une cycloplégie avec examen du FO (**fig. 3**).

Le travail aidé par un orthoptiste est une bonne réponse à la forte demande de soins et au domaine de l'examen de l'enfant. Il permet un gain d'activité, un meilleur confort de consultation. Il est bien adapté à la consultation ophtalmopédiatrique ou strabologique, souvent en deux temps (avant/après cycloplégie) et aussi plus longue pour obtenir une bonne coopération de l'enfant tant pour l'examen visuel que l'examen médical proprement dit.

Le travail de consultation assisté peut justifier la cotation supplémentaire au Cs ou autre acte technique d'un AMY10 tous les 6 mois, si le bilan de l'assistant comporte tous les éléments du bilan orthoptique. Cet aspect n'est pas négligeable puisqu'il peut aider la prise en charge financière d'un assistant orthoptiste pour la consultation ophtalmopédiatrique ou strabologique.

Par ailleurs, afin d'encourager le travail aidé, la mise en place de "protocoles organisationnels" de collaboration entre orthoptiste et ophtalmologiste est reconnue officiellement sans nécessiter l'aval de l'ARS et de l'AHS depuis la parution du décret n° 201 6-1670 du 5 décembre



**Fig. 3.**

2016 "relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste". Dans le cadre de ces protocoles, une fois la pathologie connue et équilibrée, le suivi peut être délégué à l'orthoptiste en définissant les conditions au préalable (durée maximale sans contrôle ophtalmologique, sortie du protocole en cas d'événement nouveau) toujours dans le même objectif de désengorger la consultation ophtalmologique. Les surveillances orthoptiques de traitement répondent à une cotation AMY5.4.

Le renouvellement et l'adaptation de la correction optique chez les enfants de 6 à 15 ans par un orthoptiste peuvent, eux, rentrer dans le cadre du financement dérogatoire des protocoles de coopération entre professionnels de santé qui a été reconduit jusqu'au 12 janvier 2018 suite à l'arrêté du 9 janvier 2017. La cotation pour cet acte est le code RNO d'un montant forfaitaire de 23 euros. Des discussions sur de nouveaux protocoles de coopération sont en cours, notamment pour l'acte de dépistage.

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

# Pathologies palpébrales et des voies lacrymales : organisation de l'activité chirurgicale en ophtalmologie libérale

→ PHILIPPE IMBERT

Le développement important des groupes d'ophtalmologie libérale privée a permis à diverses spécialités de se développer. La chirurgie oculoplastique a ainsi bénéficié du volume important d'activité de ces centres tout en apportant sa propre valeur ajoutée grâce à la présence de spécialistes oculoplasticiens réalisant une prise en charge globale de la pathologie palpébro-orbito-lacrymale. Nous décrivons ici l'organisation de l'activité oculoplastique en ophtalmologie libérale.

## ■ La demande et l'offre de soins

### 1. Circuits de recrutement et adressage des patients

Le circuit du patient en oculoplastique est extrêmement varié. Les patients peuvent provenir :

- de la propre patientèle du praticien ou des associés du groupe ;
- des médecins référents libéraux, ophtalmologistes, dermatologues, neurologues, chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux, ORL, neurochirurgiens, endocrinologues.

Le circuit de recrutement peut aussi inclure un hôpital public : nous avons créé en 1995 au CHU de Toulouse une consultation pluridisciplinaire sur l'orbitopathie dysthyroïdienne (CPO) qui réunit un endocrinologue, un chirurgien maxillo-facial et un ophtalmologiste, permettant de

consulter plus d'une centaine de patients (dont 50 % de nouveaux patients) par an. Cette structure permet la prise en charge chirurgicale de l'orbitopathie en faisant intervenir le CHU pour les décompressions orbitaires, et deux établissements privés respectivement pour la chirurgie du strabisme et celle des séquelles palpébrales. Cette CPO est un modèle de collaboration public-privé par son réseau de prise en charge médico-chirurgicale hyperspécialisée :

- des paramédicaux : orthoptistes, infirmières, kinésithérapeutes ;
- de la notoriété du praticien : patients opérés et satisfaits par le bouche à oreille, tant en esthétique qu'en chirurgie fonctionnelle ou carcinologique ;
- des propres recherches du patient via internet.

### 2. Maillage territorial

Le degré de spécialisation en oculoplastique est conditionné par la formation du chirurgien et par la taille du bassin sanitaire. Ainsi, l'offre de soins oculoplastiques s'organise en deux niveaux :

- une chirurgie oculoplastique de base réalisée par un ophtalmologiste ayant simplement un intérêt dans ce domaine. Le traitement des malpositions palpébrales non compliquées, les reconstructions palpébrales simples peuvent être réalisés par un ophtalmologiste pratiquant la chirurgie oculoplastique en plus de la chirurgie du segment antérieur ;

– des centres oculoplastiques de références pour les chirurgies plus complexes concernant la pathologie palpébro-orbitaire pédiatrique, la chirurgie orbitaire, les reconstructions palpébrales complexes, la chirurgie lacrymale nécessitent une prise en charge spécifique. L'activité de ce centre repose sur un recrutement dédié, assuré par un grand nombre de médecins correspondants, représentant un large bassin sanitaire. Par un cercle vertueux, le volume important d'activité permet à l'oculoplasticien de se consacrer uniquement à sa spécialité et de la développer.

Les données statistiques fournies par la CPAM de Haute-Garonne sont à ce titre hautement significatives sur le niveau de spécialité en oculoplastique des ophtalmologistes, allant de nombreux praticiens pour les actes simples à un praticien pour les interventions oculoplastiques plus rares et plus complexes.

Le maillage territorial allie ainsi deux niveaux de spécialisation oculoplastique, ces niveaux s'interconnectant en réseau afin de répondre à la demande d'avis hyperspécialisés.

### 3. Compétences et prise en charge, couverture actuelle du territoire, évolution prévisible des ressources et exigences de la formation

La formation théorique actuelle est assurée par un diplôme inter-universitaire (DIU)

de pathologie et de thérapeutique orbito-lacrymo-palpébrales obtenu après deux années de cours dispensés dans différentes villes de France. Elle est complétée par une formation pratique donnée sous forme de stages en services hospitaliers et universitaires et en établissements privés en région parisienne et en province, assurant eux-mêmes les cours du DIU. Il est bienvenu de compléter son cursus chirurgical par un compagnonnage effectué auprès de divers oculoplasticiens français, européens ou autres, ou encore de chirurgiens plasticiens ou maxillo-faciaux.

La formation médicale continue est ensuite entretenue par les revues spécialisées, les nombreux livres édités chaque année, les congrès d'oculoplastique généralistes ou à thème, des journées de chirurgie en direct, des séminaires diffusés sur internet, mais aussi des congrès pluridisciplinaires organisés par des spécialités proches, comme les dermatologues ou les chirurgiens plasticiens. Des sociétés savantes comme la SOPREF (Société Ophtalmologique Plastique Reconstructrice et Esthétique Française), l'ESOPRS (*European Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*) se réunissent chaque année pour faire le point sur les avancées scientifiques et techniques dans ce domaine. À titre d'information, le site [sopref.net](http://sopref.net) actualise régulièrement les principales manifestations ayant trait à l'oculoplastique en France et en Europe.

## Organisation de la prise en charge

### 1. Prise de rendez-vous, délais, rendez-vous pris directement par patients ou par confrères correspondants

À l'heure où les patients se plaignent de rendez-vous de plus en plus longs pour rencontrer l'ophtalmologiste, la prise de rendez-vous est un point clé pour l'oculoplasticien. L'organisation de la consultation va permettre de mieux contrôler le flux quotidien des patients. En ce qui me concerne, je consulte une

journée et demi une semaine sur deux, deux jours l'autre semaine. La consultation est segmentée en différents thèmes d'activité : esthétique et médecine esthétique le lundi après-midi, le jeudi visites postopératoires la première heure, larmolement-voies lacrymales le reste de la matinée, vaporisation au laser des lésions bénignes au laser en fin de matinée, oculoplastique tout venant l'après-midi, orbitopathies dysthyroïdiennes au CHU un mardi après-midi sur deux. Ceci implique que les secrétaires soient rompues à l'organisation de la consultation, posant les bonnes questions au patient lors de la prise de rendez-vous téléphonique. Cette ventilation des patients permet d'optimiser l'efficacité du temps de consultation. Il est ainsi d'usage de prévoir d'emblée une consultation d'anesthésiste après la consultation d'oculoplastique dans les cas d'intervention longue, chez l'enfant ou le patient pusillanime. Ainsi, le patient consultant pour un larmolement sur dacryosténose bénéficiera de trois rendez-vous successifs dans la matinée : en radiologie pour une dacryographie au lipiodol, puis consultation "larmolement-voies lacrymales", et enfin consultation d'anesthésiste en vue de l'intervention éventuelle. Ceci permet d'éviter des allées et venues supplémentaires aux patients provenant notamment de départements éloignés.

Pour les consultations de chirurgie et de médecine esthétiques, il est prévu une demi-heure par patient, la demande esthétique, l'examen clinique, l'explication des techniques, la pratique de photos préopératoires, la réalisation de devis étant chronophages. À ce sujet, le regroupement des patients par thème d'activité permet de consulter de façon plus efficace, l'énergie du praticien consultant étant focalisée en mode "mono-thème". Il permet par ailleurs d'avoir des salles d'attente plus cohérentes, une patiente consultant pour une blépharoplastie esthétique pouvant considérer sa démarche incongrue lorsqu'elle attend à côté d'un patient consultant pour une dacryocystite aiguë fistulisée...

Pour éviter des allées et venues supplémentaires aux patients et aussi libérer de l'espace de consultation, la visite postopératoire à J8 est assurée par le médecin correspondant lorsqu'il est disponible. Le patient présentant une pathologie susceptible de suites complexes est revu par le chirurgien rapidement jusqu'à la résolution de la période critique postopératoire.

Le temps étant précieux pour le praticien et pour les patients, la ponctualité est un gage d'efficacité.

Pour consulter à l'heure, mieux vaut éviter avant la consultation toute activité qui pourrait faire prendre du retard, notamment le bloc opératoire, d'autant qu'une intervention oculoplastique peut être plus longue que prévu.

Pendant la consultation souvent plus longue qu'en ophtalmologie générale, on évite toute cause de retard : appel téléphonique de patients, visite de laboratoires, rencontre avec les associés ou le personnel de la clinique. L'essentiel est de reporter ces tâches en dehors de la consultation.

### 2. Accueil

Le patient est accueilli par la secrétaire qui note les coordonnées administratives et la liste des médicaments prescrits. L'adresse du site internet du centre oculoplastique et de celui de la clinique lui sont donnés. Le patient est invité à consulter ces sites pendant son attente s'il dispose d'un smartphone ou d'une tablette. Ceci lui permet de se familiariser avec les activités du centre oculoplastique et l'établissement de santé. En salle d'attente, un écran peut aussi faire passer un film sur le centre ophtalmologique et sur la chirurgie oculoplastique.

### 3. Passage par orthoptistes

La délégation de tâches par l'orthoptiste permet la collection des données pour recueillir les antécédents, donner

des conseils pré ou post-opératoires, prendre des photographies pré ou postopératoires, donner des ordonnances, expliquer les fiches d'informations préopératoires, permettant de libérer du temps pour le médecin afin que celui-ci puisse interpréter les données et discuter des possibilités thérapeutiques.

En l'absence d'orthoptiste, le médecin organise la consultation comme il a été dit plus haut.

#### 4. Information : explication, consentement, devis

L'information du patient est donnée par le médecin lors de la consultation, en insistant sur la pathogénie de l'affection en cause, les possibilités thérapeutiques, le choix de la technique retenue, les suites postopératoires, les résultats attendus et les principales complications possibles. Une deuxième consultation peut s'avérer utile en cas de pathologie complexe ou susceptible de suites postopératoires à risques.

Certaines interventions nécessitent de collaborer en équipe avec d'autres spécialités proches comme la chirurgie maxillo-faciale (prélèvements de muqueuse palatine, chirurgie carcinologique), l'ORL (chirurgie lacrymale endonasale, chirurgie carcinologique), la neurochirurgie (chirurgie tumorale).

Des visuels divers détaillés sur un écran d'ordinateur commentés par le praticien familiarisent le patient avec l'acte chirurgical : schémas de techniques, photos pré-, per- et postopératoires de l'affection en cause.

Une lettre au correspondant avec un double pour le médecin traitant résume la consultation et l'information donnée au patient. La secrétaire fait signer la fiche de consentement éclairé, ainsi que le devis en cas de complément d'honoraires, de médecine ou de chirurgie esthétiques.

#### 5. Organisation des soins à venir

La plupart des interventions oculoplastiques étant réalisées en ambulatoire, les soins postopératoires sont faits à domicile le plus souvent par le patient lui-même ou par son entourage proche. Les soins plus complexes, suites de reconstructions par lambeaux ou greffes diverses, interventions sur les cavités orbitaires, nécessitent des soins infirmiers à domicile et une surveillance postopératoire dans les jours suivant l'opération. Dans tous les cas, il est recommandé pendant les premiers jours postopératoires d'appliquer des poches de glace sur les zones opérées et de dormir la tête surélevée afin de limiter les œdèmes postopératoires.

La visite postopératoire du huitième jour peut être effectuée par l'aide opératoire, d'autant qu'il a accompagné le patient pendant l'intervention. L'aide reçoit le patient dans une salle de soins contiguë à celle du consultant chirurgical : être à l'écoute du patient, retirer les points, nettoyer les cicatrices, prodiguer des conseils pour les soins, le sport, l'exposition au soleil, les massages éventuels, dépister les problèmes éventuels, font de cette aide une véritable assistante dont le médecin valide le travail pour chacun des patients.

En l'absence d'aide opératoire, le chirurgien organise la visite postopératoire comme il a été dit plus haut, à moins qu'il ne confie le patient au correspondant pour les suites opératoires. En cas de chirurgie carcinologique, le dossier du patient est présenté à la RCP d'oncologie de l'établissement qui statue sur les suites à donner en fonction des résultats de l'anatomo-pathologie et de la chirurgie effectuée.

#### Organisation du suivi de la pathologie : fréquence, examens, consultations dédiées

Les patients opérés sont contrôlés à 1 mois et 6 mois postopératoires par le chirurgien. En cas de contrôle satisfai-

sant, le patient est confié à son médecin pour la routine habituelle. Dans le cas contraire, le chirurgien organise avec le correspondant la prise en charge des complications éventuelles.

En cas de chirurgie carcinologique, le patient nécessite un contrôle clinique régulier, suivant les conseils de la RCP, dont la fréquence dépend de la nature du processus tumoral.

#### Contraintes budgétaires : locaux, personnel, temps passé, cotations inadéquates, assurance professionnelle

L'organisation d'un centre oculoplastique est assortie de contraintes budgétaires :

- des locaux adaptés, avec notamment une salle de soins si possibles contiguë à la salle de consultation, munie d'une table ou d'un fauteuil d'examen ainsi que du matériel chirurgical de base permettant d'effectuer de petits gestes sous anesthésie locale et de pratiquer des injections en médecine esthétique. Une salle équipée d'un laser argon permet de traiter par vaporisation les diverses affections bénignes des paupières et d'éviter ainsi une intervention chirurgicale. Un réfrigérateur dans le cabinet permet de conserver les flacons de toxine botulique thermolabile;
- un secrétariat dédié est essentiel pour la prise des rendez-vous, la correspondance avec le médecin, la constitution du dossier d'admission préopératoire;
- du personnel dédié est utile pour déléguer des tâches à la consultation et nécessaire pour aider au bloc opératoire;
- le temps passé en consultation et au bloc est plus important qu'en segment antérieur ou en chirurgie vitréorétinienne, limitant le nombre de consultations et d'interventions;
- les cotations établies par les tutelles sont basses, inadéquates sur le plan tarifaire compte tenu du temps passé au bloc;
- enfin, l'assurance en responsabilité civile professionnelle est plus élevée pour la chirurgie oculoplastique que pour toute autre chirurgie ophtalmologique.

L'ensemble de ces contraintes budgétaires rendent cette activité ingérable en secteur 1. Seul le secteur 2 autorisant les compléments d'honoraires permet de relever à un niveau approprié les rémunérations liées à cette activité. La pratique complémentaire de la médecine et de la chirurgie esthétiques du regard donne l'occasion de compenser les cotations inadaptées.

### **Conclusion : place des ophtalmologistes dans le champ de compétence de la chirurgie oculoplastique**

Les rapports des paupières et de l'appareil lacrymal avec le globe oculaire,

le retentissement de leur pathologie sur la fonction visuelle, les relations anatomiques et physiologiques des paupières avec les muscles oculo-moteurs, enfin les particularités du rapport contenant-contenu orbitaire donnent sa légitimité à la chirurgie ophtalmologique oculoplastique. L'oculoplasticien est formé et qualifié pour prendre en charge de façon globale et pertinente une affection palpébrale, orbitaire ou lacrymale et son retentissement sur le globe oculaire.

Les succès de cette activité spécifique expliquent l'implantation de centres toujours plus nombreux et leur fort développement probable dans les années à venir.

Nous remercions vivement Lydia Capuano du Département Communication et Julie Gondel du Département Statistiques de la CPAM Haute-Garonne pour la fourniture des données statistiques chirurgicales.

---

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

# Pourquoi une consultation esthétique en ophtalmologie ?

→ NICOLETA IONICA

La blépharoplastie occupe la troisième place (13,5 %) (fig. 1) parmi les chirurgies esthétiques les plus demandées. Elle est convoitée par les oculoplasticiens, les chirurgiens esthétiques et les chirurgiens maxillo-faciaux.

Le regard est l'élément central de la face. Il illumine et donne l'expression à un visage. Pour l'analyser, il faut prendre en compte l'ensemble anatomique comprenant l'orbite et son contenu.

L'ophtalmologiste qui s'est intéressé à la chirurgie orbitopalpebrale est le mieux placé pour développer une activité oculoplastique centrée sur l'esthétique du regard, car il saura garder l'harmonie entre l'œil, l'orbite, les paupières, les étages supérieur et moyen de la face. Fort

d'une expérience acquise en opérant les paupières pathologiques, il comprend et respecte l'importance de l'équilibre fragile entre le fonctionnel et l'esthétique.

Les techniques de médecine esthétique se rajoutent tout naturellement aux techniques chirurgicales de rajeunissement dans un souci de prise en charge globale du regard et du visage.

## La chirurgie et la médecine esthétique sont de moins en moins taboues

Les progrès de la médecine ont permis le développement d'une offre large d'actes esthétiques visant à prévenir ou à restaurer les méfaits du temps sur

le visage. Les pratiques esthétiques sont désormais bien intégrées dans la société française, avec 1,2 million de personnes qui ont déjà eu recours à la médecine esthétique en France. Ce secteur constitue l'un des rares secteurs en expansion dont la croissance ne connaît pas la crise.

## Quelques chiffres en France

La France fait partie des 10 pays les plus consommateurs de chirurgie et médecine esthétiques mais loin derrière les champions que sont les États-Unis ou le Brésil. Les actes les plus demandés sont les injections d'acide hyaluronique pour combler les rides ou de toxine botulique pour les atténuer (fig. 2).

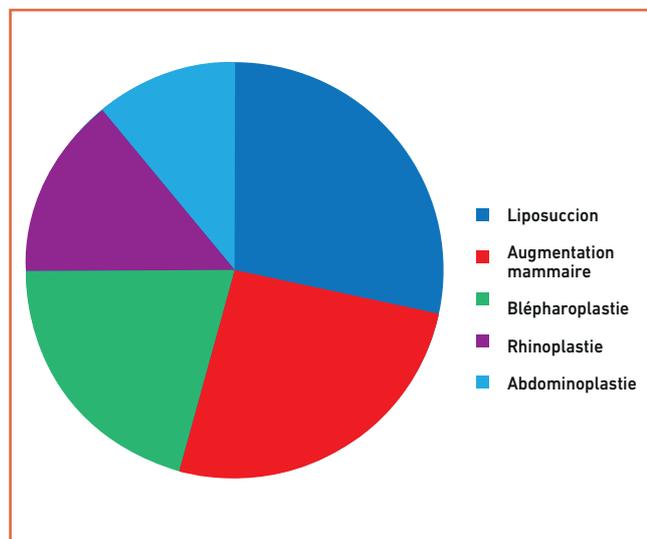


Fig. 1 : Techniques de chirurgie esthétique.

80 %	% actes médecine esthétique
20 %	% actes chirurgie esthétique
40 %	% des français intéressés par un acte esthétique
3 000	Nombre estimé des médecins pratiquant des actes esthétiques
5 000	Nombre de patients opérés en Tunisie chaque année
25 millions	Le marché des produits de comblements et toxine botulique en France

Fig. 2.

## Quel est le “profil” du patient esthétique ?

Le patient “esthétique” a des caractéristiques qui le différencient du patient “traditionnel” et qui nous obligent à adapter notre approche.

Le patient qui demande des soins esthétiques devient un consommateur à part entière :

- il est une personne motivée, bien informée grâce à de nombreux médias ;
- il est volontaire. La démarche esthétique est une démarche personnelle souvent longuement réfléchie et elle est, en ce sens, différente d’une démarche médicale provoquée par une pathologie. Le caractère non remboursé et itératif de l’acte esthétique renforce encore l’aspect volontaire de cette demande :

- il est exigeant. Sensible à l’esthétique, notamment celle du cabinet où il est accueilli, il sera plus qu’un autre sensible à la confidentialité de sa démarche, l’attention portée, la disponibilité et soumet son médecin à des attentes précises : personnalisation du programme de soins proposés, prise en charge globale, suivi du traitement et surtout qualité des résultats.

Notre patient devient donc un véritable “client” avec ses attentes et son besoin de satisfaction.

Un acte thérapeutique esthétique n’est jamais indispensable et les résultats objectifs du traitement, matérialisables grâce aux photographies, se doivent de correspondre aux attentes du patient. C’est cette dimension psychique du traitement esthétique qui rend personnelle la notion de “bon résultat esthétique”. La clé de la réussite, outre bien évidemment un acte techniquement irréprochable, réside dans l’écoute du patient.

## L’organisation de la consultation

Pour un ophtalmologiste qui a une activité médico-chirurgicale générale, tout comme pour l’oculoplasticien, la mise en place

d’une activité esthétique nécessite l’organisation de créneaux de consultation spécifiques pour éviter le brassage de patients aux pathologies variées et procurer une disponibilité suffisante de la part du médecin et du personnel. C’est plus valorisant en termes d’image pour le médecin et cela permet de réserver des rendez-vous rapides de consultation ou traitement.

L’organisation du cabinet est à adapter à l’activité esthétique, le niveau de confiance accordé par le patient à son médecin est dans toutes les études directement corrélé à l’aspect du cadre de travail.

Premier contact visuel du patient, les locaux professionnels vont être pour lui à l’image de la qualité des soins qui y sont prodigués. Accueillants, propres, modernes, esthétiques, confortables et calmes sont autant des critères à satisfaire.

Arrivé au cabinet, le patient est accueilli par la secrétaire. Elle doit expliquer au patient que le traitement est personnalisé en fonction des besoins de chaque patient, donc en conséquence le médecin seul peut évaluer le prix des séances de traitement, par contre, elle se doit de renseigner le prix de la consultation ou des examens complémentaires nécessaires. La formation des secrétaires porte sur l’accueil téléphonique, la prise en charge des patients à leur arrivée au cabinet, l’organisation des actes et de leurs suites.

La salle d’attente idéale devrait ressembler à un salon : musique douce, ambiance agréable et confortable, boissons, journaux de la semaine. Pour faciliter l’attente, le patient peut également compléter une fiche de renseignements esthétiques (fig. 3).

**PARLEZ-MOI UN PEU DE VOUS**

Nous aimerions savoir pour quelles raisons vous êtes venu nous voir aujourd’hui. Ces informations nous permettront de personnaliser votre consultation, afin qu’elle réponde à vos besoins et préoccupations spécifiques.

Nom : ..... Date : .....

1. Veuillez nous indiquer les principales raisons de votre visite d’aujourd’hui : .....

2. Avez-vous déjà consulté au sujet de votre visage par le passé ?  Oui  Non

3. Si oui, avez-vous déjà bénéficié de traitements du visage ?  Oui  Non

4. Si non, depuis combien de temps envisagez-vous un traitement ? Mois  Années

5. Connaissez-vous bien les différents traitements disponibles pour le visage ?  
Veuillez entourer votre réponse sur l’échelle ci-contre (1 est le niveau de connaissance le plus faible) :  1  2  3  4  5

Veuillez indiquer ci-dessous les zones qui vous déplaisent ou qui vous préoccupent (entourez ou cochez les zones concernées) :

Rides du front

Rides du lion ou glabellaires

Forme/taille des lèvres

Rides du sourire ou sillons nasogéniens

Forme de la mâchoire/du menton

Rides du cou

**De manière générale**

Rides

Plis du visage

Plénitude du visage

Paupières tombantes

Ligne des sourcils

Poches sous les yeux

Volume des joues

Forme du nez

Autre : .....



Fig. 3.

Idéalement, les patients ont des rendez-vous décalés, l'entrée et la sortie du patient ne se faisant pas au même endroit afin que très peu de patients se croisent. Le patient esthétique doit se sentir unique et sa démarche est confidentielle ! Plus simple à organiser pour un médecin qui a une activité oculoplastique exclusive, cela reste un défi à relever grâce à un circuit patient adapté quand on fait partie d'un cabinet de groupe avec un flux de patients important.

Quel que soit le style adopté, le cabinet doit être le reflet de la personnalité du médecin et adapté à sa clientèle.

### Comment aborder le patient pendant une consultation esthétique ?

En tant que praticiens, bien souvent, nous adoptons une attitude standard vis-à-vis de nos patients lors de l'exposé du projet de traitement. Nous expliquons, à chaque fois, les traitements de la même manière indépendamment du patient. C'est pourquoi le pourcentage d'acceptation pour les traitements proposés est si aléatoire d'un patient à l'autre.

La clé est d'adapter la présentation de votre projet de traitement à chaque patient. C'est la raison pour laquelle il faut apprendre, dans un premier temps, à analyser minutieusement les attentes de ces patients, le laisser s'exprimer (souvent devant un miroir) puis dans un deuxième temps, d'y répondre de manière appropriée et efficace.

Le médecin doit développer ses habiletés en communication (écoute active, communication non verbale, questionnement, reformulation, empathie) afin de créer un lien privilégié avec son patient. Une approche différenciée de la consultation en fonction des différents profils de patients est alors nécessaire.

Ceci nécessite un grand sens de l'observation et des capacités d'écoute plus

élevées qu'habituellement. Ces aptitudes doivent se travailler au quotidien. Cela demande patience, persévérance et motivation. Le point essentiel est d'essayer, d'analyser ses échecs et de recommencer. Avec l'expérience, nous constatons que les patients comprendront encore mieux les traitements esthétiques, qu'ils seront plus ouverts et qu'ils accepteront plus facilement les traitements proposés.

La disponibilité du médecin est un élément clé de la consultation esthétique, surtout lors de la première rencontre qui demande du temps et de l'écoute. La qualité de la consultation et de la relation établie avec le chirurgien est indispensable afin d'établir une confiance réciproque essentielle à la réussite d'une intervention de chirurgie esthétique.

La première consultation permet :

- d'établir une relation de confiance avec le patient ;
- d'écouter avec attention toutes ses demandes, ses complexes ;
- d'examiner le patient ;
- de déterminer avec précision un plan de traitement personnalisé ;
- d'illustrer les résultats attendus par des photographies "avant/après" d'interventions similaires ;
- de préciser le déroulement de l'intervention, d'expliquer clairement les techniques proposées, ainsi que leurs suites et leurs risques ;
- de répondre à l'ensemble de questions du patient ;
- de réaliser des documents photographiques.

Même si le patient se présente avec une demande de traitement bien précise, le médecin doit fournir une information globale sur le large panel de techniques esthétiques médicales et chirurgicales, souvent complémentaires. Cette approche permet d'offrir de nombreuses solutions aux demandes du patient. Il s'agit de parvenir à comprendre réellement ce que veut le patient et puis savoir lui proposer les options de traitement adaptées et les avantages et

inconvenients de chacune d'entre elles. Souvenez-vous que souvent eux-mêmes, n'ont pas conscience en détail de leurs motivations au moment où ils se présentent à vous. L'analyse des problèmes constatés doit être expliquée au patient, afin qu'il comprenne les solutions proposées dans le cadre du plan de traitement personnalisé qui lui est exposé.

La question financière peut aussi être un moment délicat, surtout lorsqu'on débute une activité esthétique et que l'on n'est pas habitué à demander des honoraires parfois élevés pour des prestations concernant des actes hors nomenclature. Si le patient ne peut pas assumer le prix du plan de traitement global établi, on peut lui proposer de traiter les zones qui auront le plus d'impact au niveau du résultat.

L'une des clés de l'acceptation du plan de traitement esthétique est qu'à la fois le praticien et le patient aient le sentiment que le traitement proposé soit le plus adapté (**tableau 1**). On ne peut réellement convaincre sans être convaincu soi-même.

### Le rôle de l'assistante

L'assistante joue un rôle essentiel, car elle donne au patient une fiche d'information sur le ou les soins proposés (objectifs et déroulé de l'acte, fiches conseils pré- et postopératoires), accompagnée d'un devis détaillé et explique au patient les informations du consentement éclairé avant la signature. Au mieux, un "passeport esthétique" est remis au patient pour permettre de formaliser le protocole de soins et d'optimiser le suivi thérapeutique. Elle est amenée à gérer les objections du patient liés au prix des procédures proposées et leurs proposer des facilités de paiement. Très souvent, le patient fait part à l'assistante des inquiétudes qu'il n'avait pas osé verbaliser devant le médecin et elle doit être formée afin de savoir répondre de manière rassurante et profession-

Les clés pour une acceptation des propositions de traitement esthétique	
•	Focalisez-vous sur les avantages du traitement
•	Éduquez et motivez votre équipe (et vous-même)
•	Éduquez et motivez vos patients
•	Donnez une information globale
•	Laissez la place aux questions du patient
•	Utilisez les règles de présentation efficace
•	Écoutez vos patients attentivement
•	Utilisez des scripts préétablis pour présenter les traitements
•	Interrogez vos patients sur leur intérêt vis-à-vis des traitements esthétiques

Tableau I.

nelle. C'est l'assistante qui programme l'acte et le rendez-vous de consultation d'anesthésie pour les interventions qui le nécessitent et qui assure un contact téléphonique systématique après le traitement afin de savoir comment ils se sentent et s'ils sont satisfaits.

## ■ Le traitement

Les injections et les soins esthétiques nécessitent au sein du cabinet une salle propre non stérile, équipée d'un fauteuil inclinable de type "soins dentaires" (fig. 4). L'assistante prépare le matériel nécessaire et installe le patient. Les oculoplasticiens avec une forte activité médicale esthétique peuvent travailler sur plusieurs "box" de traitement afin d'optimiser leur activité, tout en respectant le temps de repos du patient après l'intervention. La plupart des interventions chirurgicales sont programmées en ambulatoire, avec une anesthésie locorégionale avec ou sans sédation, une hospitalisation courte est proposée quand une anesthésie générale est nécessaire ou pour les interventions à risque (complications).

## ■ Comment développer son activité esthétique ?

L'esthétique attire plusieurs spécialités médicales et pour se démarquer, l'oculoplasticien doit se concentrer à élever en permanence son niveau clinique,

quel que soit son niveau actuel, mais aussi bien acquérir des connaissances de marketing. Une approche systématique et disciplinée de développement de votre clientèle esthétique générera de meilleurs résultats qu'un procédé peu méthodique ou désorganisé.

### 1. Définir votre projet de manière globale

La première étape consiste à préparer une évaluation interne ou un profil d'entreprise afin de déterminer qui vous êtes, quels services vous offrez, qui sont vos patients et de quels services ils ont besoin, ainsi que si vous et votre personnel êtes prêts à mettre en place de nouveaux services et à développer votre clientèle.

Pour cela :

- identifiez les forces, faiblesses, opportunités et menaces du cabinet ;
- évaluez les données démographiques des patients ;
- définissez les services que vous proposez et les patients auxquels ils s'adressent ;
- définissez votre image (perception des patients *via* des enquêtes de satisfaction, perception de la communauté (référénts, hôpitaux, etc.) ;
- identifiez les besoins des patients potentiels et les mesures à mettre en œuvre pour y répondre.

Dans le cadre de l'évaluation des atouts de votre cabinet, il est indispensable d'adopter le point de vue d'un consommateur.

En tant que "patient/consommateur" posez-vous les questions suivantes :

- Cet établissement offre-t-il une image professionnelle ?
- Cet établissement offre-t-il une image de technologie avancée ?
- Le comportement du personnel inspire-t-il confiance ?
- Le personnel est-il bien formé et capable de traiter toutes les questions et de répondre à toutes les préoccupations ?
- Les plannings des médecins sont-ils aménagés de manière à pouvoir répondre aux demandes des patients peu disponibles ?

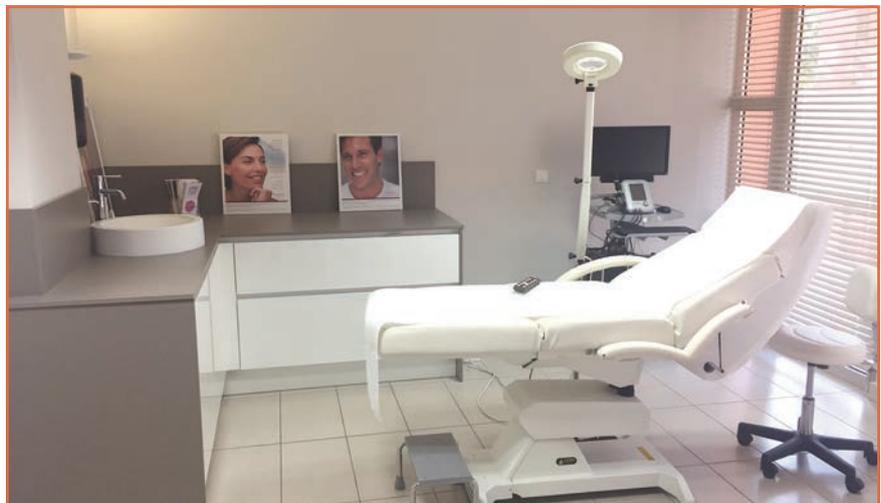


Fig. 4.

- Lorsque des patients appellent pour des renseignements sur les interventions, le personnel est capable de les renseigner ?
- Au bout de combien de temps s'occupe-t-on d'un nouveau patient après son arrivée à la clinique ?
- Les horaires sont-ils pratiques ?
- Les horaires d'ouverture du standard téléphonique sont-ils satisfaisants ?

Il est indispensable d'impliquer votre personnel dans l'évaluation des points forts et points faibles de votre cabinet, si vous voulez que l'évaluation en question soit efficace.

## 2. Mettre en œuvre votre plan d'action

Pour cela, il est nécessaire d'étudier le flux patient et de déterminer pour chaque étape les outils que vous souhaitez mettre en place (fig. 5).

Un peu à la manière de l'élaboration d'un *business plan*, procédez par ordre de priorité en fonction de votre budget et de votre timing (tableau II).

Au début de la création d'une patientèle esthétique, le médecin a tendance à se focaliser uniquement sur le recrutement des patients ce qui est tout à fait légitime. Ceci nécessite du temps, de l'énergie et un certain budget avec la création de différents outils marketing (film en salle d'attente, site internet, panneau en salle d'attente résumant les actes esthétiques, etc.)

Cependant, on se rend vite compte que capitaliser sur sa patientèle existante au travers d'une communication adéquate se révèle extrêmement efficace pour ce qui est de la conversion et de la fidélisation.

## 3. Comment informer ses patients sur l'activité esthétique qui est développée au sein du cabinet ?

L'ophtalmologue possède un "réservoir" de candidats potentiels pour des actes esthétiques et qui lui sont tout acquis : ses propres patients ! Encore faut-il le faire savoir...

### POINTS FORTS

- La chirurgie esthétique et surtout la médecine esthétique sont en plein essor et attirent toutes les spécialités médicales.
- L'ophtalmologiste a une place légitime, car il est spécialisé dans le rajeunissement du regard, qui est l'élément central du visage.
- Le défi est de savoir se démarquer et développer sa patientèle dans une spécialité très concurrentée.

Il dispose pour cela de la possibilité de mettre en place différents outils de communication à leur attention. Ces supports valorisent l'expertise de l'ophtalmologue et fournissent une information fiable en renforçant le discours du médecin.

Par quoi commencer ?

#### >>> Par de l'information interne :

1- Organisez votre salle d'attente avec des fiches d'information patients.

Restez maître de la communication dans votre salle d'attente et allez remettre de l'ordre quotidiennement dans celle-ci. Veillez aussi à rester sobre, trop d'information tue l'information.

Affichez vos actes sur un panneau d'information en salle d'attente.

2- Une vidéo en salle d'attente qui renseigne sur l'activité esthétique et oculoplastique.

3- Un questionnaire d'intérêt esthétique peut-être mis en place. Il s'agit simplement d'un questionnaire pré-consultation où vous demandez au patient ce qui le préoccupe d'un point de vue esthétique. Vous indiquerez aussi sur ce questionnaire les différents actes esthétiques que vous pratiquez en laissant la possibilité au patient de vous demander des renseignements sur ceux-ci.

4- Formez votre personnel à savoir répondre aux demandes esthétiques des patients. Fixer votre cadre car cela ne doit pas remplacer votre consultation.

5- Réalisez des enquêtes de satisfaction une à deux fois par an auprès de vos patients.

#### >>> Par de l'information externe :

1- Site internet fournissant des données plus détaillées sur les domaines de compétence et les techniques utilisées. Il sera conforme, bien sûr, aux exigences du code de déontologie et permettra aussi la prise de rendez-vous.

2- Réseaux sociaux, si vous pouvez libérer assez de temps pour poster régulièrement.

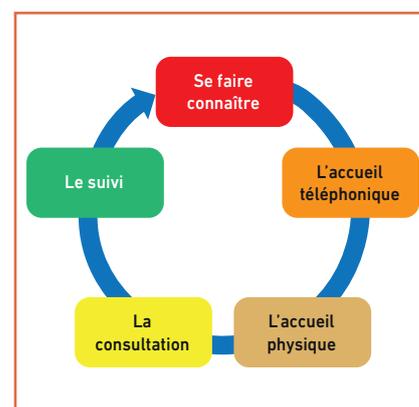


Fig. 5.

Développer une patientèle esthétique		
Recruter des nouveaux patients	Convertir des patients existants aux nouvelles techniques esthétiques	Fidéliser les patients esthétiques

Tableau II.

3- Développer vos réseaux de correspondants. N'oubliez pas de les remercier !

#### 4. Comment développer un réseau de correspondants ?

Si c'est le "bouche-à-oreille" et la réputation du médecin qui apportent le plus de patients (les forums sur le net le montrent), il faut toujours multiplier ses efforts pour se faire connaître :

- se présenter aux confrères ophtalmologistes qui ne pratiquent pas d'interventions esthétiques ainsi qu'aux médecins traitants ou aux dermatologues ;
- organiser des ateliers pratiques, des injections en invitant des patients déjà traités au cabinet ou des patients potentiels ;
- organiser et animer des EPU, des congrès.

#### 5. Comment mesurer l'impact des outils mis en place ?

Mettre en place des actions nécessite de pouvoir mesurer leur impact sur le recrutement, la conversion et la fidélisation :

- Optez pour des logiciels de gestion patientèle qui vous permettent de

consulter vos statistiques : parmi les patients qui ont pris un rendez-vous en consultation, combien sont revenus pour un traitement (taux de conversion) ?

- Mesurez la satisfaction de vos patients avec des enquêtes internes.
- Lorsque vous avez un site internet, Google analytics vous permet de savoir combien de personnes ont visité votre site. Un suivi de positionnement mensuel ainsi qu'un suivi du nombre de clics sur votre site seront des atouts précieux pour savoir si votre investissement dans ce média est rentabilisé.
- Analysez vos questionnaires d'intérêt esthétique. Combien de patients m'ont demandé des informations autres que leur motif de consultation ? Est-ce que cela a abouti à un traitement ?

Autant de pistes d'amélioration possible...

### ■ Conclusion

La perception des signes de vieillissement a évolué et, en quelques années, les possibilités thérapeutiques se sont multipliées. L'oculoplasticien, le spécialiste

du rajeunissement du regard, saura préserver l'expression naturelle du regard et l'harmonie du visage, mais il devra aussi apprendre à organiser son activité afin de répondre aux attentes d'un patient-client. Pour se démarquer, l'oculoplasticien devra se concentrer à élever en permanence son niveau clinique, quel que soit son niveau actuel, mais aussi acquérir des connaissances de marketing afin de mettre en place une approche systématique et disciplinée de développement de sa patientèle esthétique.

---

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

# Sécheresse oculaire

→ SERGE DOAN, CATI ALBOU-GANEM, CHARLOTTE RIGAL-SASTOURNÉ, CYNTHIA BARONIANI

La sécheresse oculaire au sens large du terme est certainement le symptôme le plus fréquemment retrouvé en consultation ophtalmologique après la baisse d'acuité visuelle. La prévalence de l'œil sec serait de 9 % chez les patients après 40 ans et de 15 % après 65 ans, soit environ 900 000 personnes en France. Elle augmente à cause du vieillissement de la population, du travail sur écran en milieu climatisé, et peut-être car les patients sont plus aujourd'hui plus à l'écoute de leurs symptômes, internet faisant le reste. Si la sécheresse est le plus souvent peu sévère, l'impact sur la qualité de vie du patient peut être majeur. Il est donc important de prendre au mieux en charge cette pathologie dont la fréquence entraîne une banalisation de la part de l'ophtalmologiste, qui peut être mal vécue par le patient.

Dans cet article, le Dr S. Doan répond à diverses questions sur les divers éléments permettant une prise en charge optimale, puis un exemple de pratique en centre spécialisé de ville sera détaillé par le Dr Cati Albou-Ganem et son équipe.

## L'offre de soins actuelle est-elle suffisante ?

→ SERGE DOAN

Oui pour les formes non sévères. Les pharmaciens et médecins généralistes répondent à une partie de la demande pour ces formes, et les ophtalmologistes pour le restant. L'arsenal thérapeutique en ce qui concerne les larmes artificielles s'agrandit de jour en jour, offrant au prescripteur un large éventail de produits capables de soulager la majorité des formes minimales à modérées.

Non pour les formes sévères. Ce sont celles qui demandent le plus de temps de prise en charge, nécessitant une batterie d'examen approfondie, une collaboration inter spécialités, et un arsenal thérapeutique souvent lourd.

Les ressources thérapeutiques manquant cruellement en 2017 sont :

- le collyre au sérum autologue qui est produit au CHNO des 15-20 et en quantités restreintes dans quelques CHU comme Clermont-Ferrand, Toulouse, Lille... Les problèmes d'autorisations compliquent la mise en place de ce traitement pourtant essentiel pour les sécheresses sévères ;
- les verres scléaux : ils constituent un pilier de l'arsenal thérapeutique car permettent une hydratation permanente de la surface oculaire, une diminution des symptômes et une amélioration de la vision. Leur adaptation étant assez longue, ils semblent surtout utilisés dans les centres hospitaliers, centres qui sont débordés par la demande. Il existe un besoin urgent de contactologues et de travail aidé dans ces services hospitaliers qui peinent à recruter des attachés. En ville, de plus en plus de contactologues de ville se tournent ces dispositifs, mais le caractère chronophage semble limiter le nombre de prescriptions. Certains centres optiques de ville spécialisés en contactologie peuvent également assurer leur adaptation. Enfin, reste le problème du non remboursement de certains verres scléaux par la Sécurité sociale, alors que d'autres le sont (lentilles SPOT)...

### 1. Vers une consultation spécialisée

Une consultation de surface oculaire est très chronophage. Dans l'idéal, les patients souffrant de pathologies de sécheresse oculaire devraient être regrou-

pés dans une consultation spécialisée afin d'optimiser leur prise en charge initiale.

L'interrogatoire est fondamental, mais il prend du temps. On pourra s'aider de questionnaires recherchant des arguments étiologiques, évaluant l'impact sur la qualité de vie (OSDI, SPEED) et le psychisme, ainsi que l'effet des traitements antérieurs. Il peut être réalisé par une tierce personne (étudiant, orthoptiste, secrétaire) dont la formation est importante car les causes de sécheresse sont multiples et parfois intriquées. Un psychologue présent lors de la consultation est d'une grande aide pour évaluer la souffrance et le profil psychologique des patients.

L'examen oculaire est réalisé par l'ophtalmologiste, comportant au minimum, et dans cet ordre :

- une mesure du *break up time* à la fluorescéine ;
- une gradation de la kératite et de l'épithéliopathie conjonctivale à la fluorescéine ;
- une analyse de la statique palpébrale et du clignement ;
- un examen du bord libre et un *testing* meibomien pour évaluer la qualité des sécrétions meibomiennes ;
- une éversion palpébrale supérieure avec examen de la conjonctive ;
- le test de Schirmer est à réaliser au moindre doute ;
- un examen du visage recherche une rosacée ou une dermatite séborrhéique.

### 2. Les appareils d'examen complémentaires

Les examens sont idéalement réalisés par les orthoptistes. L'appareil le plus utile aujourd'hui est le Lipiview2, qui combine meibographie, analyse du film

lipidique lacrymal par interférométrie, et détection des clignements incomplets. Il simplifie l'approche diagnostique des dysfonctionnements meibomiens (Cf. infra, partie C. Albou-Ganem).

La meibographie permet de voir la structure des glandes de Meibomius et, en particulier, de quantifier leur atrophie. Elle permet également de déterminer une sévérité initiale, et d'orienter la stratégie thérapeutique. C'est un examen qui est aujourd'hui pour nous fondamental :

– l'interférométrie du film lacrymal permet la mesure de l'épaisseur du film lipidique lacrymal (Lipiview). Elle donne une information utile sur les conséquences lacrymales d'un dysfonctionnement meibomien objectivé à l'examen clinique.

– la mesure automatisée des clignements abortifs peut être utile (Lipiview), mais l'examen clinique est en général suffisant ;  
– la mesure de l'osmolarité lacrymale (Tearlab) est quasiment abandonnée aujourd'hui et réservée aux études cliniques ;

– la mesure du BUT sans fluorescéine est possible avec les topographes, mais l'information apportée est surtout utilisée en recherche clinique ;

– la mesure des aberrations optiques en temps réel, ou de la diffusion lumineuse par OQAS n'a pas d'intérêt majeur de pratique courante.

### 3. Quand et à qui adresser le patient ?

Il est important d'avoir un réseau de correspondants non ophtalmologistes afin d'adresser les patients ayant une atteinte extra-oculaire.

#### >>> Le psychologue

La sécheresse peut engendrer ou être aggravée par une souffrance psychologique. Il ne faut pas hésiter à faire appel à un psychologue pour prendre en charge la plainte psychologique du patient, et dépister les troubles psychologiques ou psychiatriques. Un risque dépressif voire suicidaire, est ainsi orienté plus rapidement.

#### >>> L'interniste, le rhumatologue, le dermatologue, l'endocrinologue

Devant une kératoconjonctivite sèche, définie par une prise de la fluorescéine dans l'aire d'ouverture palpébrale, ou devant un test de Schirmer effondré sans contexte étiologique évident, un syndrome de Gougerot-Sjögren doit être suspecté. Il faut alors adresser à un interniste en l'absence de signe d'orientation, ou à un rhumatologue, dermatologue, endocrinologue si des problèmes articulaires, cutanés ou thyroïdiens sont présents.

#### >>> L'allergologue

Un bilan allergologique est souhaitable en cas de terrain atopique, en particulier de rhinite associée, de prurit, d'eczéma palpébral ou d'autre élément évoquant une participation allergique.

#### >>> Le centre de traitement de la douleur

Chez les patients souffrant de douleurs importantes, et *a fortiori* en l'absence de kératite, une prise en charge de la douleur en centre spécialisé peut être utile pour traiter ces douleurs neuropathiques potentielles.

#### >>> Le laboratoire d'analyse

La recherche d'un syndrome de Gougerot-Sjögren par une prise de sang doit être réalisée au moindre doute : anticorps anti SSA SSB. Des examens biologiques locaux peuvent être réalisés dans un laboratoire spécialisé comme celui du CHNO des Quinze-Vingts : empreinte conjonctivale permettant de grader la sévérité de la sécheresse et de l'inflammation, électrophorèse des protéines, recherche d'IgE lacrymales (allergie), recherche de démodex sur les cils, de Chlamydia et de polynucléaires éosinophiles dans les larmes.

#### >>> La médecine alternative

On peut y penser en cas de composante psychologique importante, ou en cas d'échec thérapeutique.

### 4. Quels investissements matériels sur le plan thérapeutique ?

Aujourd'hui, il s'agit surtout de machines dédiées au traitement des dysfonctionnements meibomiens. Leur fonctionnement est détaillé dans la seconde partie de cette article.

#### >>> Le Lipiflow

Cette machine permet de chauffer les paupières puis de drainer les glandes meibomiennes palpébrales par des cycles de compression/décompression automatisés. Il s'agit du meilleur traitement pour purger les glandes de Meibomius et les reperméabiliser. Les études à 1 an montrent qu'il existe encore un bénéfice statistique après cette durée. À noter que l'effet sur les symptômes peut être décevant s'il existe une atrophie ou une fibrose meibomienne, ou que d'autres mécanismes sont associés : clignement incomplet, inflammation, sécheresse par hypo-production, ... Le prix de la machine et des consommables à usage unique restent encore un facteur limitant.

#### >>> L'Intense pulsed light therapy

Son fonctionnement est détaillé en seconde partie. Le traitement consiste à appliquer des flashes de lumière blanche en région péri-oculaire, chez des patients souffrant de sécheresse évaporative avec dysfonctionnement meibomien. Le mécanisme d'action est encore incompris aujourd'hui, mais l'effet sur les symptômes et/ou les signes de sécheresse oculaire est retrouvé dans notre expérience chez 70 % des patients, avec une importance variable. Trois à 4 séances sont nécessaires pour un effet optimal.

Pour illustrer cette organisation, la seconde partie sera consacrée à un exemple d'organisation de cabinet en ville.

L'auteur a déclaré exercer des fonctions de consultant pour les laboratoires Alcon, Allergan, Bausch + Lomb, E-Swin, Horus, Santen, TearScience et Théa.

## Notre approche pour le traitement de la sécheresse oculaire

→ CATI ALBOU-GANEM,  
CHARLOTTE RIGAL-SASTOURNÉ,  
CYNTHIA BARONIAN

Nous avons développé une approche avec une prise en charge globale afin de soulager le patient à différents niveaux. Cette prise en charge comprend : l'étude du profil du patient, la quantification de la sévérité de la symptomatologie ressentie, l'examen ophtalmologique complet, le Lipiview qui permet de mesurer l'atteinte meibomienne ainsi que l'analyse de la dynamique du clignement.

Cette approche permet dans de nombreux cas d'aboutir à une prise en charge thérapeutique apportant une réponse satisfaisante au patient.

● **Le patient qui se présente est pris en charge par 4 personnes afin d'avoir une analyse globale de sa pathologie.**

>>> L'assistante accueille le patient et lui fournit un questionnaire SPEED à remplir en salle d'attente ainsi qu'un dossier d'informations sur le déroulement de la prise en charge, sur la sécheresse oculaire, ses causes, et les thérapeutiques envisageables.

Le questionnaire Patient (SPEED : *Standard Patient Evaluation of Eye Dryness*) permet au patient de décrire la symptomatologie ressentie (Sécheresse, sensation de grains de sable ou démangeaison, sensation de douleur, Sensation de brûlure ou de larmolement, fatigue oculaire), sa fréquence, sa sévérité. Le score maximum pouvant être obtenu est de 28. Les catégories sont définies ainsi :  
– SPEED = 0 pas de symptômes ;  
– SPEED entre 1 et 9 symptômes légers à modérés ;  
– SPEED  $\geq$  10 Symptômes sévères.

>>> Nous nous sommes entourés également d'une **sophrologue**, très utile pour

ces patients dont la pathologie entraîne une souffrance quasi permanente parfois très invalidante. En effet, la sophrologie est une science qui étudie la conscience humaine et vise le renfort de l'équilibre entre nos émotions, nos cognitions et nos comportements. Elle permet à une personne de consolider ses structures aussi bien physiques que mentales, donc la gestion des manifestations psychosomatiques. Elle permet de ce fait d'accompagner certains des patients atteints de sécheresse oculaire une fois le diagnostic confirmé.

L'être humain étant une entité, la sophrologie lui propose de se centrer sur un besoin spécifique. Selon un protocole établi conjointement, l'approche du patient se fait par le biais d'une anamnèse complète. Elle permet de cibler précisément le patient dans toutes les étapes de son existence, révélant ainsi les causes qui le conduisent à une sécheresse oculaire. Cette anamnèse permet de prendre en compte les facteurs qui induisent la mise en place de cette pathologie. Il est également important de mettre en évidence la notion de souffrance qui entraîne la douleur et quand la corrélation est établie par le patient de l'élément déclencheur, la prise en charge thérapeutique ophtalmologique du patient est facilitée.

Dans ce cas précis, il est question du patient ayant été confronté à un événement émotionnel important. En développant la réalité objective du patient, cela lui permet d'appréhender les événements tels qu'ils sont, à développer plus de réalisme et d'efficacité dans l'action. Le renforcement de son action positive dirigée vers son corps ou et vers son mental entraîne avec le traitement indispensable d'avoir une répercussion positive sur son être tout entier.

>>> Le patient est ensuite pris en charge par l'**orthoptiste** pour les examens complémentaires avec le Lipiview (**fig. 1**). Le LipiView est un appareil non invasif d'imagerie ophtalmique qui capture, archive et stocke des images numériques. Il permet en quelques minutes

l'analyse du film lacrymal, des clignements et des glandes de Meibomus.

L'analyse de la qualité du film lacrymal et l'estimation de l'épaisseur de la couche lipidique mesurée en nanomètres (**fig. 2**) est obtenue par interférométrie par réflexion spéculaire. La colorimétrie est uniformément grise lorsque la couche lipidique est absente ou inférieure à 60 nanomètres. Lorsque les franges interférentielles sont colorées avec des changements de couleur graduels : l'épaisseur du film lipidique est normale c'est-à-dire supérieure à 100 nm. L'examen étant dynamique et l'analyse se faisant par vidéo l'étirement du film lacrymal sur la surface cornéenne après chaque clignement est également analysé.

Cet appareil a, d'autre part, l'avantage de restituer image par image le film du clignement palpébral ce qui permet l'analyse du clignement : son rythme régulier ou non, sa fréquence –



Fig. 1 : Lipiview.

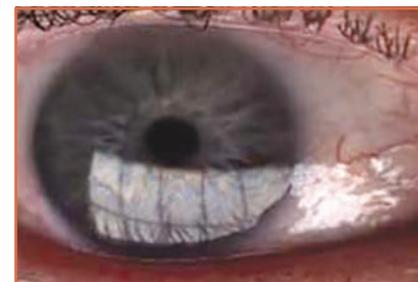


Fig. 2 : Lipiview Visualisation de la couche lipidique par interférométrie.

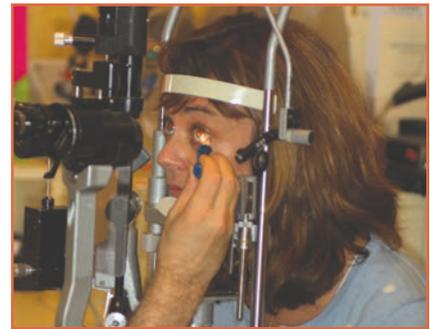
environ un clignement toutes les 5 à 6 secondes – et surtout de dénombrer les clignements incomplets. Lorsque la couche lipidique est anormale ou invisible, le taux d'évaporation du film lacrymal augmente d'un facteur quatre. Les patients ayant une couche lipidique plus mince doivent cligner plus fréquemment et de manière complète pour renouveler le film lipidique et ainsi prévenir d'un dessèchement cornéen. Dans le cas contraire, des exercices de clignements doivent être prescrits.

Le LipiView permet enfin d'obtenir des images dynamiques des glandes de Meibomius (**fig. 3**) par la combinaison d'une meibographie infrarouge de surface et d'une transillumination infrarouge des paupières inférieures. Cette combinaison est rendue possible par l'utilisation d'un transilluminateur infrarouge dont l'intensité lumineuse s'adapte à l'épaisseur des paupières pour garantir une visualisation homogène des structures glandulaires. On pourra ainsi évaluer la présence de bouchons meibomiens ainsi que le niveau d'atrophie.

Un document imprimable résumera toutes ces données.

**>>> L'examen ophtalmologique** est orienté en fonction des résultats des examens précédents. Il doit être complet et centré sur l'analyse des paupières, de la conjonctive, du film lacrymal et de la cornée. L'évaluation de la sécrétion des glandes de Meibomius (MGE: *Meibomius glands evaluation*) affine le diagnostic. Cette étape a été standardisée grâce à l'utilisation d'un nouvel instrument qui permet d'appliquer une pression constante au niveau du bord libre en regard de 5 glandes meibomiennes. L'expression des glandes est ainsi analysée en nasal, au centre et en temporal de chaque paupière inférieure (**fig. 4**). La sécrétion meibomienne est normalement fluide et transparente. Selon la sévérité du dysfonctionnement des glandes de Meibomius elle peut être fluide grasseuse, légèrement trouble ou opaque, épaisse, semi-solide (texture de dentifrice) ou cireuse témoignant d'un blocage complet.

● **Une fois le diagnostic confirmé et la sévérité de l'atteinte évaluée le traitement est proposé.**



**Fig. 4 :** MGE : Analyse de la sécrétion des glandes de Meibomius en clinique.

Il comprend :

**>>>** Un traitement local à base de collyres lubrifiants qui peuvent être associés en fonction de leur action privilégiée.

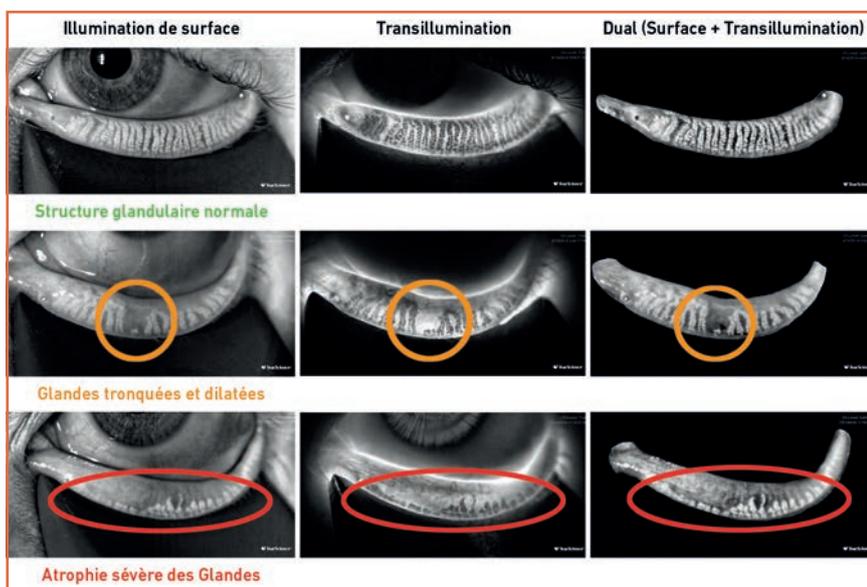
**>>>** Un traitement anti-inflammatoire local. Selon les cas pourront être proposés des collyres corticoïdes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antibiotiques à action anti-inflammatoire, les inhibiteurs des calcineurines ou un dernier né la glycyrrhizine, nouvelle molécule disponible depuis janvier 2016 sous forme de collyre, le Kéradrop à raison de 1 goutte matin et soir pendant 3 mois et dont l'action anti-inflammatoire serait équivalente à un anti-inflammatoire stéroïdien sans effet secondaire.

**>>>** L'hygiène des paupières.

**>>>** Les exercices de clignements.

**>>>** Ces traitements pourront être complétés par 2 technologies qui ont fait la preuve de leur efficacité :

■ Le Lipiflow permet une hygiène des paupières ciblée en temps et température. Il utilise une technologie et des composants perfectionnés pour contrôler la chaleur appliquée sur la surface interne des paupières et effectuer des massages intermittents de la surface externe des paupières afin de faciliter la production lipidique des glandes de Meibomius kystiques.



**Fig. 3 :** Lipiview: Meibographie Dynamique. Les structures de glandes de Meibomius sont observées grâce à une meibographie dynamique (DMI). Le DMI produit 3 images (illumination de surface, transillumination et duale) pour obtenir une image complète de la structure des glandes de Meibomius.

Le dispositif comprend 2 parties. Un œillette externe (*Eye Cup*) en contact avec les paupières supérieures et inférieures. Il contient une poche souple et flexible qui se gonfle d'air par intermittence et effectue un massage contrôlé des paupières. Une partie interne (*Lid warmer*) ressemblant à un large verre scléral de 24 mm de diamètre, dont la périphérie repose sur la conjonctive bulbaire, qui se moule sur la face interne des paupières tout en restant à distance de la cornée. La chaleur émise par cette partie est de 42,5° ce qui permet de faire fondre la matière obstruant les glandes par l'intérieur, sans endommager les glandes elles-mêmes. (*fig. 5A et B*). Il permet de traiter simultanément les glandes des paupières inférieures et supérieures.

La procédure dure environ 12 minutes et est effectuée au cabinet du médecin.

Le traitement n'est pas douloureux et est plutôt agréablement ressenti par le patient. Il entraîne une hyperhémie conjonctivale modérée de quelques heures mais aucun autre effet secondaire. Il est indiqué en cas d'obstruction de la plupart des glandes de Meibomius lorsque le MGE est inférieur à 5.

■ La lumière pulsée E-Eye. L'appareil E-Eye (*fig. 6*) est un générateur de lumière pulsée polychromatique capable de produire des séquences d'impulsions lumineuses calibrées et homogène. La lumière émise dite "lumière froide" stimule les glandes de



Fig. 6 : Appareil E-Eye Lumière pulsée.

Meibomius par application de 5 spots au niveau du rebord orbitaire inférieur et temporal le long des terminaisons parasympathiques (*fig. 7*). Le traitement est non invasif et totalement indolore. 3 ou 4 séances espacées de 15 jours puis d'1 mois sont nécessaires. Ce traitement est indiqué en complément du Lipiflow ou seul si la majorité des glandes de Meibomius ne sont pas obstruées.

### ■ Conclusion

La sécheresse oculaire est une pathologie complexe dont les causes sont multifactorielles. L'approche diagnostique doit être globale pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique.



Fig. 7 : Application des spots de lumière pulsée.

### BIBLIOGRAPHIE

1. The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop . *Ocul Surf*, 2007;5:75-92.
2. STERN ME, BEUERMAN RW, FOX RI *et al*. The pathology of dry eye: the interaction between the ocular surface and lacrimal glands. *Cornea*,1998;17:584-589.
3. Nichols JJ, Ziegler C, Mitchell GL *et al*. Self-reported dry eye disease across refractive modalities. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2005;46:1911-1914.
4. DILLY PN. Structure and function of the tear film. *Adv Exp Med Biol*,1994;350:239-247.
5. JORDAN A, BAUM J. Basic tear flow. Does it exist? *Ophthalmology*,1980;87:920-930.
6. VAN BEST JA, BENITEZ DEL CASTILLO JM, COULANGEON LM. Measurement of basal tear turnover using a standardized protocol. European concerted action on ocular fluorometry. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 1995;233:1-7.
7. LEMP M. Report of the National Eye Institute/Industry workshop on Clinical Trials in Dry Eyes. *CLAO J*, 1995;21:221-232.
8. CRAIG J. L'œil sec. *Opto*, 2010;4-14.
9. PATEL S, MURRAY D, MCKENZIE A *et al*. Effects of fluorescein on tear break up time and on tear thinning time. *Am J Optom Physiol Opt*, 1985;62:180-190.
10. HIRJI N, PATEL S, CALLANDER M. Human tear film pre-rupture phase time (TP-RPT) – a non-invasive technique for evaluating the pre-corneal using a novel keratometer mire. *Ophthalm Physiol Opt*,1989;9:139-142.
11. GUILLON JP, GUILLON M. The role of tears in contact lens performance and its

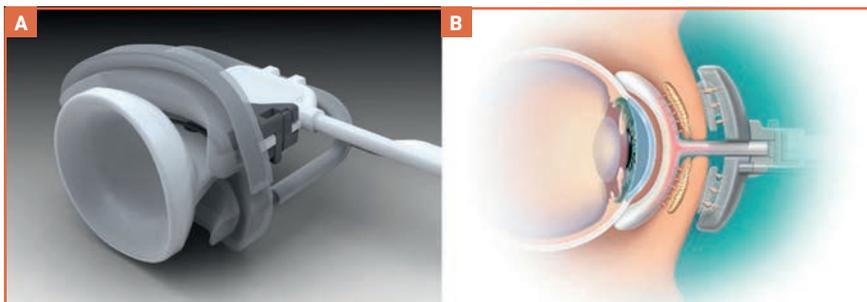


Fig. 5A : Le dispositif du Lipiflow. Fig. 5B : Coupe schématique représentant l'action du Lipiflow en pratique ©JV Greiner/TearScience.

- measurement. *Contact Lens Practice*, 2004;466-468.
12. KHANAL S, TOMLINSON A, MCFADYEN A *et al.* Dry eye diagnosis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2008;49:1407-1414.
13. HAMANO T, MITSUNAGA S, KOTANI S *et al.* Tear volume in relation to contact lens wear and age. *CLAO J*, 1990;16:57-61.
14. TOMLINSON A, BLADES KJ, PEARCE EI. What does the phenol red thread test actually measure? *Optom Vis Sci*, 2001;78: 142-146.
15. BLACKIE C, KORB D, KNOP E. Nonobvious Obstructive Meibomian Gland Dysfunction. *Cornea*, 2010.
16. KORB D, BLACKIE C. Restoration of Meibomian Gland functionality with novel Thermodynamic Treatment Device. *Cornea*, 2010;29:930-933.
17. MAJMUDAR PA, LipiFlow® Study Group2 ( H. Dubiner, R. Epstein, P. Ernest, J. Greiner, D. Hardten, E. Holland, S. Lane, J. E. McDonald II, D. Silbert) "A Novel Thermal Pulsation Treatment For Obstructive Meibomian Gland Dysfunction: Applying Heat To The Inner Eyelid Surfaces." ARVO 2010.

---

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

# Prise en charge des pathologies chirurgicales cornéennes

→ JEAN-MARC GUENOUN, NICOLAS MESPLIÉ

La prise en charge des pathologies cornéennes en milieu libéral représente sans nul doute sur le plan organisationnel un grand challenge pour les ophtalmologistes, de la consultation jusqu'à la prise en charge chirurgicale. L'objet de cet article est de vous faire partager des expériences personnelles dans deux cabinets différents et de démontrer que tout est réalisable...

En préalable, un contrat de convention entre une (ou plusieurs) banque de corne, la clinique et le chirurgien doit être signé (fig. 1). Un inventaire du matériel chirurgical doit être fait au bloc opératoire afin de s'assurer de ne manquer de rien. Une formation initiale théorique des infirmières, des orthoptistes et du secrétariat est utile afin d'optimiser la prise en charge des patients dès le début de son activité (présentation Power point sur les pathologies, vidéos chirurgicales et autre).

## ■ La consultation préopératoire

Dans le contexte des pathologies cornéennes, il est fréquent que les patients soient adressés par des confrères ophtalmologistes. De ce fait, si possible, il s'agit de réaliser dans le même temps les examens complémentaires permettant à la fois de poser un diagnostic et d'assurer un éventuel bilan préopératoire.

### 1. L'orthoptiste

Le travail assisté par un ou plusieurs orthoptistes permet non seulement d'optimiser son temps de travail mais surtout d'optimiser la prise en charge du patient. Dans les pathologies cornéennes, l'acuité visuelle, le trou sténopéique, la topographie placido et d'élévation, la pachymétrie, la microscopie spéculaire, l'aberrométrie et la tomographie par cohérence optique seront des examens souvent nécessaires pour prendre en charge le patient.

### 2. Le médecin

L'examen du médecin sera complet. Il devra écarter toutes pathologies autres que cornéennes, évaluera l'état de la surface oculaire, la sensibilité cornéenne et la transparence cornéenne...

### 3. Le secrétariat

Après information de la pathologie et de la prise en charge thérapeutique par le médecin (la fiche Société française d'ophtalmologie (SFO) doit être remise (fig. 2)),

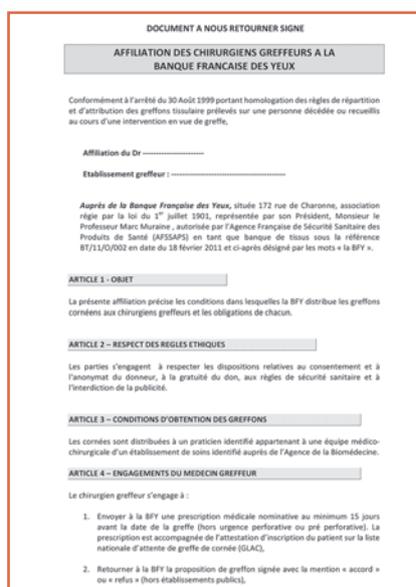


Fig. 1: Extrait du contrat de convention entre médecin, clinique et banque de corne.

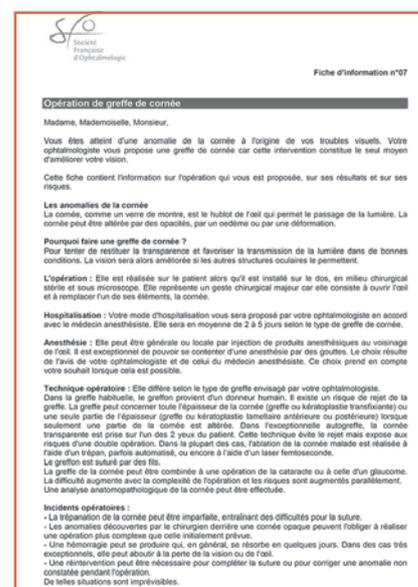


Fig. 2: Fiche informative sur les greffes de corne de la société française d'ophtalmologie (SFO).

le patient finira son “cursus” auprès du secrétariat chirurgical qui s’occupera à la fois d’expliquer les modalités pratiques de prise en charge (heure d’arrivée au bloc, explication de l’ordonnance préopératoire…), de fixer la date opératoire, la consultation préanesthésiste et de remettre les ordonnances. Pour les allogreffes, une vérification du statut sérologique préopératoire et postopératoire à 3 mois est obligatoire afin de s’assurer de l’absence de toute contamination par les greffons (fig. 3). Si le chirurgien exerce en secteur 2, un devis devra être remis.

donner les dates opératoires avec la disponibilité des greffes, d’être capable de déplacer les patients en cas de pénurie de donneur, de s’assurer de la présence des patients le jour de la chirurgie avant que le greffon soit livré, et de régler les problèmes de livraison des greffes…

En pratique, la date opératoire est fixée dans un délai raisonnable (> 1 mois)

afin d’optimiser les chances d’obtenir un greffon, et le patient est informé d’un risque d’annulation de la chirurgie 1 semaine avant la date dans les cas de pénurie (ce qui est rare en pratique).

Suivant les préférences du chirurgien, on pourra commander des greffons endothéliaux prédécoupés en banque, des greffons avec collerette sclérale afin de pouvoir les positionner sur chambre antérieure artificielle, des greffons à haute densité cellulaire, ou encore des greffons à visée tectonique (commandés le plus souvent en urgence).

## La prise en charge administrative

Il s’agit souvent du secrétariat chirurgical qui se charge de ce travail.

### 1. Greffes de cornée et de membrane amniotique

Le travail administratif préopératoire est important. C’est l’une des particularités dans ces pathologies. Il s’agit d’avoir une personne formée, (idéalement deux) afin de remplir une somme de papiers administratifs (GLAC, inscriptions aux banques de tissus (fig. 3 et 4), de coor-

**Docteur N. MESPLIE**  
Ophthalmologiste  
64 1 00633 3  
Ancien infirmier des Hôpitaux de Bordeaux  
Ancien chef de clinique du CHU de Bordeaux  
DLU de chirurgie réfractive et cataracte

Saint Jean de Luz, le

M.

**Sérologie :**

- ANTI HV 1
- ANTI HV 2
- Hépatite B - recherche anticorps anti HBs et Ag HBs
- HTLV 1.2
- TPHA/VDRL
- HVC

**Dr N. MESPLIE**

ESPACE HELIOS - Layatz II. 64500 ST JEAN DE LUZ. Tél : 05 59 51 86 00 - Fax : 05 59 51 86 14  
www.ophtalmologie-helios.com

Fig. 3 : Bilan sanguin préopératoire et postopératoire à vérifier à 3 mois.

### 2. Cornéoplasties

Sous le terme de cornéoplasties, on attend *cross-linking*, photokératectomies thérapeutiques (topoguidées ou pas) et pose d’anneaux intracornéens. Dans ces indications, le plus difficile est d’une part d’avoir à disposition le matériel nécessaire pour réaliser ces actes, (soit idéalement un laser UVA à fluence variable, un laser Excimer, et un laser femtoseconde) et d’autre part de pouvoir proposer ces gestes à un tarif abordable. Depuis près d’1 an, les *cross-linking* et la pose d’anneau intracornéen sont inscrits dans la

**Agence de la Biomédecine GLAC**  
gestion de la liste d'attente corne

**Fiche d'inscription d'un patient**

**Informations équipe**  
Espace : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
Code : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_  
Adresse établissement : \_\_\_\_\_

**Identité patient**  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Date de naissance (prénoms) : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Département (le pays est la France) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Arrondissement : \_\_\_\_\_

**Fiche administrative**  
Lieu de résidence habituelle :  France  Union Européenne  Hors Union Européenne  
Département (si le lieu de résidence est la France) : \_\_\_\_\_  
Adresse Postale : \_\_\_\_\_  
Pour un enfant, s'il vous plaît, saisissez le nom du parent responsable, si ce dernier est différent : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Coordonnées téléphoniques : \_\_\_\_\_  
Bureau : \_\_\_\_\_  
Quartier : \_\_\_\_\_  
Quartier : \_\_\_\_\_  
Date préliminaire de la greffe (prénoms) : \_\_\_\_\_  
Situation anesthésique du patient : \_\_\_\_\_

**Généralités**  
Date d'inscription (prénoms) : \_\_\_\_\_  
Ophtalmologiste responsable : \_\_\_\_\_  
Où il greffe :  Oui  Non  
Séquence inscription prévue pour l'œil cornéen :  Oui  Non  
Indication actuelle de la greffe cornée (prescription) : \*\*\*\* voir annexe  
Date : \_\_\_\_\_ en 3 mois

**Contenu clinique**

**Pour l'œil à greffer**  
Technique chirurgicale envisagée :  Lamellaire  Translucide  
Chirurgies associées :  Oui  Non  
Où/Non(1) Chirurgie de la cornée :  Oui sans implant  Oui Avec implant ICA  Oui Avec implant ICP  Non  
Où/Non(1) Endothélium :  Esp. sans changement  Esp. Avec changement de l'implant intra-oculaire  
Où/Non(1) Chirurgie du glaucome :  Nature (date lieu) : \_\_\_\_\_  
Où/Non(1) Chirurgie du strabisme :  Nature (date lieu) : \_\_\_\_\_  
Où/Non(1) Chirurgie de la rétine :  Nature (date lieu) : \_\_\_\_\_  
Où/Non(1) Chirurgie de la surface oculaire :  Nature (date lieu) : \_\_\_\_\_  
Où/Non(1) Autres : \_\_\_\_\_  
Acuité visuelle : \_\_\_\_\_  
de l'œil à greffer (écart point) : 0.5, 0.4, 0.3, 0.2, 0.1, 0.05, 0.02, 0.01 (VIM P1) ; de l'autre œil (écart point) : 1, 0.8, 0.6, 0.5, 0.4, 0.3, 0.2, 0.1, 0.05, 0.02, 0.01 (VIM P1) ;  
Relevé rétinien :  Adhésifs cornéens  Adhésifs scléraux  Nécessité d'une aide permanente

**Facteurs de gravité**  
Méthodes capotaires à 2 quadrants :  Oui  Non  
Diamètre > 8.5mm :  Oui  Non  
Hyperopie isolée > 21 mmHg :  Oui  Non  
Terrain dystrophié :  Oui  Non

**Situation urgente**  
 Oui  Non

**Antécédents chirurgicaux**

**Pour l'œil à greffer**  
Keratoplastie préalable :  Oui  Non  
Si oui, Nature Méthodes prélatentes :  Oui  Non  
Cause de l'échec :  Immunitaire  non immunitaire  
Année de la dernière greffe (année) : \_\_\_\_\_  
Pathologie cornéenne prélatente (date et lieu) : \*\*\*\* voir annexe  
Chirurgie de strabisme :  Oui  Non  
Si oui, Année (année) : \_\_\_\_\_  
Méthode :  Aphakie  Pseudophakie ICA  Pseudophakie ICP  Pseudophakie autre

**Autres antécédents chirurgicaux**  
Glaucome :  Oui  Non  
Traumatisme :  Oui  Non  
Régime postérieur :  Oui  Non  
Chirurgie réfractive :  Autre  Excimer  Implant ICA  Implant ICP  Lasik

**Pathologies cornéennes associées**  
Où/Non(1) Endothélium :  Non  Cornéennes non cornéennes  
Où/Non(1) Pathologies rétro-cornéennes :  Non  Dystrophie  
Où/Non(1) Dystrophie :  Non  Dystrophie  
Où/Non(1) Inflammation postérieure :  Non  Inflammation postérieure  
Où/Non(1) Inflammation de sécrétion lacrymale :  Non  Inflammation de sécrétion lacrymale

**PRESCRIPTION MEDICALE NOMINATIVE A USAGE THERAPEUTIQUE**  
A faire à la Banque Française des Yeux  
15 jours avant la date prévue de greffe, hors urgence  
FAX : 01 42 77 04 74

**RECEVEUR :**  
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
N° GLAC : \_\_\_\_\_ (nous joindre la copie de l'inscription au GLAC)

**ETABLISSEMENT DE SANTE GREFFEUR :**  
**MEDICIN GREFFEUR :**  
INDICATION DE LA TRANSPLANTATION : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_ OG  OD

**TYPE DE GREFFE REALISE**  
 KT avec large collerette OUI  NON   
 KL antérieure  
 OSAX  
 OMEK  
 KL postérieure avec une cornée prédécoupée en banque  
 Greffe bouchon/urgence (densité endothéliale < 2 000 cellules/mm<sup>2</sup>)

**SIGNATURE DU MEDICIN :** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fig. 4 : Exemple fiche GLAC et demande de greffe aux banques de tissus.

CCAM. Cependant, il n'existe pas encore de tarification ou de GHS pour ces actes ce qui pose véritablement problème au vu des investissements pour les cliniques et les médecins... Le SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France) et les centres de références nationaux du kératocône conseillent pour le moment de ne pas utiliser ces cotations tant qu'un GHS n'est pas clairement établi.

Quoi qu'il en soit, les patients qui doivent bénéficier de cornéoplasties sont souvent opérés le même jour que les patients opérés de chirurgie réfractive, dans une logique de rentabilité économique évidente... Le "travail préopératoire" dans ces cas est relativement semblable à une chirurgie de la cataracte pour le choix de l'anneau intracornéen, ou à une chirurgie réfractive pour une photokératectomie topoguidée.

### ■ L'acte chirurgical

L'acte chirurgical est évidemment le même en libéral qu'en milieu hospitalier. Les techniques de kératoplasties ont énormément changé ses dix dernières années et la greffe transfixiante est aujourd'hui devenue l'exception. On privilégiera à chaque fois que cela est possible, une greffe lamellaire :

- DMEK (*Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty*) et DSAEK (*Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty*) pour les pathologies endothéliales y compris les rejets et décompensations d'anciennes kératoplasties transfixiantes ;
- DALK (Kératoplastie prédescemétique) pour les kératocônes et les opacités stromales profondes ;
- kératoplastie lamellaire antérieure pour les opacités stromales antérieures ;
- photokératectomie thérapeutique pour les opacités sous épithéliales.

Le démarrage d'une activité libérale de greffe se heurte au problème du matériel. En effet, la réalisation de DSAEK

#### POINTS FORTS

- Il est tout à fait possible de réaliser des chirurgies cornéennes en milieu libéral.
- Un personnel formé à ces pratiques et un plateau technique adéquat sont néanmoins indispensables.
- Les banques de tissus contribueront probablement à favoriser la pratique de ces chirurgies en milieu libéral par le développement des greffons prédécoupés en banque...

nécessite une découpe au microkératome du greffon. Deux options s'offrent alors au praticien. Soit faire acheter par la clinique le matériel complet (microkératome, tête de découpe, chambre antérieure artificielle, turbine), soit commander un greffon prédécoupé par la banque de cornée. Ces greffons sont plus onéreux que les greffons "bruts", mais cela permet de démarrer une activité sans que la clinique ait à investir au démarrage, et présente l'avantage d'éviter les annulations de dernière minute pour "incident de découpe".

La réalisation des DMEK ne nécessite pas de matériel important, un simple *punch* à usage unique, une pince spécifique ainsi qu'un kit d'injection sont nécessaires. Les autres techniques nécessitent, en plus du *punch*, d'un trépan soit à usage unique soit restérilisable.

Concernant les techniques de cornéoplasties par pose d'anneaux intracornéens, l'utilisation d'un laser femtoseconde étant préférable (mais non indispensable), l'organisation du geste sera donc directement conditionnée par l'environnement technique dont bénéficie le praticien. La localisation du laser femtoseconde influera sur la prise en charge ou non de l'acte. En effet, la pose d'anneaux bénéficie depuis peu, d'une cotation CCAM ainsi que d'un GHS (forfait payé par acte chirurgical, par l'assurance maladie uniquement à un établissement de soins conventionné). Néanmoins le GHS ne pourra être reçu par un centre de chirurgie réfractive, ainsi si l'acte est effectué dans ce type de structure, le patient devra financer lui-même l'utilisation du laser et l'achat des anneaux. D'autre part le GHS semble

sous-évalué pour couvrir le coût du laser et l'achat des anneaux, ce qui pourrait créer quelques obstacles avec certaines cliniques ou hôpitaux. De plus la grande majorité des lasers femtosecondes se trouvant dans des centres de chirurgie réfractive, une solution pratique serait d'y réaliser le laser le matin puis de poser les anneaux au bloc opératoire de la clinique l'après-midi, afin que le patient puisse bénéficier du GHS.

La principale difficulté de l'exercice libéral des greffes de cornée réside dans le fait d'assurer seul la gestion pré-, per- et postopératoire des patients. Le praticien libéral n'est pas secondé par une équipe d'internes et ne travaille pas au sein d'un service comportant plusieurs praticiens rodés à la greffe.

Ainsi, il convient de bien optimiser la prise en charge.

Le patient entrera le jour de la greffe une ou deux heures avant celle-ci, à jeun, avec les résultats de son bilan préopératoire. Si celui-ci ne l'a pas effectué, il sera prélevé à l'entrée.

Les DSAEK et DMEK peuvent parfaitement être réalisées sous anesthésie locale. Les kératoplasties transfixiantes et prédescemétiques seront le plus souvent effectuées sous anesthésie générale.

La grande majorité (80 %) des greffes effectuées actuellement sont des kératoplasties endothéliales de type DMEK ou DSAEK.

Les techniques de kératoplasties lamellaires nécessitent une préparation du greffon, pouvant, parfois (mais de plus

### Récapitulatif du travail administratif pour les greffes de cornée : en pratique

#### A) En début d'activité :

- 1) contrat de convention entre médecin, clinique et banque de tissu
- 2) vérification du matériel chirurgical
- 3) formation du personnel opératoire et de consultation

#### B) avec le patient :

- 1) remise de la fiche d'information médicale
- 2) choix d'une date opératoire avec le patient
- 3) choix d'une date de consultation préanesthésie
- 4) ordonnance préopératoire et sérologie virales préopératoire et post opératoire (3mois)
- 5) +/- devis

#### C) préparation de la chirurgie :

- 1) fiche GLAC
- 2) fiche de demande de greffons à la banque de tissus
- 3) communiquer (faxer +/- téléphoner) avec la banque de tissu
- 4) appel téléphonique du patient la veille de l'opération

en plus exceptionnellement avec l'expérience), se compliquer d'un incident de découpe (DSAEK) ou de dissection (DMEK). Ainsi, il convient de prévenir le patient du risque d'annulation de la greffe y compris en dernière minute (sauf dans le cas des greffons prédécoupés en banque). D'autre part, en cas d'anesthésie générale ou péribulbaire, l'anesthésiste attendra que la préparation du greffon soit terminée avant d'intervenir.

### ■ Le suivi postopératoire

Une particularité des kératoplasties endothéliales (DMEK et DSAEK) est le risque de blocage pupillaire post opératoire précoce lié au passage de la bulle

d'air en arrière de l'iris. On effectuera une prévention du blocage par la réalisation en préopératoire si possible ou en peropératoire, d'une iridectomie périphérique inférieure, ou pour d'autre opérateur une dilatation en fin d'intervention. Le patient sera gardé allongé en position de décubitus dorsal au moins une heure en salle de réveil puis remonté en chambre, où il gardera cette même position jusqu'au lendemain. Il faudra passer, en fin de programme opératoire, vérifier au lit du patient la présence de la bulle d'air en chambre antérieure. Les infirmières de l'unité d'hospitalisation doivent être informées de ce risque afin de contacter le chirurgien en cas d'apparition d'une douleur intense.

Une prescription d'un inhibiteur de l'anhydrase carbonique sera systématiquement réalisée pour le premier jour, ainsi qu'éventuellement, selon les cas, une anticoagulation préventive en raison du risque thromboembolique lié au décubitus dorsal strict.

D'autre part, une salle de bloc doit être disponible le lendemain de la chirurgie en raison de nécessité éventuelle de devoir retirer la bulle d'air en urgence si le traitement médical du bloc pupillaire (dilatation, décubitus dorsal et inhibiteur de l'anhydrase carbonique) n'a pas été rapidement efficace.

Une sortie est systématiquement programmée le lendemain de l'intervention avec un contrôle à la lampe à fente de la bonne position du greffon et de la bulle d'air.

Le patient sera revu à J5-J7, idéalement avec un OCT à disposition, afin de vérifier l'adhérence des greffons de DMEK et de pouvoir réinjecter une bulle d'air en cas de greffon partiellement ou totale-

ment décollé. Ces "rebullages" peuvent par exemple se dérouler en salle d'IVT, l'acte d'injection en chambre antérieure ne possédant pas de GHS ce qui pourrait poser un souci de facturation dans certains établissements.

Ainsi, il est déconseillé de réaliser une kératoplastie endothéliale la semaine précédent ses congés, car on ne pourra assurer le rebullage. Le suivi des greffes de cornées est assez simple et ne pose pas de difficultés particulières pour un praticien libéral. L'essor des kératoplasties lamellaires a, de plus, grandement diminué les complications spécifiques des greffes transfixiées (fils sectionnés, abcès sur fils, Seidel...), la récupération est très rapide pour les DSAEK et les DMEK, et le rejet, toujours présent, plus simple à traiter avec un recours aux bolus de corticoïdes assez rare.

### ■ Conclusion

Une bonne organisation en amont de la greffe jusqu'à la période post opératoire précoce est indispensable pour la réalisation de greffes de cornée. Néanmoins, une fois cette machinerie bien rodée, la pratique de cette activité, au sein d'une activité libérale, ne pose pas de problème particulier et peut tout à fait s'ajouter sans difficulté à une activité plus classique de chirurgie de la cataracte. Cela permet d'offrir à ses patients une prise en charge plus globale, et d'alléger les transports pour les patients résidant loin des CHU.

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

# Organisation de la consultation pour la chirurgie de la cataracte

→ PASCAL ROZOT, SERGE ZALUSKI

L'opération de la cataracte représente, en nombre, le premier acte chirurgical réalisé en France. 830 000 interventions en 2017 dont les trois quarts en établissement de santé privé (fig. 1 et 2) et une croissance considérable à venir du fait de l'arrivée des papy-boomers dans la tranche d'âge de cette intervention (âge moyen 73,5 ans). Cette évolution s'inscrit dans le même contexte qui prévaut à l'augmentation de la demande de soins pour toutes les pathologies oculaires liées à l'âge et à la réduction à venir du nombre d'ophtalmologistes (fig. 3).

Or, la prise en charge de la cataracte a considérablement évolué. Le geste et son environnement (phacoémulsificateurs, anesthésie topique, ambulatoire...) ont gagné en reproductibilité et en sécurité alors que, parallèlement, les exigences que nous nous imposons et que nos patients nous imposent justifient d'une prise en charge plus adaptée et personnalisée.

La structuration du parcours de soin dans cette chirurgie devient donc fondamentale au regard des aspects démographiques d'un côté et, de l'autre, des nécessités d'un examen clinique et d'exams complémentaires choisis, d'une écoute attentive et d'une information éclairante sur les choix thérapeutiques.

## Le mode d'entrée dans le parcours de soin

Dans la situation existante encore aujourd'hui, la voie d'entrée principale

pour le diagnostic reste la consultation chez l'ophtalmologiste.

On considère actuellement que sur les 5 900 ophtalmologistes exerçant, 1 500 à 1 800 sont chirurgiens de la cataracte. Ces

chiffres, difficiles à préciser, vont évoluer en fonction de critères d'influence contradictoire : une formation chirurgicale de la plupart des jeunes formés en France et la concentration observable des gros volumes de chirurgie vers un nombre plus

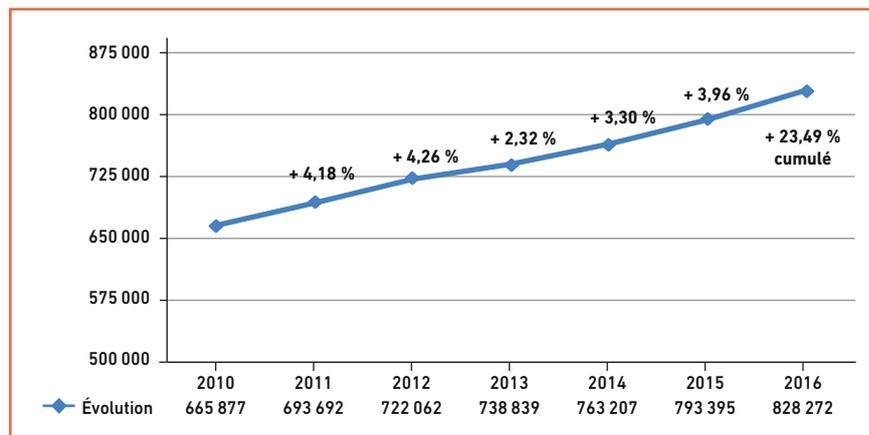


Fig. 1 : Évolution du nombre de cataractes opérées.

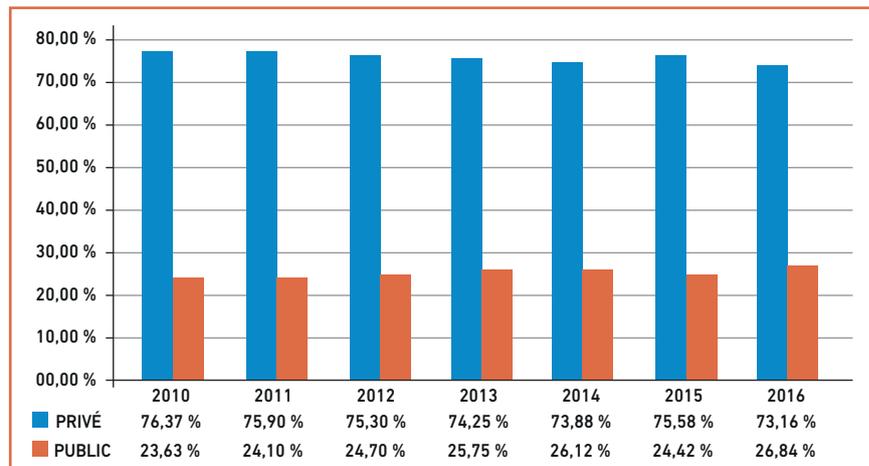


Fig. 2 : Parts respectives public/privé.

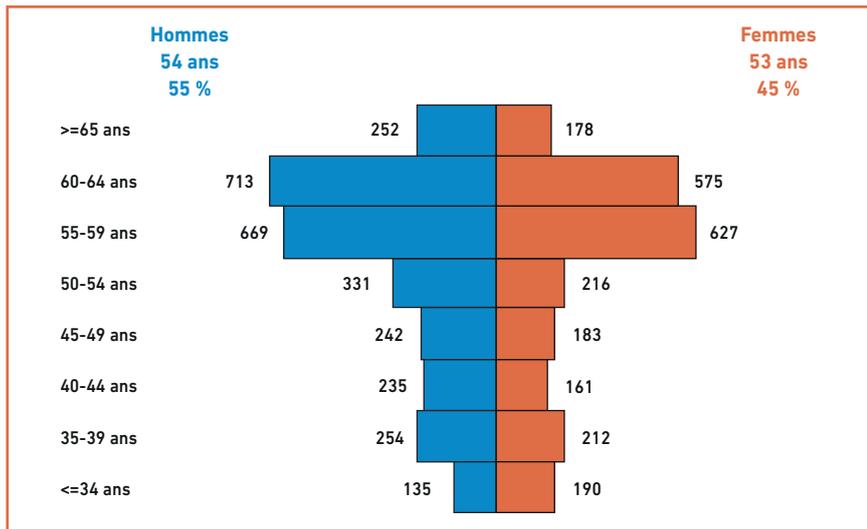


Fig. 3 : Pyramide des âges des ophtalmologistes (CNOM 2016).

restreint d'opérateurs. À ceci s'ajoutera la pénurie annoncée des ophtalmologistes et l'arrivée de possibles nouveaux schémas de consultation et de recrutement.

Le passage par l'ophtalmologiste n'opérant pas la cataracte reste cependant encore une voie habituelle de l'entrée du patient dans le parcours de soin. Cette première étape qui, il y a quelques années, se traduisait par le simple adressage du patient vers le chirurgien justifie aujourd'hui d'une approche différente.

Dans l'idéal, le patient peut déjà bénéficier d'examen permettant, pour certains cas, de préciser l'existence ou le retentissement d'une pathologie associée et donc d'orienter les options chirurgicales possibles (OCT, champ visuel...), d'une information sur les choix thérapeutiques (mono ou multifocalité, correction de l'astigmatisme...). Cette information permet au patient de réfléchir en amont de la consultation avec le chirurgien et de pouvoir prendre plus facilement une décision quant aux choix thérapeutiques. Le corollaire est que l'ophtalmologiste adressant doit être informé des différents implants existants et ne pas (ou plus) considérer que l'information et le choix relèvent du seul chirurgien. En contrepartie de cet effort supplémentaire pour

l'ophtalmologiste adressant, la chirurgie de la cataracte prend une dimension qui dépasse la seule technique, le rendant acteur de l'information et de l'indication et donc plus largement gratifié par la qualité du résultat exprimée par le patient.

Cette information à donner préalablement au patient par l'ophtalmologiste traitant est encore trop peu effectuée et pourrait être développée dans le futur par différents moyens : les réunions d'information par l'ophtalmologiste chirurgical pour ses correspondants représentent le moyen le plus efficace du fait de l'échange direct mais aussi par des documents d'information sur les différents implants, y compris leur coût additionnel, l'orientation sur les sites internet du chirurgien ou de sociétés savantes (SAFIR, SFO, ESCRS...).

Que le patient ait été adressé par son médecin ou qu'il soit venu directement, la consultation avec le chirurgien doit rester un passage obligé pour le patient.

### ■ La consultation préopératoire

Elle justifie aujourd'hui un ensemble d'étapes qui passent par l'écoute et l'examen clinique, la décision et la réalisation

éventuelle d'examen complémentaires, l'information sur les choix thérapeutiques et les risques, les informations de nature organisationnelle...

Quel que soit le mode d'exercice chirurgical, prépondérant ou dilué dans le reste de nos activités, la démarche doit cependant être organisée. Nous ne revenons pas ici sur l'apport fondamental d'un ou d'une orthoptiste pour optimiser une consultation.

Sans entrer dans une discussion sur la définition de la cataracte, plusieurs points doivent être soulignés. Si les critères de 1995 envisageant la chirurgie de la cataracte pour des acuités inférieures à 5/10<sup>e</sup> (ou en cas de gêne visuelle significative!) ne peuvent plus être considérés comme normatifs, la caractéristique symptomatique de la cataracte reste cependant la gêne fonctionnelle dont le type et l'importance doivent être consignés dans le dossier (conduite automobile, éblouissements, etc.). Une demande liée à une volonté de se débarrasser de ses lunettes correspond cependant, en règle, et pour tout âge, à une demande de chirurgie réfractive.

Le diagnostic reste donc avant tout clinique et anatomo-fonctionnel et repose sur l'expression d'une baisse visuelle ou d'une gêne fonctionnelle en relation avec les modifications du cristallin. L'écoute du patient et l'examen à la lampe à fente sont donc les éléments clés du diagnostic.

Pour autant, différents outils, non indispensables et qu'il est illusoire de vouloir tous posséder, peuvent aider au diagnostic lorsque celui-ci n'est pas évident ou que nous sommes en face de rares formes frontalières quant à l'indication (cataracte vs réfractive). Ces outils peuvent avoir un intérêt médico-légal mais nous réaffirmons le caractère essentiellement clinique du diagnostic.

Les photographies à la lampe à fente permettent d'objectiver une cataracte plus que de l'évaluer. Il en est de même des

clichés en mode *Scheimpflug* sur le cristallin, réalisables avec le Pentacam. Plus intéressant mais plus confidentiel : le HDA (*High Definition Analyzer* – anciennement OQAS : *Optical Quality Analysis System*) permet de mesurer l'indice de diffusion de la lumière dont sont en grande partie responsables les opacifications du cristallin. Cet outil permet de trancher quant au diagnostic lorsqu'une baisse visuelle n'est pas, de façon évidente, rattachée à une cataracte et que le reste de l'examen est par ailleurs normal (un film lacrymal de qualité médiocre, une cornée pathologique ou d'autres troubles des milieux altèrent les résultats). Il permet également d'évaluer de façon quantitative l'évolution de l'indice de diffusion au fil du temps et est également un outil de compréhension pour le patient de son symptôme et de la responsabilité de son cristallin. Il n'est en aucun cas nécessaire à l'exercice.

La modification radicale de la consultation est liée au fait que la chirurgie de la cataracte est aujourd'hui devenue une chirurgie phacoréfractive. Les amétropies sphériques peuvent être corrigées de façon plus précise, l'astigmatisme peut être réduit à des valeurs physiologiques et la perte d'accommodation partiellement ou totalement compensée.

L'ensemble de ces choix justifie d'en poser les éventuelles indications, d'en informer le patient afin qu'il établisse son choix éclairé.

On peut ainsi décrire plusieurs étapes à la consultation pour chirurgie de la cataracte.

L'information en amont peut être faite par l'ophtalmologiste adressant, nous en avons parlé. Des outils tels que des flyers ou des vidéos en salle d'attente sont également des moyens de sensibilisation des patients.

L'examen préalable par l'orthoptiste permet déjà lorsque celui-ci (ou celle-ci) est entraîné(e) d'évoquer avec le patient l'existence de plusieurs choix possibles

et d'orienter certains examens complémentaires dont on dispose (OCT, topographie cornéenne...).

Le discours tenu au patient sera la conséquence d'une appréciation globale tenant compte à la fois des résultats des examens clinique et complémentaires mais également de ce que l'on peut entrevoir et préciser quant à sa motivation, ses exigences, ses habitudes de vie voire son statut socio-économique. L'ensemble des examens réalisés devra permettre de porter les indications (ou peut-être d'avantage de poser les contre-indications) d'une implantation multifocale et/ou torique.

Au-delà de cette étape, l'information et l'échange permettront d'aller plus avant dans les indications précises. Celles-ci n'entrent pas dans le champ de cet article mais différentes stratégies sont possibles dont il conviendra de retenir les plus adaptées pour le patient puis lui transmettre l'information lui permettant un choix éclairé. On peut simplement énumérer les choix de la multifocalité (bifocale ou trifocale,

*mix & match...*), les options de profondeur de champ étendue, le choix d'un implant torique. Dans cet esprit, écoute et information sont donc primordiales et justifient d'une consultation plus attentive à l'équilibre entre ce qui est possible et ce qui est souhaitable pour le patient. La décision, lorsque choix il y a, ne nous revient donc pas exclusivement, notre savoir ne nous confère pas une omnipotence qui nous amènerait à décider pour le patient.

Les exigences qui s'imposent à nous et que nous imposent nos patients justifient une grande précision dans nos mesures biométriques qui sont réalisées par un médecin ou un orthoptiste formé. Sauf impossibilité, la mesure de longueur axiale est faite avec un biomètre par interférométrie : la kératométrie doit être corrélée par deux mesures concordantes dans le temps ou avec des appareils différents. Les éléments figurant dans le **tableau I** doivent alerter d'autant plus que les examens sont effectués par un orthoptiste. Si d'anciennes recommandations de bonne pratique considéraient

**Dépense préalable des lentilles de contact (information à donner lors de la prise de rendez-vous) :**

- 24 heures au moins pour les lentilles souples hydrophiles
- 4 jours au moins pour les lentilles rigides

**Les cas suivants justifient d'une vigilance particulière, de la vérification des mesures et de l'usage de formules adaptées**

**Longueur axiale :**

- Différence > 0,30 mm entre les deux yeux sans qu'une anisométrie connue l'explique
- LA < 20 mm ou > 26 mm
- Mesure impossible par interférométrie

**Kératométrie :**

- Mauvaise fixation
- Antécédents de chirurgie cornéenne
- Différence > 1D entre les deux yeux
- Ker < 40D (vérifier l'absence de lentilles de contact) ou > 45D
- Discordance des valeurs entre deux appareils ou deux mesures
- Discordance entre un astigmatisme kératométrique et l'absence d'astigmatisme réfractif
- Si œil sec : instiller larmes artificielles 1 minute avant les mesures

**Tableau I :** Recommandations pour les mesures biométriques.

**POINTS FORTS**

- La cataracte va représenter 1 000 000 de chirurgies par an en France au début de la prochaine décennie.
- La chirurgie est devenue phacoréfractive : outre la restauration de la transparence des milieux, les implants permettent la correction systématique des amétropies sphéro-cylindriques associées, celle de la presbytie restant optionnelle.
- L'organisation de la consultation doit permettre de poser le diagnostic, d'écouter, d'informer et d'adapter l'indication aux possibilités thérapeutiques et aux choix du patient.

que seules les mesures biométriques étaient justifiées en préopératoire de cataracte, l'évolution des techniques, les exigences de sécurité et de précision modifient cet aspect. Outre les appareils d'évaluation de la cataracte dont nous avons parlé, microscopie spéculaire, examen en OCT du pôle postérieur, topographie cornéenne peuvent être justifiés dans certains cas. Ils ne nous apparaissent cependant pas indispensables dans le cadre d'un bilan standard.

La microscopie spéculaire ne se justifie que dans les cas où l'examen biomicroscopique ou les antécédents ophtalmologiques font craindre une diminution des cellules endothéliales qui doit être documentée ; certains la pratiquent néanmoins systématiquement en raison de l'occurrence (rare) de faiblesses endothéliales spontanées, ou pour orienter le choix du viscoélastique, ou encore à titre médico-légal.

L'OCT semble justifié pour décider ou valider une implantation multifocale, en cas de longueur axiale importante (> 26 mm par exemple), si la vision de près est anormalement faible ou, bien sûr, si des lésions maculaires pré-existent.

Pour certains la topographie cornéenne ne semble pas systématique, y compris pour une implantation torique, si au moins deux mesures de kératométrie sont concordantes et compatibles avec l'histoire clinique du patient (historique du dossier, correction portée...). Elle se justifie pleinement si les mesures sont discordantes ou non corrélées à l'his-

toire clinique ou en cas d'antécédent de chirurgie cornéenne. Certains la pratiquent pour chaque astigmatisme cornéen supérieur à 1 dioptrie environ, pour avoir un aspect qualitatif de l'astigmatisme ou pour éliminer une pathologie dégénérative de la cornée.

Lorsque cependant un certain nombre d'examens est nécessaire, se posent le double problème de l'organisation au sein du cabinet et de l'archaïsme de la cotation qui ne permet pas de cumuler (sauf cas particulier) la rémunération de plus de deux actes et qui peuvent donc inciter à multiplier les consultations.

Nous considérons qu'au-delà de cette étape qui permet le diagnostic, l'information et le choix éclairé quant à l'indication, le circuit du patient le conduit vers l'étape suivante qui est celle de la prise du rendez-vous opératoire et de l'ensemble de l'information qui l'environne.

### Partie administrative du rendez-vous opératoire

Le secrétariat, dans des conditions de confidentialité (au mieux un bureau fermé ou isolé) va prendre en charge le patient et sa famille. Le rendez-vous pourra s'adapter autant que possible aux contraintes du patient (ne pas convoquer tôt le matin un patient ayant de la route à faire...), les rendez-vous postopératoires peuvent déjà être transmis. Le patient est informé de la nécessité de la consultation pré-anesthésique et, au mieux, la pratique au décours immédiat de la consultation

en cas d'éloignement géographique, sinon repart avec ce rendez-vous fixé, ou avec les coordonnées de centres de consultation d'anesthésie à proximité de son domicile.

Par ailleurs, la délivrance des formulaires de consentement de la SFO (n°1A pour l'opération de la cataracte et n°1B pour les implants multifocaux et toriques) permet de corroborer la délivrance de l'information au patient. Ils devront être datés et remis par le patient avant sa chirurgie. Nous les éditons à partir du dossier patient ce qui les rend nominatifs. La question du stockage de ces fiches se pose mais, au vu de l'évolution des techniques, un classement après numérisation dans le dossier du patient nous paraît raisonnable (bien qu'aucune jurisprudence ne l'ait admis).

De la même façon, le patient est informé précisément par un devis du montant des honoraires éventuellement pratiqués et d'un éventuel co-paiement pour un implant à valeur réfractive ajoutée. Sa signature est requise pour valider la prise en compte de cette information. Les devis, également édités nominativement, sont stockés dans le dossier. Il faut souligner à cet égard que l'entretien privé avec la secrétaire est parfois le moment privilégié pour le patient pour exprimer ses conditions de ressources qui peuvent justifier d'une écoute attentionnée et d'un retour de décision vers le praticien.

Nous pouvons préciser que la chirurgie de la cataracte ne justifie pas du délai de réflexion de 15 jours imposé pour une chirurgie réfractive par exemple.

La fiche d'admission/hospitalisation est éditée et remise au patient elle comporte outre le jour et l'heure de convocation pour l'intervention l'œil à opérer, le nom du chirurgien et d'autres informations utiles (**tableau II**). C'est l'occasion de préciser qu'une bonne organisation nécessite des horaires de convocation liés à l'heure prévue

**FICHE MÉDICALE D'ADMISSION/HOSPITALISATION**

Mme XX

Vous allez être opérée de l'œil droit par :

CHIRURGIEN: Docteur YY

**Heure d'arrivée pour l'intervention le: jeudi 5 avril à 10 h 00**

**Sortie prévue le: jour même**

Motif de l'hospitalisation: **Cataracte**

Type d'anesthésie: **NL-topique**

Nom du médecin traitant: **ZZ**

**LE JOUR DE L'INTERVENTION, NE PAS OUBLIER VOTRE :**

- PIÈCE D'IDENTITÉ
- Carte Vitale
- CARTE MUTUELLE
- VENIR À L'HEURE INDIQUEE SUR LA FICHE D'HOSPITALISATION
- VENIR ACCOMPAGNÉ AVEC UNE PERSONNE DE CONFIANCE OU UN VSL (vous ne pourrez pas repartir seule, ni conduire votre véhicule)

**PRÉVOIR LE RÈGLEMENT ÉVENTUEL DU FORFAIT DE 18 EUROS PAR INTERVENTION (SUIVANT VOTRE SITUATION D'ASSURÉ SOCIAL)**

**RECOMMANDATIONS PRÉOPÉRATOIRES EN VUE D'UNE CHIRURGIE OCULAIRE**

**LES PRÉPARATIFS A L'INTERVENTION**

Si vous portez habituellement :

\* **des lentilles**, il faudra impérativement ne plus les mettre au minimum :

- **3 JOURS AVANT l'intervention pour L'ŒIL À OPÉRER**
- **LA VEILLE de l'intervention pour L'AUTRE ŒIL**

\* **un appareil auditif**, il faudra le retirer avant de rentrer au bloc opératoire, s'il se trouve du même côté que l'œil à opérer. Vous pourrez le replacer normalement dès la fin de la chirurgie.

**Enlever tous vos bijoux et montre.**  
**Rappel: PAS DE MAQUILLAGE NI PARFUM**

**VOUS NE POURREZ PAS CONDUIRE – Prévoir de vous faire raccompagner.**

**DÉROULEMENT DU SÉJOUR EN CLINIQUE**

Vous serez opéré(e) au bloc opératoire en ambulatoire, vous quitterez la clinique en général une heure après l'intervention.

**VOUS DEVEZ PRENDRE IMPÉRATIVEMENT UNE DOUCHE AU DOMICILE**

Le jour de votre intervention, il est important :

- de prendre une douche (une douche est préférable à un bain) avec un savon doux non parfumé et de vous laver les cheveux avec votre shampoing habituel ;
- enlever tout maquillage, vernis à ongle et mascara si cela vous concerne Couper les ongles et les nettoyer ;
- retirer vos bijoux, piercings, montre ;
- utiliser des gants de toilette, des serviettes de toilette et du linge de corps propres, lavés et repassés.

**Tableau III :** Recommandations préopératoires.

**Tableau II :** Modèle de fiche d'admission – hospitalisation.

d'intervention de façon à optimiser les flux patients. Il n'est pas recommandé de convoquer tous les patients à la même heure. La chronologie d'arrivée des patients peut être, dans certains cas, sous la responsabilité de l'établissement d'accueil de la chirurgie qui pourra appeler les patients la veille pour rappeler les recommandations usuelles (jeûne éventuel, douche, etc.) et leur préciser l'horaire de convocation. Les recommandations préopératoires peuvent être remises (**tableau III**). C'est l'occasion de noter que si la douche préopératoire reste justifiée, l'utilisation de la *povidone iodée* n'est plus recommandée (SF2H: mise à jour de la conférence de consensus gestion préopératoire du risque infectieux, octobre 2013 — <https://sf2h.net/publications>).

En postopératoire, le patient aura reçu au sortir de l'établissement de soins ou préalablement l'ensemble des recommandations (**tableau IV**) incluant un numéro d'appel pour joindre le médecin assurant la permanence des soins, son prochain rendez-vous et son ordonnance de traitement. Nous préconisons, lorsque cela est possible, un appel téléphonique au patient ou à ses proches le soir de l'intervention afin de s'assurer de son état et de la compréhension des consignes de suivi ; là encore cet appel, toujours apprécié des patients, peut être assuré soit par le chirurgien directement, soit par son secrétariat ou par l'établissement qui en réfèrent si besoin à l'ophtalmologiste. La consultation à J1 est de moins en moins pratiquée dans les chirurgies déroulées sans anomalie,

Madame, Monsieur,

Vous avez été opéré(e) et venez de quitter l'établissement de santé, ces conseils vous seront utiles.

En plus de cette fiche d'information, votre chirurgien a pu vous remettre les documents suivants :

- rendez-vous de consultation postopératoire ;
- ordonnance postopératoire (*sinon, elle vous sera remise lors d'une consultation le lendemain de l'intervention*).

**NE VOUS INQUIÉTEZ PAS** si, dans les 24 heures après la chirurgie :

- votre œil est plus ou moins rouge, cela est normal ;
- votre œil opéré pleure ;
- votre œil voit trouble ou coloré (souvent rouge, rose, parfois jaune ou bleu) ;
- vous ressentez une impression de grain de sable ;
- l'œil **non opéré** pique le jour et le lendemain de l'intervention.

**PRÉVENEZ VOTRE CHIRURGIEN** si dans les 24 heures après la chirurgie, vous ressentez de fortes douleurs oculaires ou orbitaires, avec d'éventuels vomissements.

### ***Ce que vous devez faire :***

**Respecter les recommandations et les prescriptions de l'ordonnance** remises après l'opération, notamment instiller les collyres postopératoires dès le jour ou le lendemain de la chirurgie.

**Vous présenter aux différents rendez-vous de consultation** qui vous ont été précisés.

### ***Ce que vous pouvez faire :***

- porter des lunettes (peu importe si elles ne sont pas ou plus à votre vue) pour vous protéger d'éventuels traumatismes de l'œil ;
- reprendre une activité normale dans la vie quotidienne. Si vous exercez une activité professionnelle, votre chirurgien vous précisera les conditions de votre reprise d'activité ;
- reprendre la conduite automobile dès que votre vision est restituée (pas avant le lendemain de la chirurgie) ;
- sortir de chez vous, vous déplacer, lire, coudre, regarder la télévision ;
- vous laver les cheveux en évitant de mettre du shampoing dans l'œil opéré ;
- vous pouvez pencher la tête ou vous baisser.

### ***Il est important de :***

- ne pas frotter votre œil ;
- éviter le maquillage pendant 2 semaines ;
- éviter les travaux poussiéreux pendant 2 semaines ;
- **éviter pendant 2 mois environ** la pratique d'activités exposant à un risque de contusion oculaire (certains travaux agricoles, les sports – brutaux ou à grande vitesse) et les efforts physiques violents ;
- éviter l'exposition solaire intense.

Votre ophtalmologiste pourra vous prescrire la correction optique définitive, en général **3 à 4 semaines** après la chirurgie. Jusqu'à cette date, ne vous inquiétez donc pas si votre vision n'est pas tout à fait satisfaisante, notamment pour la lecture.

**Dans les jours suivant la chirurgie, vous devez contacter en urgence votre chirurgien en cas de symptômes pouvant faire évoquer une complication tels que :**

- **baisse de vision** par rapport au lendemain de l'intervention ;
- **douleurs oculaires, douleur à la lumière** ;
- apparition ou augmentation d'une **rougeur** du globe oculaire ;
- **survenue d'un gonflement de la paupière et/ou d'un œil collé.**

En cas d'urgence vous pouvez appeler le cabinet aux heures d'ouverture (00 00 00 00)  
ou le... (numéro de l'établissement hospitalier/clinique) en dehors de celles-ci.

Tableau IV : Exemple de recommandations.

elle peut être décalée de quelques jours. Sa pertinence même fait l'objet de discussions.

## ■ Conclusion

Les évolutions des techniques, la diversité des solutions pouvant être apportées à nos patients, leurs propres demandes et exigences font que la chirurgie de la cataracte est aujourd'hui la première indication de chirurgie réfractive. Ceci justifie et nécessite une organisation adaptée de sa consultation afin de répondre à cette exigence. En contrepartie, la chirurgie de la cataracte devient plus gratifiante non seulement pour le patient mais également pour tous les acteurs du parcours de soin depuis l'ophtalmologiste médical jusqu'au chirurgien, en passant par les orthoptistes et les secrétaires.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- CHATZIRALLI IP, SERGENTANIS TN, KANONIDOU E *et al.* First postoperative day review after uneventful phacoemulsification cataract surgery: is it necessary? *BMC Res Notes*, 2012;5:333.
- ALWITRY A, ROTCHFORD A, GARDNER I. First day review after uncomplicated phacoemulsification: is it necessary? *Eur J Ophthalmol*, 2006;16:554-559.
- TINLEY CG, FROST A, HAKIN KN *et al.* Is visual outcome compromised when next day review is omitted after phacoemulsification surgery? A randomised control trial. *Br J Ophthalmol*, 2003;87:1350-1355.
- TAN JH, NEWMAN DK, KLUNKER C *et al.* Phacoemulsification cataract surgery: is routine review necessary on the first post operative day? *Eye*, 2000;14:53-55.
- Royal College of Ophthalmologists. Cataract surgery guidelines. RCO: London, UK, 2010.
- DAIEN V, LE PAPE A, HEVE D *et al.* Incidence and Characteristics of

Cataract Surgery in France from 2009 to 2012: A National Population Study. *Ophthalmology*, 2015;122:1633-1638.

- CHEN CL, LIN GA, BARDACH NS *et al.* Preoperative medical testing in Medicare patients undergoing cataract surgery. *N Engl J Med*, 2015;372:1530-1538

---

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

# L'organisation de la prise en charge des patients glaucomateux

→ GILLES BOVE, ÉTIENNE ESMENJAUD

## ■ La problématique

### 1. D'un point de vue de l'épidémiologie du glaucome

Le glaucome chronique à angle ouvert est une maladie oculaire potentiellement cécitante et fréquente dans la population française. La prévalence dans la population caucasienne globalement estimée aux environs de 2,6 %, augmente avec l'âge, tout comme l'incidence pour avoisiner et même dépasser les 10 % après 75 ans selon les études. Le taux de glaucome chronique à angle ouvert non diagnostiqué dans cette population est d'environ 50 %.

La maladie est insidieuse, elle peut être longtemps méconnue du patient, car longtemps silencieuse, à l'inverse d'une cataracte, d'un décollement de rétine, d'une uvéite ou de néovaisseaux sous rétiens souvent plus expressifs. Ici les scotomes sont négatifs, sans symptomatologie précoce. C'est d'emblée dire le rôle fondamental de la consultation ophtalmologique pour dépister la maladie.

Le dépistage est cependant difficile car il n'y a pas encore de consensus, en raison entre autre de la balance entre sensibilité et spécificité ; les aspects cliniques peuvent être variés notamment en cas de particularités (myopie, druses, dysversion papillaire...), il est donc indispensable de maintenir l'ophtalmologiste en premier recours de l'examen ophtalmologique, de la prescription de lunettes et des soins, ce qui a été obtenu à grand peine grâce aux combats du SNOF. Le dépistage portera plus spécifiquement sur les

patients à partir de 40 ans, puis systématiquement à partir de 60 ans vu l'augmentation de la fréquence de la maladie.

Le glaucome reste une maladie grave : au terme de leur vie 26 % des patients sont aveugles d'un œil et 15 % des deux yeux ; c'est la première cause de cécité "complète" en France (la DMLA conservant en règle le champ visuel périphérique).

Notre mission est d'aider nos patients à conserver une qualité de vie et une autonomie passant par la meilleure vision utile, le plus longtemps possible, ceci grâce à un diagnostic et un traitement précoces et aussi à travers l'éducation du patient.

### 2. D'un point de vue de la démographie de la population

La population française augmente et vieillit, estimée actuellement à 65 millions d'individus, elle pourrait atteindre 70 millions en 2030. Actuellement, les sujets âgés de plus de 40 ans représentent 51 % de la population, ceux de plus de 60 ans 24,2 %, ceux de plus de 65 ans 19 % et ceux de plus de 75 ans 9,8 % :

Population française	Pourcentage
Sujets de plus de 40 ans	= 51 % de la population
Sujets de plus de 60 ans	= 24,2 % de la population
Sujets de plus de 65 ans	= 19 % de la population
Sujets de plus de 75 ans	= 9,8 % de la population

Ces pourcentages vont évoluer dans les prochaines décennies et laissent entrevoir un nombre de plus en plus important de sujets glaucomateux et par conséquent un besoin théorique de consultations plus important.

### 3. D'un point de vue de la démographie des ophtalmologistes

Le nombre d'ophtalmologistes exerçant en France va probablement diminuer dans les prochaines années pour passer de 5849 en 2013 à moins de 5000 en 2025, ceci malgré l'apport de confrères étrangers et le cumul emploi-retraite de nos aînés. Cette évolution, associée à l'augmentation des besoins, va créer ou accentuer une pénurie déjà installée dans certaines régions.

### 4. D'un point de vue clinique et paraclinique

L'évolution des technologies octroie au dépistage et au suivi du glaucome tout un panel d'examen complémentaires aujourd'hui tout autant indispensables que chronophages. En outre, dans cette maladie silencieuse pour le patient, la relation médecin-malade justifie d'une durée de consultation importante car elle nécessite information et éducation, pour une bonne compréhension de la maladie et des traitements, ceci favorisant l'observance thérapeutique.

L'appréciation de la maladie pourra se faire de manière transversale (l'état clinique d'un patient à un âge donné) et par le suivi longitudinal d'un patient connu de longue date. Le recueil d'informations pertinentes permettant de mettre

### POINTS FORTS

- Le glaucome dont la fréquence augmente reste une maladie cécitante malgré les progrès thérapeutiques.
- L'ophtalmologiste doit rester le premier recours lors de prescription de lunettes et de plainte visuelle.
- Le dépistage n'est pas encore codifié, il importe de veiller à ce que ne sortent pas de nos cabinets des glaucomeux méconnus.
- Tout patient suspect doit faire l'objet d'un bilan afin de préciser ou d'infirmer le diagnostic de glaucome.
- Il est primordial d'apprécier l'évolutivité de la structure et de la fonction pour adapter au mieux la thérapeutique et ses paliers au patient.
- Cette pathologie étant "time consuming", il importe de se faire aider au mieux par une ou 2 orthoptistes lors des consultations dédiées à cette pathologie pour relever le défi futur que constitue la préservation d'une qualité de vue avec l'augmentation de l'espérance de vie.

en évidence d'éventuelles modifications significatives. Tout ce qui peut aider à gagner du temps et à favoriser le recueil des informations est donc le bienvenu.

Le but du traitement est la préservation de la qualité de vie avec de nombreuses inconnues, en particulier l'espérance de vie. L'ophtalmologiste généraliste peut et doit suivre une grande majorité de ses glaucomes mais il est clair qu'une évolutivité rapide chez un sujet assez jeune avec un glaucome déjà avancé doit inquiéter et faire envisager le recours au glaucomatologue.

### Intérêt d'optimiser le secrétariat

Faciliter et optimiser la prise de rendez-vous est un objectif aussi louable que nécessaire pour tout patient et en particulier glaucomeux.

La formation des secrétaires, l'informatisation du cabinet, la prise de rendez-vous par internet sont d'autant d'outils qui permettent de traiter au plus vite une demande de rendez-vous et d'orienter le patient en fonction de la spécificité et des ressources du cabinet :

– soit dans un cabinet "surspécialisé" vers le bon médecin en l'occurrence dans ce cas "le glaucomatologue";

– soit vers une plage d'examen complémentaires (champ visuel, OCT, courbe de pression...);  
– soit une simple consultation.

Une autre mission du secrétariat, tout aussi importante, est de demander aux nouveaux patients de ramener le jour de la consultation tous les documents en leur possession retraçant l'historique de leur maladie (lettre, dossier, compte-rendu opératoire, examens déjà pratiqués...).

Pour les patients suivis au cabinet, il est souhaitable qu'ils repartent avec leur nouveau rendez-vous, le ou les examens complémentaires nécessaires au suivi étant en même temps programmés.

Le rappel de rendez-vous par SMS aide à favoriser l'observance au rendez-vous et à diminuer la perte de temps liée aux rendez-vous non honorés.

### Intérêt du travail aidé dans le glaucome chronique à angle ouvert

Le code de santé publique reconnaît la notion d'assistant(e) ophtalmologiste et rend donc légitime l'aide d'un(e) orthoptiste au-cours de la consultation (loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 (article L.4342-1 alinéa 2); décret

n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 et ses différents articles).

Le champ de compétence des orthoptistes leur permet de réaliser :

- un interrogatoire global et classique avec notamment recherche des facteurs de risques connus de glaucome (antécédents familiaux, facteurs vasculaires);
- tracer l'antériorité et la tolérance des collyres;
- d'évaluer l'observance du patient;
- connaître les antécédents de chirurgie ou de trabéculoplastie;
- recueillir les examens précédents et un éventuel dossier;
- la réalisation de la réfraction avec mesure de l'acuité visuelle ainsi que les examens suivants :

- pachymétrie non contact;
- tonométrie non contact;
- rétinographie;
- tomographie par cohérence optique (OCT).

L'orthoptiste doit être formée à contrôler au mieux la fiabilité des données recueillies (réponse fausse, puissance des signaux, déviation standard...) à proposer examens particuliers (mode FDT ou CV central ou Goldman en fonction du stade de la maladie, du dossier...) et à les intégrer dans la base de données des appareils qui va permettre des analyses de tendance et d'évènements pour apprécier le degré d'évolutivité ou la stabilité.

L'idéal est de pouvoir disposer de 2 orthoptistes, une réalisant les champs visuels, l'autre la pré consultation.

Le gain de temps est évident car le médecin peut se consacrer ainsi à l'interprétation des examens recueillis, à l'examen clinique biomicroscopique, (gonioscopie, profondeur de chambre antérieure, tonométrie par aplanation) à la prescription éventuelle d'autres examens, (UBM, polysomnographie...) suivant les cas.

Il dispose également de plus de temps pour la relation médecin-malade qui évolue à travers les informations médi-

cales plus facilement accessibles (web media, forum associations patients...) pour prendre au mieux en compte les attentes du patient.

La synthèse des éléments détermine le statut du patient, qu'il est souhaitable de noter dans une rubrique, entre sujet normal, à risque, suspect, hypertone à traiter ou pas et vrai glaucome (pré périmétrique, précoce MD < 6 dB, modéré MD < 12 dB, avancé MD > 12 dB), classiquement évolutif au cours du temps.

La synthèse apprécie aussi l'évolutivité et la gravité fonction de l'atteinte et de l'espérance de vie pour préciser le traitement, le rythme et les examens du suivi. Les *guidelines* de l'*European Glaucoma Society* 4<sup>e</sup> Ed précisent "la prise en charge clinique doit être individualisée en fonction du patient, de l'ophtalmologiste traitant et du contexte socio-économique" (très schématiquement contrôle annuel pour les hypertones, suspects, ou glaucomeux modérés bien stabili-

sés, 6 mois le plus souvent pour la plupart des glaucomeux, 3 ou 4 mois en cas de glaucome sévère ou évolutif avec appréciation à chaque fois de la fonction et de la structure si possible).

Il est clair que les obligations de cotations nous limitant (en plus du CV coté en AMY 10.3) à coter 2 actes, le second à la moitié du premier, induit une pénalisation pour cette prise en charge des glaucomeux.

Même si le binôme orthoptiste-ophtalmologiste apparaît aujourd'hui très complémentaire, on estime que seulement 1/3 environ des ophtalmologistes actuellement fonctionne en synergie avec une orthoptiste; cette complémentarité devrait être encouragée pour faire face à la demande sans cesse croissante d'accès aux soins d'ophtalmologie. Reste à espérer qu'une éventuelle pénurie en orthoptistes dans les prochaines années ne constitue pas un frein majeur au développement d'une telle organisation de travail.

## ■ Conclusion

La prise en charge de patients glaucomeux va devenir dans les prochaines années un défi en raison de leur augmentation et du manque probable d'ophtalmologiste. La solution passe entre autre par une optimisation de nos cabinets autant matérielle qu'en personnel pour augmenter le volume et l'efficacité de nos consultations en gardant la qualité. Cette anticipation permettra de limiter au possible les conséquences d'un véritable problème de santé publique lié à cette pathologie qui reste potentiellement cécitante malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques.

---

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

# Défis posés par la prise en charge de la DMLA exsudative aujourd'hui

→ MICHEL DI NOLFO, FRANÇOIS DEVIN

## Épidémiologie de la DMLA en France et problématique organisationnelle

La DMLA est la première cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés.

Selon la méta-analyse de Friedmann, la prévalence de la DMLA (forme atrophique et exsudative) représente moins de 0,5 % avant 65 ans et passe à plus de 15 % après 80 ans [1].

Selon l'INSEE, la population française âgée de 75 ans ou plus sera deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions) avec plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans [2]. Par extrapolation, le nombre de cas de DMLA (atrophique et exsudative) va augmenter en 20 ans de 50 % doublant en 30 ans pour atteindre plus d'1 million de cas [3]. Le nombre limité d'ophtalmologistes en France impose d'adapter nos pratiques à cette problématique de santé publique (fig. 1) [4].

L'amélioration de l'accès aux soins justifiera probablement la généralisation des exercices de groupes mettant en commun les moyens logistiques et technologiques. La connaissance des signes fonctionnels d'appel de la DMLA exsudative doit être largement diffu-

sée auprès des professions médicales (médecin traitant et pharmaciens), des professions paramédicales (incluant les opticiens, infirmières...) et élargie à toute personne impliquée dans les prises de rendez-vous (secrétaires, standardistes...). La consultation aidée est une solution pour répondre à une demande croissante. La délégation de tâches permet de confier les mesures d'acuité visuelle et certains examens d'explorations. Le praticien assurera la synthèse de l'ensemble des éléments permettant un diagnostic précis et proposera un protocole thérapeutique adapté.

L'avènement conjoint des nouvelles techniques d'imagerie et des traite-

ments efficaces et modernes a conduit à une inflation des consultations de contrôle et de nouvelles procédures thérapeutiques (IVT).

Il devient indispensable d'adapter nos centres à cette inflation d'actes nouveaux.

## Les impératifs d'un traitement raisonné de la DMLA exsudative

La charge de travail de notre profession ne doit pas contrarier l'efficacité de la prise en charge de la DMLA exsudative. En effet, les études de vraie vie, quelles que soient les molécules, soulignent les

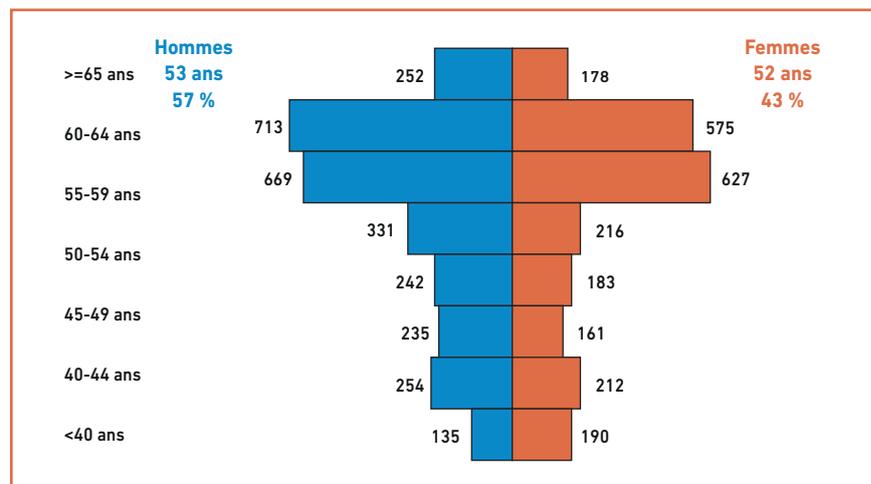


Fig. 1 : Pyramide des âges en ophtalmologie (2009).

**LES POINTS FORTS À RETENIR**

- L'optimisation de la prise en charge d'un néovaisseau choroïdien dans la DMLA quel que soit le schéma retenu doit respecter un calendrier prédéterminé qui s'accommode mal de l'encombrement de nos consultations.
- Notre profession se doit de répondre de façon exemplaire à ce qui est un défi de santé publique en s'organisant.
- Regroupement géographique des moyens techniques, travail partagé ou aidé, personnel formé sont les clés d'un centre efficace et performant améliorant l'accès aux soins des patients et réduisant les délais de prise en charge

difficultés à obtenir des résultats comparables aux différentes études d'enregistrement réalisées dans des protocoles stricts.

Parmi les explications de ces différences, on retiendra en particulier :

- le retard de prise en charge ;
- l'absence de phase d'induction systématique ;
- le suivi sous optimal ;
- les délais séparant la décision thérapeutique du retraitement effectif.

Concernant le retard de prise en charge, un des principaux écueils reste l'accès au standard téléphonique et la réponse adaptée de ce premier contact par un personnel de secrétariat formé à reconnaître les signes d'appel de cette pathologie qui constitue une urgence.

Les réponses types "*premier rendez-vous disponible dans 3 mois*", "*nous ne prenons plus de nouveaux patients*", "*avez-vous déjà été opéré de la cataracte ?*" dans un environnement de démographie médicale défavorable sont inacceptables.

La première consultation n'est pas une simple prise de contact mais doit permettre un diagnostic abouti. Une prise d'acuité visuelle de loin (si possible en échelle ETDRS) et de près, un examen du fond d'œil et un OCT de bonne qualité en abandonnant les vieux appareils *time domain* doivent pouvoir être réalisés dans la même vacation [3].

Un examen angiographique, s'il est nécessaire, doit pouvoir être effectué dans des délais courts avec comme

principe de ne pas différer de façon importante la prise en charge mais également de ne pas méconnaître certains diagnostics différentiels difficiles (vasculopathie polypoïdale, matériel vitellin liquéfié, épithéliopathie rétinienne diffuse...) [3]. L'OCT-angiographie permet fréquemment d'apporter certaines réponses sans pour autant exclure des indications indispensables d'angiographie conventionnelle (angiographie à la fluorescéine et/ou ICG).

La réponse à cette exigence souligne la nécessité d'un partage des tâches qui sera au mieux assuré par le travail aidé et les modes d'exercice en association (cabinets de groupe).

À l'issue de cette consultation, une fois l'indication du traitement posé, celui-ci doit se faire dans des délais courts. Les recommandations de l'HAS préconisent une initiation de traitement à moins de 10 jours suivant le diagnostic [3].

Les résultats des études de vraie vie confirment une amélioration progressive des délais entre consultation et premiers traitements.

Les avantages confirmés en termes de résultats fonctionnels d'une phase d'induction complète permettent d'optimiser la prise de rendez-vous en planifiant dès la première consultation la suite du traitement et les contrôles.

Ce schéma simple doit rester suffisamment souple pour pouvoir recevoir à sa demande, un patient qui noterait une évolution anormale.

Pour les consultations de surveillance, l'examen doit être suffisamment complet pour évaluer la réponse au traitement et éviter un sous-traitement aux conséquences fonctionnelles lourdes.

Chaque consultation doit comprendre une évaluation de l'acuité visuelle et un examen morphologique rétinien par OCT. La possibilité d'associer des compléments angiographiques doit être organisée.

Quel que soit le mode de traitement retenu, le calendrier des rendez-vous de contrôle ne doit pas autoriser de déviance supérieure à 7 jours par rapport aux dates programmées.

### Où pratiquer les traitements par injections intravitréennes (IVT) [3] ?

L'IVT peut être réalisée au bloc opératoire ou en salle dédiée dans un établissement de santé ou dans un cabinet médical.

Cette salle dédiée répond aux caractéristiques suivantes :

- pièce aux murs et sols lisses, non encombrée, bien éclairée, avec un bio nettoyage des surfaces horizontales avant le début de chaque séance d'injection ;
- il convient de limiter les turbulences aériennes dans la salle dédiée en maintenant fenêtres et portes fermées ;
- disponibilité de produit hydro-alcoolique, de collecteurs adaptés aux déchets d'activité de soins à risque infectieux et d'aiguilles.

Bien que le risque de survenue de réactions anaphylactiques soit rare, l'opérateur doit avoir à disposition le matériel d'urgence de réanimation [3]. Parmi les facteurs qui influencent le choix du lieu, seront à prendre en compte : les contraintes de lieu, l'adaptation du flux patient, la disponibilité du personnel et l'accès à un établissement de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Prevalence of Age-Related Macular Degeneration in the United States - The Eye Diseases Prevalence Research Group. *Arch Ophthalmol*, 2004;122:564-572.
2. INSEE Première, Projections de population à l'horizon 2070 ;1619;2016.
3. Rapport HAS Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique – Argumentaire scientifique, 2012.
4. Académie Française d'Ophtalmologie, Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 - Projections des départements, Besoins en nouveaux ophtalmologistes, Aspects nationaux et régionaux, Professions paramédicales associées et coopérations ; Travail préparé par la Commission Démographie et Santé Publique du SNOF, Rapporteur Dr Thierry BOUR ; Mars 2011.

---

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

# Le diabète

→ PASCALE MASSIN, LOÏC PINSARD

L'évolution prévisible de la prévalence de la rétinopathie diabétique (RD) en France est opposée à celle de la démographie des ophtalmologistes. Sa prise en charge représente un challenge dans les prochaines années, que ce soit du dépistage à la gestion des cas les plus complexes. L'arrivée salvatrice des anti-œdémateux intravitréens a fait aussi de l'œdème maculaire diabétique (OMD) une pathologie redondante au quotidien à l'instar de la DMLA. L'imagerie multimodale améliore la spécificité de prise en charge mais doit cependant être organisée pour conserver la fluidité de la consultation.

## ■ Un enjeu épidémiologique

### 1. Le diabète

La prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est

passée de 4,7 % en 1980 à 8,5 % en 2014 [1]. En France, le pourcentage de la population générale (tous régimes d'assurance maladie confondus) prenant un traitement médicamenteux pour leur diabète en 2012, 2013 et 2015 a été respectivement de 4,6 %, 4,7 % puis 5 %, soit plus de 3,3 millions de personnes traitées [2,3]. En 2014, 85 % de la population française était sous le régime général dont 5,3 % de patients diabétiques. L'augmentation de la prise en charge à 100 % pour ALD reflète l'augmentation probable de l'incidence du diabète. En 2015, 2 473 910 de Français étaient en ALD pour diabète (Source AMELI : CNAMTS-DSES). Le nombre de personnes diabétiques âgées de 75 ans et plus en France atteint 26 % (1 sur 4), il s'agit de la tranche d'âge où la prévalence du diabète est maximale. En 2025, les personnes âgées représenteront un quart de la population française [3].

L'augmentation de la prévalence du diabète devrait se poursuivre, du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'augmentation de la prévalence de l'obésité mais aussi de l'amélioration du dépistage du diabète. Une personne diabétique sur cinq n'était pas diagnostiquée il y a 10 ans [4]. Le nombre des personnes diabétiques en France est passé de 1,6 à 2,9 millions en 2010, auquel s'ajoutaient presque 700 000 diabétiques dont le diabète était ignoré [5] (fig. 1).

La majorité de ces personnes sont diabétiques de type 2 non insulino-dépendantes (76 %). Elles représentent 92 % des cas de diabète traité. Le diabète de type 1 représente 6 % des cas de diabète traité (fig. 2).

Il existe aussi une disparité socio-économique et géographique de la prévalence et de l'incidence du diabète : celles-ci sont plus élevées dans les DOM et cer-

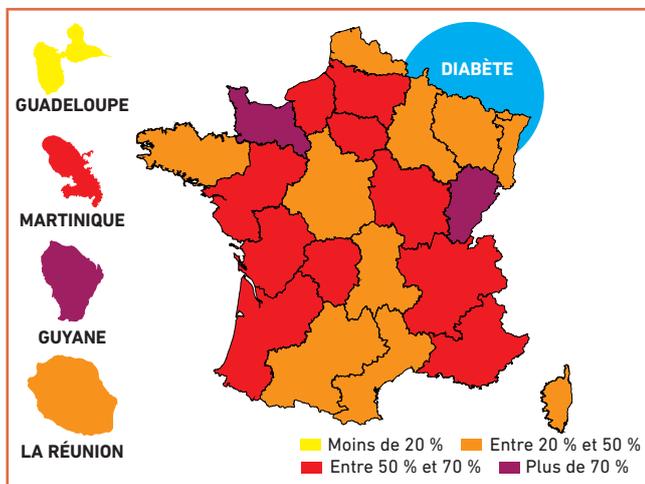


Fig. 1 : Évolution du nombre de nouveaux cas de diabétiques entre 2003 et 2011, région par région. Source Ameli.fr, patients admis dans le dispositif ALD [6].

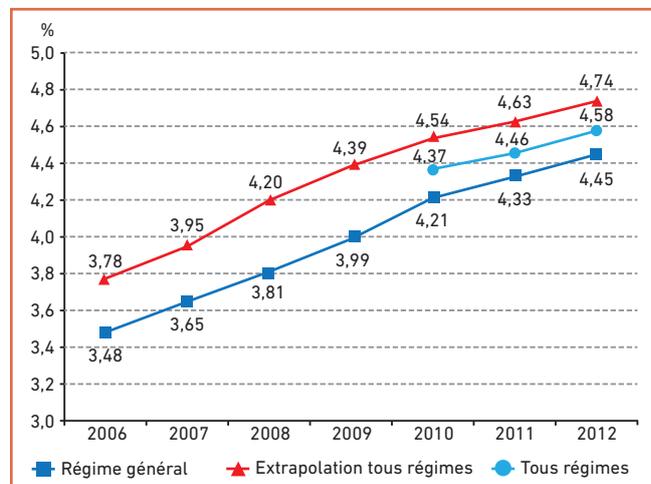


Fig. 2 : Évolution de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 2006 à 2012 en France [2].

tains départements de métropole (Nord, Nord-Est et certains départements d’Ile-de-France) ainsi qu’en présence d’un niveau socio-économique moins favorisé pour certaines professions.

## 2. La rétinopathie diabétique et l’œdème maculaire

L’ancienneté du diabète, l’hyperglycémie chronique, l’hypertension artérielle (HTA), le tabagisme, favorisent la survenue de la RD. Celle-ci est la 5<sup>e</sup> cause de cécité dans le monde [7]. D’après une méta-analyse récente, la prévalence de la RD dans la population diabétique mondiale tous stades confondus est de 34,6 %, celle de la RD proliférante (RDP) 6,96 %, de l’OMD 6,81 %, et de la RD menaçant la vision 10,2 % [8] (**fig. 3**).

En France, peu de données sont disponibles. La prévalence de la RD en population diabétique est estimée entre 7,9 % (prévalences déclarées) et 25-31 % (prévalences observées) [9].

L’incidence cumulée de la RD est de 5,3 % à 1 an et 30,5 % à 5 ans chez les diabétiques de type 2 pour tous les stades de RD ; 0,3 % à 1 an et 3,9 % à 5 ans pour les formes menaçant la vision (étude Royaume-Uni, 1991-1999).

## 3. Épidémiologie des ophtalmologistes, offre de soin

La loi de santé publique 2004 avait fixé pour objectif que, en 2008, 80 % des personnes diabétiques bénéficient des examens recommandés pour la surveillance du diabète et ses complications. Les estimations calculées par le SNIIRAM (Système National d’Information Inter

régimes de l’Assurance Maladie) en 2013, confirment l’absence d’évolution du dépistage de la RD depuis 2001 alors que les suivis biologique, cardiologique et dentaire se sont améliorés. Dans cette étude, 40 % des patients diabétiques n’avaient pas vu d’ophtalmologiste depuis 2 ans, (à noter que le contenu de la consultation d’ophtalmologie n’était pas précisé) [3] (**fig. 4**).

Les ophtalmologistes sont de moins en moins nombreux, souvent surchargés par la prise en charge des autres pathologies oculaires d’une population vieillissante [11] avec une évolution contrastée suivant les régions (**fig. 5**). Actuellement, il existe 5 927 ophtalmologistes dont 64,1 % de libéraux, 20 % en activité mixte, et 15,9 % salariés [12,13].

Les recommandations de la HAS [9] et le travail du SNOF permettent d’améliorer les conditions de dépistage de la RD en s’appuyant sur le protocole de coopération ophtalmologiste/orthoptiste. La prise en charge des transports ou la télétransmission permettent de pallier la disparité géographique de la densité médicale. L’accessibilité financière pour le patient est étendue grâce aux dispositifs de CMU, ACS, et ALD30. Le principe de parcours de soin centré autour du médecin référent (MR), puis la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pour le MR favorise le dialogue interprofessionnel, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Soutenues par les pouvoirs publics depuis 2005, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) s’organisent et maintiennent une offre de soins dans les zones rurales désertifiées. Elles ont la particularité d’améliorer la qualité et l’efficacité des soins pour le patient grâce

à une meilleure coordination entre professionnels.

L’accessibilité à l’information du patient s’améliore aussi : campagnes d’affichage du ministère de la santé, des laboratoires pharmaceutiques, des associations de patient, Journée mondiale du Diabète, de la Vue. Le service Sophia mis en place par l’assurance maladie permet d’aider le patient inscrit, dans son parcours de soin en le contactant directement...

## ■ Le dépistage

### 1. Les enjeux

Le standard du dépistage de la RD est la photographie du fond d’œil, ou à défaut l’examen du fond d’œil après la dilatation pupillaire dans un cabinet d’ophtalmologie par le médecin lui-même ou en collaboration avec l’orthoptiste (Recommandations Société Française du Diabète 2016, HAS 2007, 2010 [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Le patient est adressé par son MR, endocrinologue. Des plages de consultations dédiées sont ouvertes dans l’agenda en ligne et accessibles par les professionnels de santé grâce à un code “Interpro” ou alors le rendez-vous peut être pris téléphoniquement par le patient.

Cependant, chaque stratégie de dépistage s’adresse à une population ciblée et varie selon les spécificités régionales : démographie médicale locale, prévalence régionale du diabète, extension géographique.

L’objectif dans les zones désertifiées est de :  
– réduire les délais en se faisant aider par les professions paramédicales et en utilisant la télétransmission des données médicales ;

Troubles	Prévalence (en millions)				Évolution 2000/2020	Commentaires
	2000	2010	2020	2025		
Rétinopathie Diabète	0,5 1,5	0,8 2,5	1 3	1,16 3,5	+100 %	Chiffres sous-estimés en raison de l’augmentation de l’obésité (source CNAMTS – point de repère octobre 2006)

Fig. 3 : Estimation de l’évolution de la prévalence de la RD entre 2000 et 2025 [10].

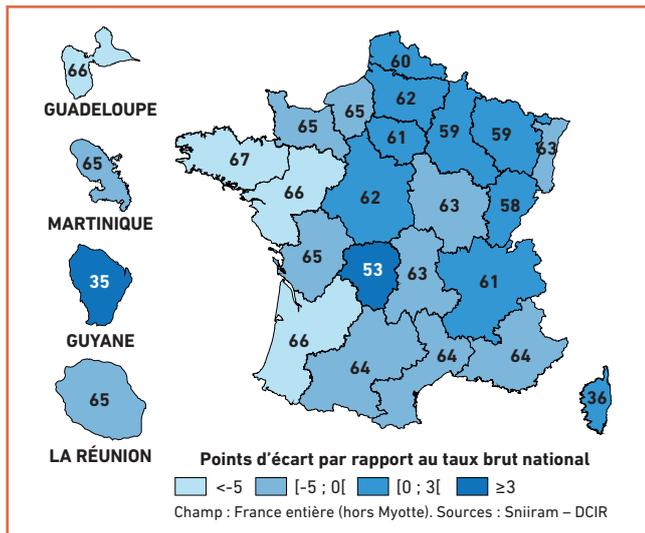


Fig. 4: Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement bénéficiant du suivi clinique recommandé (≥1 consultation ophtalmologique tous les 2 ans) selon la région, France entière, 2013 [3].

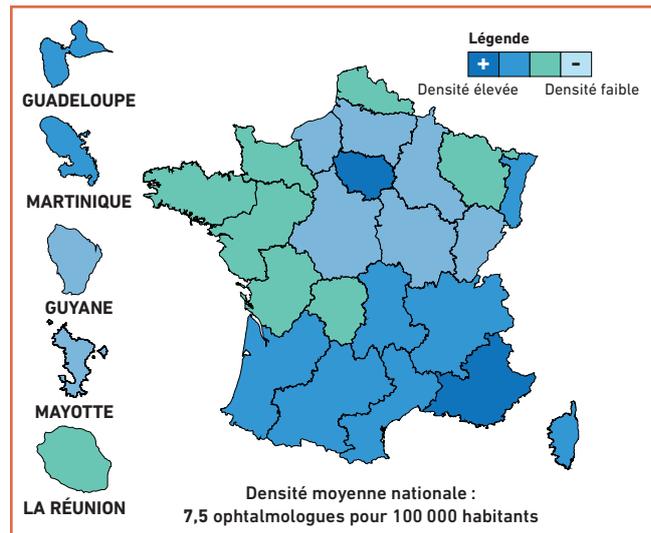


Fig. 5: Densité des médecins spécialistes en ophtalmologie par régions en 2016 [13].

- conserver une bonne sensibilité et spécificité de l'examen de dépistage;
- conserver une bonne acceptabilité de l'examen (non mydriatique);
- rendre le dépistage accessible à la population cible.

## 2. Les recommandations

Depuis 2013, l'Assurance Maladie prend en charge une nouvelle modalité de dépistage basée sur la coopération entre un orthoptiste libéral formé à la réalisation de rétinographies et un médecin lecteur qui effectue une lecture différée hors présence du patient [9]. Elle concerne les patients diabétiques âgés de moins de 70 ans, et sans rétinopathie diabétique connue. Le rythme de dépistage de la RD doit être annuel, sauf chez les patients diabétiques non insulino dépendants sans RD, chez lesquels les objectifs glycémiqes et tensionnels, un dépistage tous les 2 ans peut être suffisant.

## 3. Les moyens, un nouveau parcours de soin.

Le MR prescrit une ordonnance de réalisation de photographies du fond d'œil,

et recueille le consentement éclairé du patient pour ce type de dépistage. Il remet également au patient, les informations médicales recommandées par la HAS pour faciliter l'interprétation de ses clichés (taux d'HbA1c, antécédent d'HTA, type et ancienneté du diabète). Pour rappel, l'indicateur "surveillance du fond d'œil" chez le patient diabétique fait partie des indicateurs de la ROSP des médecins traitants. L'acte de lecture différée du médecin lecteur est intégré au calcul de cet indicateur.

L'orthoptiste libéral (formé au dépistage) réceptionne l'ordonnance et les éventuelles informations médicales (données cliniques) du patient fournies par le médecin prescripteur, s'assure du consentement du patient sur les modalités de transmission des données à l'ophtalmologiste, réalise deux clichés numériques de chaque œil conformément aux recommandations de dépistage 2010 [9,14], il recueille les données administratives du patient nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste lecteur, et les coordonnées du patient et du prescripteur pour l'envoi du compte rendu. Il transmet à l'ophtalmologiste dans un délai de 48 heures, l'ensemble de ces

données sous forme numérique : rétinographies, données administratives de facturation, coordonnées de transmission du compte rendu d'examen, informations médicales si communiquées par le prescripteur et éventuellement, un texte libre de compte rendu de son intervention. En cas de transmission électronique, les données doivent être sécurisées. Elles sont conservées par l'orthoptiste pendant une durée maximale de 30 jours après leur transmission au médecin lecteur. Il y a dispense d'avance de frais pour le patient, la valorisation de cet acte est "rétinographie avec télétransmission 6,7AMY (17,42 €) avec ou 6,1AMY (15,86 €) sans télétransmission.

L'ophtalmologiste réceptionne les données médicales et administratives transmises par l'orthoptiste, il interprète les clichés dans un délai de 7 jours ouvrables après acquisition des données, rédige le compte rendu de l'examen à destination du médecin prescripteur et du patient. Enfin, il indique si besoin la nécessité d'orientation vers un ophtalmologiste en cas de rétinopathie avérée. La valorisation de cet acte correspond au code "BGQP140": lecture différée

d'une rétinophotographie en couleur, sans la présence du patient (11,30€) de la CCAM (*fig. 6*). Le compte rendu d'examen peut être adressé au médecin prescripteur par messagerie cryptée. À défaut, il sera transmis par courrier, comme pour la transmission du compte rendu au patient.

Ce principe de dépistage en coopération est défini par un décret en Conseil d'État du 16/12/2014 qui prévoit principalement : l'autorisation de traitement des données à caractère personnel, la mise en conformité avec la réglementation de la télémédecine au code de santé publique, une exemption de la signature de la feuille de soins par l'assuré ou bénéficiaire pour l'acte de lecture différée.

Au préalable, les acteurs de cette coopération doivent réaliser une déclaration d'intention de pratiquer cette modalité de dépistage auprès de l'organisme d'assurance maladie ainsi qu'une déclaration CNIL d'engagement de conformité du traitement des données à caractère personnel.

En 2015, cette mesure n'a pas encore permis d'améliorer le dépistage. 0,7 % du budget alloué à cette mesure a été consommé, seulement 1 % des diabétiques en ont bénéficié (T. Bour, président du SNOF, SFO 2016). Une des raisons est l'absence d'outil permettant la récupération automatique des données de la Carte Vitale des patients, leur transmission et la facturation à distance par l'ophtalmologiste. Actuellement, tout doit se faire par saisie manuelle, ce qui peut être source d'erreur, et surtout est chronophage, rendant l'acte de lecture à distance peu attractif pour l'ophtalmologiste.

## La prise en charge de la rétinopathie diabétique

### 1. Les enjeux

L'organisation du centre doit concilier les exigences de qualité et d'efficacité de prise en charge du plus grand nombre de

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
BGQP140	<p><b>Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient</b></p> <p>À l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection (BGQP007);</li> <li>– rétinographie en lumière bleue avec analyse des fibres optiques (BGQP009)</li> </ul> <p>Indication : dépistage de la rétinopathie diabétique d'un patient diabétique de moins de 70 ans</p> <p>Conditions de réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rythme de réalisation;</li> <li>– tous les 2 ans, chez les diabétiques non insulino-traités, avec hémoglobine glyquée et pression artérielle équilibrées;</li> <li>– au début de la grossesse puis tous les 3 mois et en <i>post-partum</i> pour la femme enceinte diabétique, hors diabète gestationnel;</li> <li>– annuel dans les autres situations.</li> </ul> <p>Source : recommandations de la Haute Autorité de Santé [HAS] de décembre 2010 sur le dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond de l'œil;</p> <p>– modalités techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lecture d'au moins 500 rétinographies de patients diabétiques pas an;</li> <li>– lecture dans un délai de 7 jours ouvrables, après réalisation;</li> <li>– transmission du compte rendu au médecin prescripteur, au médecin traitant et au patient indiquant, le cas échéant, la nécessité d'orientation à un ophtalmologiste :</li> <li>– dans un délai inférieur à 2 mois pour les patients ayant une rétinopathie diabétique non proliférante modérée ou sévère, ou une maculopathie;</li> <li>– dans un délai inférieur à 2 semaines pour une rétinopathie diabétique proliférante.</li> </ul> <p>Source : rapport d'évaluation de la Haute autorité de Santé [HAS] sur l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil de juillet 2007.</p> <p>Facturation : cet acte de lecture s'intégrant dans un dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique, il ne peut pas être facturé avec une autre prestation d'ophtalmologie dans le même temps, sauf urgence.</p>	1	0

Fig. 6 : Cahier des charges de l'acte BGQP140 [15].

patients. Cela commence par l'accueil du patient dans un délai adapté à la sévérité, par un praticien concentrant son activité et son développement professionnel continu dans les pathologies vitréorétiniennes. L'acceptabilité du suivi passe par la limitation du nombre de consultations et le temps d'attente chez des patients fatigués, dont le transport est souvent

pris en charge par la sécurité sociale. L'organisation dans le cabinet doit optimiser la multiplicité des examens en reposant sur la coopération synergique du couple orthoptiste/ophtalmologiste. Le codage des actes multiples peut être mis en œuvre pour la pérennité financière du centre et de l'assurance maladie (réduction du nombre de bons de transport).

**POINTS FORTS**

- Entre 2000 et 2020, le nombre de diabétiques mais aussi de rétinopathies diabétiques devrait doubler, dans la même période, le nombre d'ophtalmologistes partant à la retraite est maximum.
- La RD est fréquente, cette pathologie insidieuse est d'autant plus traitable qu'elle est prise en charge tôt. Son dépistage devient un objectif de santé publique, à organiser en ophtalmologie libérale (64 % des ophtalmologistes).
- Les progrès pharmaceutiques dans la prise en charge de l'OMD, ont eu pour corollaire une redondance des consultations à l'instar de la DMLA. L'organisation des centres d'ophtalmologie pour accueillir et traiter, en temps acceptable, le plus grand nombre de patients est un enjeu de santé publique.
- La synergie orthoptiste/ophtalmologiste est la pierre angulaire de cette organisation, permettant de conserver la fluidité de la consultation, tout en offrant un service d'imagerie multimodale et de traitements personnalisés.
- Le codage multiple des actes permet d'assurer une pérennité économique à la fois pour la CNAM et pour les cabinets d'ophtalmologie.
- Les prochaines évolutions technologiques et pharmaceutiques nous aideront à simplifier les prises en charge et les suivis. La libération de nos agendas permettra la prise en charge de nouveaux patients. Comme disait Shuzo Kuki, "Il faut imaginer Sisyphe heureux".

**2. Les recommandations**

Une RD doit toujours être suivie en concertation pluridisciplinaire avec le MR. Le traitement de l'OMD a fait l'objet de recommandations récentes, même si les pratiques évoluent à la même vitesse que les publications scientifiques [16]. En ce qui concerne la RD, la fréquence de suivi recommandée est annuelle en cas de RD non proliférante (NP) minime, puis tous les 4 à 6 mois en cas de RDNP modérée à sévère. La surveillance peut être plus rapprochée en fonction des paramètres métaboliques et pressionnels, d'un contexte de grossesse, d'adolescence ou de chirurgie. La panphotocoagulation rétinienne (PPR) est indiquée en cas de RD proliférante à un rythme adapté au degré de sévérité.

**3. Les moyens****>>> Accueil du patient**

Des plages de consultation "diabète" sont ouvertes dans l'agenda en ligne et accessible par les professionnels de santé grâce à un code "Interpro" ou alors le rendez-vous peut être pris téléphoniquement par le patient. Une plage parallèle "OCT" ou "Rétinographie" ouverte au même

moment permet de déléguer un orthoptiste supplémentaire, disponible pour la réalisation des examens complémentaires.

Les urgences chirurgicales de RD peuvent être jugulées par un service "SOS Rétine", consistant à la possibilité de joindre en direct le chirurgien de segment postérieur d'astreinte.

**>>> Organisation de la consultation – synergie orthoptistes/ophtalmologiste**

La secrétaire d'accueil scanne les documents administratifs, le protocole de prise en charge des transports, des résultats biologiques du patient. Ensuite, l'orthoptiste "Binôme" réalise l'interrogatoire, l'examen de vue et oriente vers l'orthoptiste "Actes techniques" pour les examens complémentaires. Le protocole d'examens est prédéfini par le médecin (cahier de protocoles, formation des orthoptistes) ou spécifié lors de la consultation précédente (exemple : "Faire acuité visuelle + cliché en auto fluorescence + rétinographie couleur + OCT maculaire" inscrit dans le dossier à la fin d'une séance de laser focal). L'ophtalmologiste réalise l'examen clinique, la synthèse des examens, la prise de décision et l'information du patient.

La secrétaire de programmation organise le protocole de traitement et les prochains RDV.

Pour optimiser au maximum la venue du patient, de plus en plus de centres proposent l'acte thérapeutique (injection intra-vitréenne ou laser) et l'interprétation d'examen dans une seule unité de lieu et de temps (exemple : logiciel viewer de l'OCT dans la salle d'IVT).

**>>> Codage multiple des actes**

Le cumul est limité pour les actes techniques à deux actes dans le même temps, 50 % (code 2) pour l'honoraire le moins élevé. Si pour des raisons médicales et/ou dans l'intérêt du patient, le médecin réalise des actes indépendants, de techniques différentes, à des moments discontinus de la même journée, et qu'il les facture à taux plein (code 5 de la CCAM, Article III-3.B.2.h du livre III de la CCAM), il doit le justifier dans le dossier médical du patient tenu à la disposition des contrôles CCAM. L'obligation est de soigner dans "la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins" (Article L.162-2-1 du code de SS, D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique). Les raisons médicales seraient que les conclusions du premier examen motivent le second, avec la nécessité médicale de faire le deuxième examen dans un temps rapproché (exemple : OCT aux 2 yeux et angiographie en cas de présence d'un œdème maculaire, ou OCT aux 2 yeux et IVT aux 2 yeux). Cela peut aussi être dans l'intérêt du patient pour des raisons diverses (mobilité réduite, besoin d'un VSL avec importante distance entre domicile et la structure de soin, état psychologique du patient faisant craindre un non suivi si tout n'est pas fait dans la journée).

**>>> Avancées scientifiques, technologiques, pharmaceutiques**

Dans le cadre de l'OMD, les différents protocoles et galéniques permettent d'alléger la prise en charge. En ce qui

concerne la prise en charge de la RD, les lasers multispots permettent de réaliser la PPR en seulement 1 à 3 séances avec une efficacité identique au laser standard [17,18], et donc un coût moindre pour l'Assurance Maladie. Les traitements pour l'OMD ont pour bénéfice secondaire de pouvoir retarder la PPR (autant de rendez-vous en moins).

Même si l'angiographie en fluorescéine reste essentielle pour analyser le plexus capillaire des OMD et la gradation de la RD [19], l'OCT-angiographie au cabinet permet de donner des informations suffisantes en un temps réduit dans certains cas (ischémie de la maille capillaire), ce qui peut éviter le transport supplémentaire d'un patient fragile.

La rétinographie et/ou angiographie grand champ permettrait en un seul cliché d'évaluer les territoires de non perfusion et l'évolutivité de la RD [20], un gain de temps considérable pour le couple orthoptistes/ophtalmologiste.

L'essor de la chirurgie vitréorétinienne mini-invasive permet de traiter couramment les patients en ambulatoire avec une anesthésie sous-ténonienne ou loco-régionale, ce qui rend la prise en charge plus légère et moins coûteuse respectivement pour le patient et pour l'Assurance Maladie [21]. En 2016, le nouveau GHS 470 permet une valorisation pour l'établissement, de l'acte de chirurgie introrétinienne associé à une chirurgie de la cataracte.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport Mondial sur le diabète - Genève, 2016.

2. MANDEREAU-BRUNO L DP, FAGOT-CAMPAGNA A, FOSSE-EDORTH S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd*, 2014;493-499.
3. FOSSE-EDORTH S M-BL. Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France, en 2013. *InVS Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015;645-654.
4. FAGOT-CAMPAGNA A RI, FOSSE S, ROUDIER C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - Synthèse épidémiologique. *INVS*, 2010.
5. InVS. BEH, 2010;42-43.
6. MALAURIE G. Cancer, diabète, AVC, les maladies région par région. *Nouvel Obs*, 2013.
7. BOURNE RR, STEVENS GA, WHITE RA *et al*. Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2013;1:e339-349.
8. YAU JW, ROGERS SL, KAWASAKI R *et al*. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 2012;35:556-564.
9. HAS. Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil - Synthèse et recommandations. Recommandations en santé publique. 2010;www.has-santé.fr.
10. BOUR T. Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 - SNOF. Académie Française d'Ophtalmologie, 2011.
11. LÉON O GP. Projections régionales de la population à l'horizon 2030. INSEE Première. 2006;1111.
12. RPPS. Répertoire partagé des professionnels de santé, 2016.
13. Source DREES C. Chiffres clés ophtalmologiques. <http://www.profilmedecinfr/>, 2017.
14. MASSIN P, MOTY-MONNEREAU C. Interprétation des photographies du fond d'œil suite à une rétinographie avec ou sans mydriase. HAS, 2007.
15. Décision du 17 décembre 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assur-

ance maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 2014.

16. MASSIN P, BAILLIF S, CREUZOT-GARCHER C *et al*. Fiche d'information aux médecins: traitement de l'œdème maculaire diabétique. *JFO*. 2015;<http://dx.doi.org/10.1016/j.jfo.2015.08.002>.
17. MUQIT MM, MARCELLINO GR, HENSON DB *et al*. Single-session vs multiple-session pattern scanning laser panretinal photocoagulation in proliferative diabetic retinopathy: The Manchester Pascal Study. *Arch Ophthalmol*, 2010;128:525-533.
18. ALASIL T, WAHEED NK. Pan retinal photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy: pattern scan laser versus argon laser. *Curr Opin Ophthalmol*, 2014;25:164-170.
19. COUTURIER A, MANE V, BONNIN S *et al*. Capillary Plexus Anomalies in Diabetic Retinopathy on Optical Coherence Tomography Angiography. *Retina*, 2015;35:2384-2391.
20. SUN JK, AIELLO LP. The Future of Ultrawide Field Imaging for Diabetic Retinopathy: Pondering the Retinal Periphery. *JAMA Ophthalmol*, 2016;134:247-248.
21. CREUZOT-GARCHER C, AUBE H, CANDE F *et al*. Vitreoretinal outpatient surgery: clinical and financial considerations. *J Fr Ophtalmol*, 2008;31:871-876.

Les auteurs ont déclaré exercer des fonctions de consultants pour les laboratoires Novartis, Allergan et Bayer.

# L'imagerie

→ MATÉ STREHO, DIDIER HOA

L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de l'imagerie en ophtalmologie et de mettre par écrit les problématiques que cela soulève. Pour y répondre, nous avons réfléchi sur l'utilisation de l'imagerie dans notre spécialité. Ces questions (et parfois réponses) peuvent intéresser tout ophtalmologiste exerçant en activité libérale ou hospitalière, qu'il soit déjà installé ou en cours d'installation ou de modification de son mode d'exercice. Nous avons réalisé un état des lieux de l'imagerie pour déterminer les contraintes à anticiper. L'objectif principal étant la prise en charge la plus optimale possible de nos patients.

## ■ État des lieux de l'imagerie

Nous avons, contrairement à certaines spécialités, la chance d'avoir des techniques d'imagerie utiles, voire indispensables pour le diagnostic, la thérapeutique et le suivi des patients. Ces techniques connaissent un essor important et nous assistons à des (r) évolutions des appareils en moyenne tous les 5 ans (exemple : OCT depuis le *time domain*, *spectral domain* et OCT-angiographie). De plus, l'imagerie ophtalmologique est et restera probablement aux mains des ophtalmologistes car trop spécifique.

Même si la clinique est au cœur de nos diagnostics, nous voyons que les techniques d'imagerie sont indispensables pour apporter des diagnostics plus précis et plus précoces. Il s'agit donc d'une partie limite entre l'ophtalmologie et la radiologie. Cela impose à l'ophtalmo-

logue d'avoir une connaissance des différentes techniques (principes, avantages, inconvénients, limites et contre-indications). À ce jour, il n'existe pas un appareil unique remplaçant la totalité des appareils d'imagerie, même si l'OCT semble être l'appareil le plus indispensable à notre exercice. Il faudra donc savoir faire l'acquisition, interpréter des techniques d'imagerie pouvant aller de l'analyse d'un film lacrymal à l'analyse de l'activité électrique de la rétine en passant par les mesures des aberrations oculaires ou une échographie du segment antérieur et/ou postérieur.

Clairement, nous ne pouvons pas tout avoir et savoir tout faire à moins d'exercer une activité exclusivement dédiée à cela. Les contraintes sont nombreuses et ainsi il convient de les anticiper : principalement le prix (variable de 5 000 à 150 000 euros), la place, le temps de l'examen et de l'interprétation, l'encombrement de la consultation et la cotation.

## ■ Imagerie classique

Nous distinguons principalement les examens dits "classiques" comme le champ visuel, la rétinographie ou encore l'OCT. Ces examens sont connus et utilisés de pratiquement tous. Souvent, lorsque nous commençons à les utiliser, ils deviennent rapidement indispensables.

Les contraintes liées à ces examens étant que le volume est sans limite car le plus souvent auto-prescrit. L'encombrement de la consultation va donc au détriment

du temps de consultation et/ou du temps chirurgical. Il convient également d'être en adéquation en fonction du volume, du prix des appareils et de la cotation car en découlent le temps d'amortissement des appareils et leur niveau de rentabilité. Rajoutons à cela une période d'instabilité des cotations avec un risque permanent de décotations des actes. Très récemment, les actes radiologiques ont été décotés de 10 à 20 % sans aucune concertation laissant les cabinets de radiologie dans des situations préoccupantes [1].

Enfin, la partie pratique de l'imagerie pose de nombreuses problématiques sur le parc informatique, la mise en réseau, la sauvegarde et le (double) stockage des données. Ne pas oublier également le risque de panne et donc de prévoir un plan de sauvegarde (exemple : panne d'OCT avant une consultation pleine de suivi de glaucome ou de DMLA...).

## ■ Imagerie spécialisée

Les techniques d'imagerie spécialisées intéressent des pathologies ou des patients plus rares. Nous pouvons citer l'exemple de l'échographie ou encore la microscopie spéculaire nécessitant une courbe d'apprentissage et une utilisation fréquente de la technique pour en maîtriser les subtilités. Certains examens peuvent être opérés dépendant ou non délégués. La demande est moins importante et parfois la faible cotation en limite la vitesse d'amortissement ou le seuil de rentabilité.

## ■ Place de l'imagerie

La place de l'imagerie concerne principalement le diagnostic. L'imagerie est amenée à prendre une place importante dans la partie thérapeutique (exemple : laser assisté par angiographie, chirurgie de la cataracte assistée par réalité augmentée, chirurgie vitréorétinienne assistée par OCT...).

L'imagerie permet de confirmer le diagnostic clinique, de le documenter avec une valeur médico-légale, d'orienter le traitement et de suivre l'évolution à court, moyen et long terme. Il convient également de déterminer le délai optimal pour la réalisation et l'interprétation des différents examens (places sans urgences, places d'urgences).

Nous avons listé, de manière non exhaustive, les appareils pouvant rentrer dans la pratique d'un ophtalmologiste : segment antérieur (topographes, aberromètres, pachymètres, caméra Scheimpflug, OCT de segment antérieur ou module antérieur, UBM, laser *flare-meter*, OQAS, ORA, microscopie confocale et analyse du film lacrymal...), segment postérieur (OCT, rétinographes, angiographes, échographes...), autres (biométrie, champ visuel, optique adaptative, lasers, électrophysiologie...). Les spécificités des techniques d'imagerie seront également traitées dans les différents chapitres par pathologies.

## ■ Pistes de réflexions

Pour la partie imagerie, il convient de déterminer pour chacun l'activité ophtalmologique souhaitée. Les appareils ainsi que la place de l'imagerie dépendront du type d'activité générale ou spécialisée, médicale ou chirurgicale, pédiatrique ou non... En cas d'activité chirurgicale prépondérante, la place de l'imagerie pourra être déléguée ou limitée aux examens de dépistage ou d'assistance à la chirurgie (exemple : topographes, biomètres, OCT en cas de chirurgie de cataracte). Il faut

### POINTS FORTS

- Les techniques d'imagerie sont utiles, voire indispensables, pour le diagnostic, la thérapeutique et le suivi des patients.
- Déterminer pour chacun son activité ophtalmologique propre.
- Anticiper l'évolution des techniques et leurs champs d'indications.
- Ne pas négliger le temps passé pour se former à une nouvelle technique sur la partie acquisition mais également interprétation.
- L'activité d'imagerie exigera un réseau informatique.
- Ne pas oublier le rôle médico-légal de l'imagerie.
- La partie prise de RDV est capitale.
- Le travail aidé permet d'envisager l'imagerie au mieux.

anticiper l'évolution des techniques et leurs champs d'indications et laisser la possibilité dans le cabinet de pouvoir installer facilement un ou des appareils d'imagerie. Notre formation est principalement clinique et chirurgicale, la formation sera souvent une limite pour se lancer ou développer la partie imagerie. Il ne faut pas négliger le temps passé pour se former à une nouvelle technique sur la partie acquisition mais également interprétation.

Pour l'acquisition des appareils, la possibilité de les acquérir en *leasing* est intéressant car permet de lisser le remboursement dans le temps et de limiter les dépenses en cas d'acquisition de nombreux appareils d'imagerie. Plus récemment, nous avons assisté à des regroupements d'ophtalmologistes pour négocier un prix de groupe souvent plus intéressant que de négocier un prix individuellement. Devant toute nouvelle technique, à moins d'être un centre de référence ou d'avoir une activité qui l'exige, il est intéressant d'avoir le retour des 6 premiers mois pour en connaître le véritable intérêt clinique et savoir s'il faut investir ou attendre la prochaine évolution.

Pour la partie informatique, l'idéal est de travailler avec un informaticien, au moins pour l'installation. L'activité d'imagerie exigera un réseau informatique, des postes de travail (pour l'acquisition et l'interprétation), un moyen de stockage si possible double stockage avec les serveurs. L'idéal étant d'avoir un

moyen de stockage déporté en cas de soucis sur le réseau local ou autres (exemple : inondation du cabinet et perte des données si pas de stockage déporté).

Ne pas oublier le rôle médico-légal de l'imagerie pour justifier un diagnostic ou une attitude thérapeutique.

La partie prise de RDV est capitale car l'organisation et l'optimisation des plages d'examens en dépendront. Les prises de RDV devront tenir compte du degré d'urgence de l'examen. Le secrétariat peut être sur place ou téléphonique, mais également par internet avec des créneaux prédéfinis. Il existe une tendance à la prise de RDV sur internet dans toutes les spécialités et il faudra l'envisager également en ophtalmologie. Pour cela, il faudra anticiper avec le parc informatique, le logiciel et l'organisation des consultations. Le travail aidé permet d'envisager l'imagerie au mieux mais à plus faible échelle l'ophtalmologiste pourra faire quelques examens. Les protocoles de soins, récemment validés, sont une aide précieuse afin d'organiser de manière ultra-bordée les suivis de patients de manière aidée. [2]

## Différentes organisations de l'imagerie

L'imagerie peut être incrémentée de plusieurs manières dans notre pratique courante. Consultation d'ophtalmologie



