Revues générales

Organisation et suivi des patients, notamment en rétine médicale, dans un contexte de désertification médicale

RÉSUMÉ : La démographie médicale en ophtalmologie ne permet pas un accès aux soins dans des délais acceptables. Seul un investissement personnel du médecin ophtalmologiste en termes de temps de travail et d'organisation optimisée permettra d'apporter une solution à brève échéance à la demande exponentielle des malades.
La collaboration par délégation ou télémédecine, bien que nécessaire, ne peut suffire à elle seule pour permettre le dépistage des maladies ophtalmologiques et la gestion des différents traitements.
Au moment où la question de l'accès aux soins ophtalmologiques, notamment dans les "déserts médicaux", est omniprésente dans les débats politiques et professionnels, au moment où des tentatives de réponses plus ou moins maîtrisées sont portées çà et là par des intervenants d'horizons professionnels variés, il est instructif d'observer les initiatives locales de professionnels de santé qui, avec pragmatisme et clairvoyance, tentent de répondre concrètement aux enjeux posés au sein de leur bassin sanitaire médicalement sous-doté.

M. ZAOUI
Centre de la vision, BEHREN-LÈS-FORBACH.

Témoignage et partage d'expérience

1. Le constat

Nous intervenons dans un bassin sanitaire de près de 200 000 habitants (***tableau I***). Nous drainons également une partie des patients de Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin, départements limitrophes.

Nous sommes actuellement 7 confrères ophtalmologistes sur ce bassin dont 3 médico-chirurgicaux. Sur ces 7 praticiens, 2 sont en instance de départ en retraite, rejoignant les 12 ophtalmologistes qui ont cessé leur activité dans les 6 dernières années.

Nous serons donc bientôt 5 praticiens pour 200 000 habitants, soit 2,5 ophtalmologistes pour 100 000 habitants,

Géographie avec chiffres de nombre d'habitants pour les communautés d'agglomération			
57	CA Saint-Avold Synergie	41 communes	53 998
57	CA Sarreguemines Confluences	38 communes	66 121
57	CA de Forbach Porte de France	21 communes	78 293
Population totale légale en vigueur en 2021			
Source : DGCL/Département des études et des statistiques locales			

Tableau I.

soit très loin de la moyenne nationale établie à 9 ophtalmologistes pour 100 000 habitants [1-3].

Les conséquences sont d'une simplicité navrante : les délais des rendez-vous ophtalmologiques se trouvent impactés et rallongés (lire l'enquête du journal *Marianne* : "Plongée dans la fracture sanitaire", édition du 22 au 28 septembre 2022) [4].

2. L'équation à résoudre

Comment, en tant que seul médecin isolé, puis-je apporter une réponse efficace à cette demande massive de diagnostic et de traitement tout en maintenant une qualité maximum dans la prise en charge individuelle du patient ? Comment optimiser le temps médecin afin de le répartir auprès du plus grand nombre de patients dans un intervalle de temps contraint et limité ?

Intégrer la dimension logistique dans nos activités d'ophtalmologistes est un principe fondamental :
– les consultations sont segmentées en ateliers de préexamens délégables avant d'être validées par le diagnostic, la prise de décision et l'éducation thérapeutique réalisés par le praticien ;
– chaque patient doit suivre un parcours cohérent au sein de la structure, si possible en marche avant afin de faciliter les flux, y compris avec un volume de patients accompagnants important ;
– les infrastructures doivent être adaptées pour accueillir, faire circuler, faire attendre un public nombreux, le tout dans les meilleures conditions de standing et de confidentialité.

3. La mise en œuvre

Nous avons construit en 2019 une unité complète et autonome de consultation :

● Un plateau médical de 500 m^2 conçu pour faciliter l'organisation du travail de l'équipe selon le cahier des charges vu plus haut :
– 5 box de consultation ;
– 5 salles dédiées aux examens complémentaires ;
– 1 salle de bloc opératoire équipée d'un microscope plafonnier pour les injections intravitréennes (IVT) et la petite chirurgie ;
– l'ensemble du cabinet est climatisé avec un système de traitement d'air incluant la stérilisation aux rayons ultraviolets.

● Un arsenal technologique complet, informatisé et connecté (tous les examens sont directement transférés dans le dossier patient et consultables depuis tous les postes de travail) :
– 3 chaînes de réfraction complètes entièrement automatisées ;
– 2 angio-OCT + 1 angio-rétinographe à grand champ et non mydriatique ;
– 1 angiographie VIC-FLUO ;
– 1 laser Argon multispot ; 1 laser YAG micropulse double : SLT et laser vitréolyse ;
– 1 laser Argon monospot et 1 laser YAG ;
– 1 champ visuel ; 1 unité complète d'électrophysiologie ;
– 1 chaîne aberrométrique dédiée OPD Scan Pentacam, 1 ORA et Eyrtrace ;
– IOLMaster 700 spéculaire ;
– 1 échographe 4 sondes amovible pour aller au bloc opératoire avec sonde de pachymétrie, sonde écho A, sonde écho B et sonde UBM ;
– 1 salle serveur avec une grosse capacité de stockage et une sécurisation complexe du système informatique avec 4 sauvegardes en temps réel dont deux externalisées.

● Une équipe polyvalente, fidèle et mobilisée autour d'un seul ophtalmologiste médico-chirurgical :
– 1 IDE (travaillant dans l'ophtalmologie exclusivement depuis 22 ans) ;
– 2 optométristes (travaillant au sein du cabinet depuis de nombreuses années) ;
– 1 orthoptiste à temps partiel ;
– 3 secrétaires (formées à la pratique spécifique dans l'ophtalmologie).

Nous avons structuré une organisation "au cordeau" :
– 5 plages de consultation médecin présent les matins du lundi au vendredi ;
– 1 plage de consultation médecin présent le jeudi après-midi ;
– 2 plages de consultation RNO avec la collaboration de l'équipe : orthoptiste, infirmière et optométristes (2 après-midis).

4. Les résultats

Nous disposons d'un "outil" de consultation nous permettant l'optimisation du temps du seul praticien présent sur le plateau :

● Nombre de patients vus par demi-journée avec un médecin présent : environ 50 à 60 par demi-journée.

● Nombre d'IVT : entre 50 et 60 par semaine sur 5 plages opératoires (3 au sein du cabinet et 2 en clinique).

● Notre espace soins nous apporte souplesse et liberté d'organisation pour une prise en charge contrôle + IVT dans la foulée efficace et surtout beaucoup plus supportable pour les patients et leurs accompagnants venant parfois de loin.

● Un gain organisationnel déterminant en rétine médicale, lorsqu'on sait que l'urgence de la prise en charge et le maintien de la mobilisation des patients influent directement sur leur adhésion au traitement et sur les bons résultats de maintien de l'acuité visuelle (AV) à moyen et long terme.

● Une capacité de prise en charge maximisée afin d'absorber, à notre échelle, la demande du territoire tout en prodiguant une médecine professionnelle et maîtrisée.

● Les consultations et protocoles organisationnels garantissent au plus grand nombre un dépistage précoce de pathologies oculaires (notamment dégénérescence maculaire liée à l'âge [DMLA], diabète et occlusions vasculaires) sou-

Revues générales

vent ignorées du patient. Le médecin peut alors reconvoquer et traiter les patients qui n'auraient pas eu accès à un rendez-vous avec un ophtalmologiste dans un premier temps pour des raisons de démographie médicale et de demande exponentielle des patients.

Nous avons ainsi pu prendre en charge des cas qui nous auraient échappé avec une organisation classique. Voici deux cas cliniques :

>>> Un jeune patient séropositif immunodéprimé qui présentait une uvéite postérieure avec une baisse d'acuité visuelle et un œdème maculaire, diagnostiqué 4 mois après le début de ses symptômes et qui, grâce au protocole RNO (rendez-vous pris pour changement de lunettes), a pu être inclus par la suite en schéma thérapeutique par IVT avec une évolution favorable (***fig. 1***).

>>> Une patiente suivie par une orthoptiste libérale pendant 3 mois avec baisse d'acuité visuelle sans orientation vers un ophtalmologiste et récupérée grâce au protocole RNO (motif de consultation : lunettes prescrites par orthoptiste et médecin traitant inadaptées). Il s'agissait d'une occlusion de branche de l'artère centrale de la rétine avec baisse d'acuité visuelle et œdème maculaire. La patiente fut incluse en protocole IVT et a pu récupérer une AV de 7/10^{e} malgré cette prise en charge tardive (***fig. 2 et 3***).

5. Les principales difficultés

Si notre satisfaction de parvenir à prendre en charge une partie de cette demande médicale est réelle pour l'ensemble de l'équipe, cela ne gomme pas les difficultés et les obstacles de gestion au quotidien lorsqu'on se lance dans ce genre d'aventure :

- La préparation, le montage et le suivi du projet d'infrastructure nécessitent, outre un emploi du temps médico-chirurgical déjà bien rempli, une vraie disponibilité à pouvoir créer.

POINTS **FORTS**

- La démographie médicale en ophtalmologie ne permet pas un accès aux soins dans des délais acceptables et les perspectives dans les 5 années à venir ne sont pas optimistes.
- Un principe fondamental : intégrer la dimension logistique dans nos activités d'ophtalmologistes.
- L'investissement financier et le pilotage de nos cabinets médicaux relève clairement d'un second métier pour nous médecins, non formés à cette discipline.
- Seul notre investissement personnel de médecin ophtalmologiste en termes de temps de travail et d'organisation optimisée permettra d'apporter une solution à brève échéance à la demande exponentielle des malades.
- La gestion des flux de patients et l'organisation du parcours de soins patient sont déterminants en rétine médicale lorsqu'on sait que l'urgence de la prise en charge et le maintien de la mobilisation des patients influent directement sur leur adhésion au traitement et sur les bons résultats de maintien de l'acuité visuelle à moyen et long terme.

- La durée de travail :
– entre 50 et 55 heures par semaine de travail avec des patients (consultations, injections intravitréennes et chirurgie) ;
– à cela s'ajoute le travail en dehors de la présence des patients : 15 à 20 h par semaine (validation des protocoles RNO, organisation interne, gestion et pilotage, relations avec les confrères, l'hôpital, la clinique et les paramédicaux, formation continue et vie syndicale professionnelle).

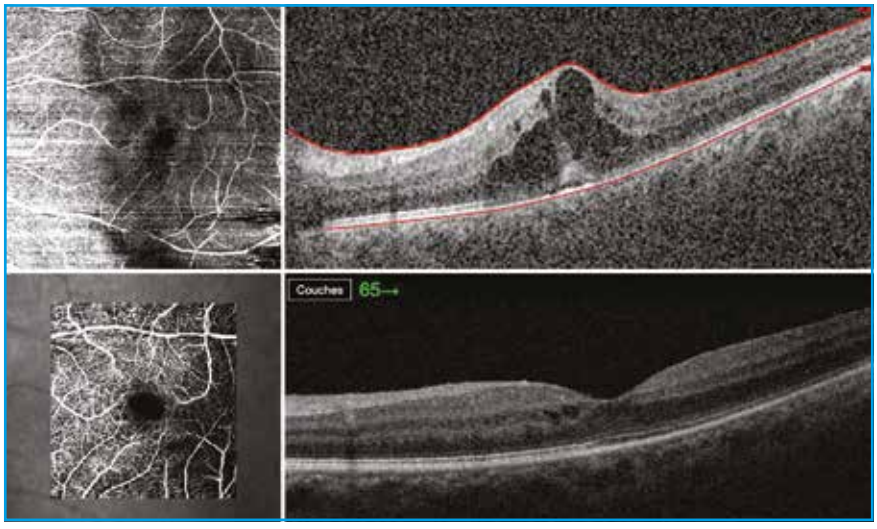

Fig. 1.

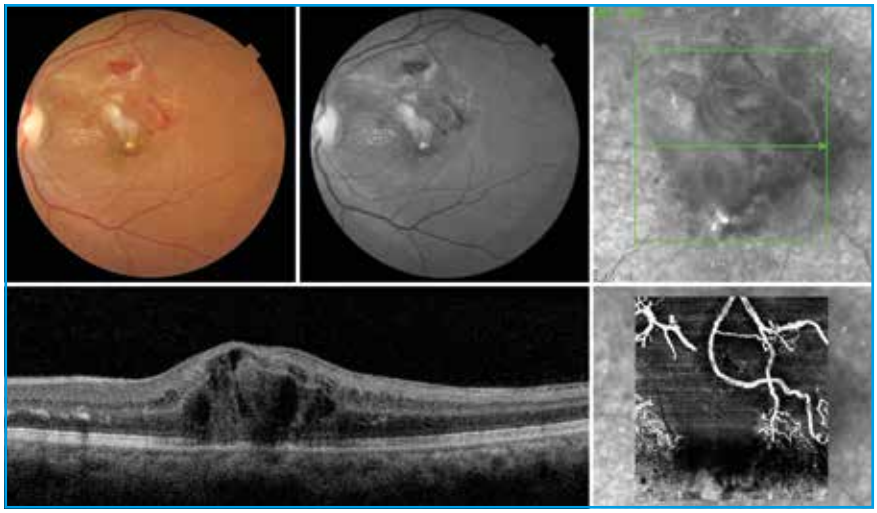

Fig. 2.

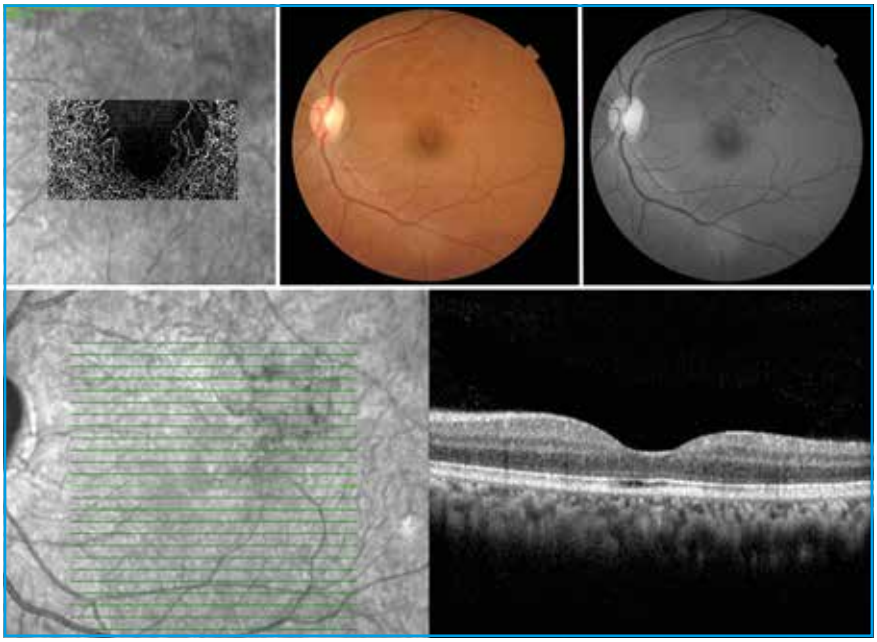

Fig. 3.

● L'investissement financier, bâtiment et matériel, se chiffre avec 6 zéros. Si les partenaires financiers répondent généralement présents, la pression de l'engagement financier ne diminue pas.

● Le pilotage de cette PME que devient le cabinet médical relève clairement d'un second métier pour nous médecins, non formés à cette discipline.

● Le management : la mobilisation des équipes, la gestion de l'absentéisme exponentiel depuis l'épidémie de COVID-19, la pénurie de compétences pour l'aide à la consultation, la maîtrise des budgets, l'anticipation des évolutions réglementaires et l'adaptation permanente de l'organisation.

● Le tout dans un contexte qui reste très limitant :

– pénurie aiguë de confrères ophtalmologistes susceptibles de venir travailler dans nos territoires semi-ruraux mais encore très peuplés ;
– pénurie aiguë de recrutement des aides (orthoptistes, infirmières et assistants médicaux) et exigences salariales parfois délirantes ;
– solutions protocolaires (RNO, RNM) encore trop rigides (exclusivement cotables avec orthoptiste et peu rémunératrices), ce qui freine un déploiement plus dynamique des opportunités de dépistage précoce [5-7] ;
– exigences accrues : matériels coûteux et souvent fragiles, informatique et sécurité, maintenance des appareils, licences de partage.

Conclusion

Malgré toutes les difficultés, nous avons le sentiment d'avoir repoussé les frontières de ce que nous pouvions faire localement pour nos patients. Pour cela, le seul costume de médecin ne suffit plus, il faut aussi endosser celui de l'entrepreneur, mais la maîtrise de l'organisation nécessaire pour répondre à la demande de soins passe par cette mutation médecin-entrepreneur. Notre expérience apporte une infime partie de la réponse. Puissions-nous, modestement, inspirer d'autres initiatives en ce sens !

BIBLIOGRAPHIE

1. https://www.collectivites-locales.gouv.fr/collectivites-locales-chiffres. 31e édition de l'annuaire statistique annuel de la Direction générale des collectivités locales (DGCL), réalisé par le Département des études et des statistiques locales (DESL).
2. Langlois J. "La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005-2025)", Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 297-318.
3. Cartographie interactive de la démographie médicale, https://demographie.medecin.fr

Revues générales

4. La grande enquête de *Marianne* : “Déserts médicaux, plongée dans la fracture sanitaire Un scandale français”, par Margot Brunet et Sébastien Grob. Publiée le 22/09/2022.
5. 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.
6. Journal officiel électronique authentifié n° 0066 du 18/03/2021 : Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l’autorisation du protocole de coopération “Réalisation d’un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé via télémédecine par un ophtalmologiste”.
7. Décret du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d’orthoptie et aux modalités d’exercice de la profession d’orthoptiste.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Revue de l’ophtalmologie française n° 232/ Exercice au quotidien, p. 41.
- La filière visuelle : modes d’exercice, pratiques professionnelles et formation. Rapport IGAS N°2019-074R/IGESR N°2019-154.

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