

**La prise en charge
des
troubles de la vision
en Ile-de-France**



Juillet 2003

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
Introduction.....	4
avant-PROPOS.....	7
1. Méthode adoptée pour l'étude	7
2. Auditions	11
3. Rapport de l'Etude	12
4. Remerciements	13
ETAT DES LIEUX DE L'OPHTALMOLOGIE EN ILE DE FRANCE	14
1. Des besoins croissants en ophtalmologie	15
1.1. Les besoins réels : épidémiologie	15
1.2. Les besoins théoriques : modélisation et projection	16
2. L'offre de soins en Ile-de-France	17
2.1. L'offre hospitalière	17
2.2. L'offre libérale de ville	22
2.3. Le bilan pour les consultations	25
2.4. La démographie médicale en question	26
3. Les coûts de l'ophtalmologie	30
3.1. Le coût des séjours hospitaliers	30
3.2. Le coût de l'activité libérale en Ile-de-France	34
4. Conclusion	34
4.1. L'existant au plan national	34
4.2. Les spécificités de l'Ile-de-France	34
4.3. Les coûts au niveau national	35
4.4. La prospective générale	35
4.5. La prospective chirurgicale	35
4.6. Au total...	36
4.7. Les leviers	37

PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS	38
1. Rappel des contraintes	39
2. Solutions arithmétiques	39
3. Propositions organisationnelles	40
3.2. LES STRUCTURES	41
3.3. LES URGENCES	47
4. LE FINANCEMENT DE CES PROPOSITIONS	49
4.1. Les enveloppes spécifiques	49
4.2. L'enveloppe régionale	50
4.3. Le rôle de l'industrie	50
5. LA REDEFINITION DU ROLE DES PARTENAIRES	50
5.1. Les orthoptistes	50
5.2. Les opticiens-lunetiers (CSP, articles L 4362-1 à L 4362-9)	51
5.3. Les optométristes	52
6. LES MESURES QUI DEPASSENT LE CADRE DE L'OPHTALMOLOGIE	52
Conclusion	54

INTRODUCTION

Lettre du Président BORDRY

L'ophtalmologie en 2003 ? Considérée comme spécialité de « second ordre » dans la plupart des établissements hospitaliers, alors qu'elle est une spécialité non seulement médicale, chirurgicale et optique, au carrefour d'une recherche biologique avancée et d'un enseignement dynamique. En outre, elle est « (...) plus que tout autre concernée par la pathologie générale, qu'il s'agisse de maladies métaboliques, cardio-vasculaires, immunitaires, neurologiques et oncologiques par exemple....» (Rapport adopté par l'Académie Nationale de Médecine en sa séance du mardi 27 mai 2003)¹.

En ma qualité de Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, j'ai souhaité que la situation de cette spécialité tellement sollicitée, particulièrement en Ile-de-France soit mieux connue et que l'on puisse évaluer la politique de l'Etat dans ce domaine.

C'est ainsi qu'à l'initiative du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, de la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild et de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, avec le soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, une étude sur l'activité et les éléments prospectifs de la prise en charge des troubles de la vision a été réalisée.

L'étude a été confiée à IRIS Conseil et un comité de pilotage, que je préside, fut constitué. Sa composition, ainsi que les noms des médecins, administrations et institutions ayant contribué à ce travail, sont rapportés dans l'Avant Propos.

Après un point « méthodologie », le premier chapitre analyse l'état des lieux : l'épidémiologie (la demande des patients) et les réponses médicales et chirurgicales, hospitalières publiques et libérales (dites « offre de soins ») y sont traitées. Le second propose des solutions, simples ou complexes, pouvant être mises en œuvre, face aux difficultés rencontrées.

- **Une demande et des besoins.**

De la conception (échographie de grossesse dépistant les malformations) à la grande maturité (dégénérescence maculaire liée à l'âge), à travers la traumatologie ou les épisodes de l'âge adulte, chacun d'entre nous, à tous les âges de la vie, consulte plusieurs ophtalmologistes.

Soignants et professionnels de la vision doivent faire face à une demande croissante. En Ile de France, les besoins sont importants, et davantage encore avec le vieillissement annoncé de la

¹ Bull. Académie de Médecine 2003, n°187

population francilienne. On peut tenter de résumer la demande des patients dans l'énumération suivante.

- 1.150.000 consultations / an (hors consultations préventives), des délais d'attente importants (en moyenne 12 semaines pour un rendez-vous hospitalier non urgent),
- 100.000 urgences concentrées sur les établissements parisiens de référence que sont le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Rothschild et l'Hôtel-Dieu, avec, certains dimanches, des délais d'attente pouvant y dépasser 8 heures,
- des délais de chirurgie ophtalmologique programmée (programmable car « froide ») rejoignant ceux des rendez-vous de consultation, qui peuvent dépasser 3 mois,
- alors que, en outre, chaque service d'ophtalmologie hospitalier doit faire face à la demande interne des différentes spécialités de son hôpital, quelle qu'en soit la taille.

Au plan économique, on rappelle que la consommation française de soins et biens médicaux, en 2001, (soins hospitaliers, ambulatoires, transports, médicaments et autres biens médicaux...) s'élevait à 128 milliards d'euros (838 milliards de francs), soit en moyenne 2 437 euros par habitant. En 1998, la dépense nationale consacrée à la santé atteignait 110,4 milliards d'euros (724,3 milliards de francs), soit 1 879,7 euros par habitant.

Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent 30,1 milliards de francs, soit 4,2% du total, plaçant l'ophtalmologie au 10^{ème} rang dans les grandes catégories diagnostiques, des appareils circulatoire, digestif, de la psychiatrie, p. ex... Or, dans le détail, 60 % des dépenses de la spécialité concernent la lunetterie et les prothèses (ce premier poste étant caractéristique de l'ophtalmologie), 20 % seulement concernant les soins hospitaliers et 18 % les soins ambulatoires.

L'activité du corps médical hospitalier et libéral représente 30% des dépenses, la part principale revenant aux autres activités du secteur, en particulier celle des orthoptistes, opticiens-lunetiers.

Dans le même temps (1999-2002), l'Île-de-France connaît une baisse de 10 % environ du nombre des actes médicaux et chirurgicaux en ophtalmologie publique, dans un secteur pourtant déjà surchargé !

- ***Une réponse médicale de santé publique à repenser, pour l'avenir immédiat***

Les prévisions relatives sur la prise en charge des troubles de la vision en Île-de-France amènent à proposer les axes de réflexion et d'action prioritaires suivants :

- organisation de la prise en charge des consultations et des pathologies, dans les urgences médicales et chirurgicales,
- renforcement de la prévention et du dépistage infantiles,

- réflexion démographique comparée sur les cohortes des patients et leurs pathologies, en Ile-de-France, pour les années à venir,
- réflexion démographique comparée sur la profession ophtalmologique,
- développement de la recherche et adaptation de son progrès à l'amplitude des nouveaux savoirs,
- Structuration des enseignements, notamment dans le domaine paramédical.

L'hôpital public doit valoriser ses ressources pour mieux remplir ses missions, dont celle de la qualité des soins pour tous, de l'enseignement et de la recherche. On ne peut plus se contenter d'une dotation budgétaire par établissement. Un plan régional pour l'ophtalmologie, organisant la prise en charge des besoins, établi en collaboration avec l'ensemble des intervenants et, principalement, avec le corps médical, fait l'objet de quelques propositions concrètes, avancées ici.

En conclusion, même si la vue ne résume pas, à elle seule, la vie, son altération, croissante en fréquence et en gravité, devient fléau individuel et lourd enjeu de santé publique, dans notre société contemporaine.

Paris, ce 29 juin 2003

Pierre BORDRY,
Conseiller d'Etat,
Président du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts
pierre.bordry@conseil-etat.fr

AVANT-PROPOS

Un comité de pilotage présidé par Mr Pierre BORDRY, assurant le suivi de l'Etude, a été constitué avec :

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île-de-France (AHRIF), le directeur ou son représentant,

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), représentée par la Direction de la Politique Médicale Messieurs Jean-Michel DIEBOLT et Didier HOUSSIN,

Le Professeur Emmanuel-Alain CABANIS, Président de la CME du CHNO des Quinze-Vingts, Monsieur Christian LAWRYSZ, Directeur Général de la Fondation Ophtalmologique de Rothschild,

Le Docteur Yannick LE MER, Président de la CME de la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild,

Le Professeur Gilles RENARD, chef du service d'ophtalmologie de Hôtel-Dieu de Paris (AP-HP),

Madame Françoise SABOTIER, Directeur du CHNO des Quinze-Vingts,

Le Docteur Jean-Luc SEEGMULLER, Président du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), Vice-Président du Conseil d'Administration du CHNO des Quinze-Vingts.

L'étude a été confiée au Cabinet IRIS Conseil Santé sous la direction du Dr Gérard ADDA avec :

Monsieur le Dr Christian LE TEURNIER

Monsieur Vincent DELAUNAY

Mademoiselle Laure-Linh GRANGER

Mademoiselle Delphine MAILLIEZ

Monsieur Yohann MOURIER

1. Méthode adoptée pour l'étude

L'Etat des lieux est le résultat du recueil et de l'analyse de données statistiques et d'études de référence auprès de diverses institutions intéressées par les troubles de la vision et leur prise en charge, ainsi que deux enquêtes menées par le Cabinet IRIS Conseil Santé en mars 2003.

Epidémiologie

Les données présentées dans le chapitre « Epidémiologie des troubles de la vision » ont été extraites d'études et d'enquêtes dites « références » pour la spécialité, et essentiellement de données publiées par le SNOF et la DREES entre 1999 et 2002. Elles sont opposables à d'autres compte tenu de leur

caractère uniquement indicatif et partiel. Nous avons pris soin pour chaque information d'en indiquer la source en bas de page. Nous avons rapporté les chiffres issus de ces enquêtes à la population francilienne estimée par l'INSEE lors de son dernier recensement.

L'offre de soins en Ile de France

Les statistiques de l'offre de soins en Ile de France ont été extraites des bases PMSI de 1998, 1999, 2000 et 2001 et de deux enquêtes menées par le Cabinet IRIS Conseil Santé. La première, concernant les consultations hors urgences en 2002, a été réalisée en mars 2003 auprès de 85 établissements hospitaliers franciliens, avec un taux de réponse de 70 %. La seconde, concernant les délais d'attentes pour une consultation non urgente pour les praticiens libéraux, est une enquête transversale « en simple aveugle » et a été réalisée par téléphone en avril 2003.

La démographie médicale

Deux études de projections ont été compilées pour évaluer l'avenir de la démographie médicale en Ile de France : celle de S.Pontone de l'AP-HP en 1999, et celle de la DREES en 2002. Ces projections ont été comparées aux chiffres publiés par l'Ordre des Médecins entre 1999 et 2003, ainsi qu'au recensement des ophtalmologues formés entre 1994 et 2001 réalisé par la CNAM.

La démographie paramédicale

La démographie paramédicale présentée est extraite des enquêtes réalisées par la DRESS en 2002 et de l'URCAM en 2000.

Les coûts de l'ophtalmologie

Afin d'approcher le coût des séjours hospitaliers en ophtalmologie, nous avons réalisé deux constructions, fausses par définition, mais qui permettent de donner quelques ordres de grandeur de dépenses. La première se fonde sur le point ISA, la seconde sur l'échelle nationale des coûts et sur l'étude des coûts de l'ADIMEHP.

POINTS ISA

Cette approche s'appuie sur les données PMSI 2001 d'Ile-de-France, sur la valorisation publique et privée en points ISA des GHM pour l'année 1999.

On applique à chacun des GHM sa valeur en point ISA, publique ou privée.

On obtient un total de points ISA produits par l'activité d'ophtalmologie pour les établissements sous dotation globale et les établissements hors dotation globale.

L'Analyse de Gestion Hospitalière Nationale (AGHN) fournit pour l'année 1999 la valeur régionale du point ISA pour les établissements sous dotation globale (14,25 Fr.) et pour les établissements hors dotation globale (8,26 Fr.).

En appliquant la valeur du point ISA régionale au total de points ISA produits, une première estimation des dépenses liées à la prise en charge des affections ophtalmologiques en milieu hospitalier est réalisée. Coûts complets (hospitalisation complète et ambulatoire)

ECHELLE NATIONALE DES COÛTS

L'échelle nationale de coûts, construite à partir des données médico-économiques fournies par un échantillon d'établissements hospitaliers publics et PSPH (22 établissements), permet de connaître pour chaque GHM sa décomposition en postes de dépenses.

Sur le même principe, l'ADIMEHP (Association pour le Développement de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée) a réalisé en 1999 une étude des coûts par GHM pour les établissements hors dotation globale (sur un échantillon de 23 établissements).

Ces deux bases fournissent donc le détail en francs des principaux postes de charges pour chacun des GHM : salaires des personnels soignants, salaires des médecins et anesthésistes (pour les établissements sous dotation globale), honoraires des médecins et des anesthésistes hors dépassement d'honoraires (pour les établissements hors dotation globale), consommables, prothèses & implants (inclus prothèses & implants facturés pour les établissements hors dotation globale), laboratoire, radiologie, restauration...

La modélisation réalisée ci-après, s'appuie dans un souci de cohérence, sur les données de l'échelle nationale des coûts de 1999 pour les établissements sous dotation globale et sur l'étude ADIMEHP 1999 pour les établissements hors dotation globale.

A partir de la base PMSI régionale 2001, on impute à chacun des GHM relevant des affections ophtalmologiques l'ensemble des postes de dépenses qui lui sont liés, selon que le séjour est pris en charge dans un établissement sous dotation globale ou hors dotation globale.

Afin d'approcher le coût réel de la prise en charge, les charges liées à la structure et aux amortissements n'ont pas été retenues.

Le total de ces postes de charges permet d'approcher un volume global de dépenses liées à la prise en charge des pathologies ophtalmologiques.

Le coût moyen du séjour est obtenu en divisant le total des dépenses par le nombre de séjours.

Une ventilation par grand poste de charges du coût moyen du séjour est réalisée.

L'ECART DE COUTS PUBLIC/PRIVE

PUBLIC - PRIVE

PUBLIC

Par exemple, l'écart de coût entre Dotation Globale et Hors Dotation Globale pour une hospitalisation complète est de 5 066 F (11 818 – 6 752). Il convient de prendre comme base 11 818 et non 6 752 au risque de trouver un écart de 75 %, alors qu'il est de 43 % (plus proche des 35 % rencontrés habituellement). Les 35 % connus portent sur le moindre coût du secteur privé par rapport au secteur public et non l'inverse².

Le différentiel sur la cataracte en hospitalisation complète est de 34 % et en ambulatoire de 22,6%. Ce qui tend à confirmer les propos précédents.

Le contenu du calcul de coût ne peut porter à confusion, nous avons vérifié et réaffecté tous les items afin de rendre les éléments comparables (honoraires, implants, etc..). Le supplément de 13 % pour raisons universitaires n'est pas en débat dans cette étude.

Mis à part les dépenses immobilières, frais financiers et dépassements de secteur II (53 millions de Francs sur l'ensemble des consultations et actes en France), l'ensemble des dépenses est pris en compte.

La légitimité du calcul est renforcée par la similitude des malades pris en charge. Pour les deux GHM les plus importants que sont la cataracte et la rétine (75 % des séjours) l'âge et le diagnostic associé sont proches. Nous ne disposons pas aujourd'hui d'autres critères. Si le diagnostic associé est parfois remis en cause, nous ne pouvons que le regretter puisqu'il est le seul moyen d'affiner la différence.

Néanmoins, les secteurs privés et publics ont un case-mix différent. Il l'est moins avec la plupart des Hôpitaux Généraux mais par contre, il apparaît élevé avec les établissements de l'AP-HP, et encore plus avec le CHNO des Quinze-Vingts.

Le « surcoût » social est malheureusement non mesurable. Dès qu'une Durée Moyenne de Séjour est supérieure à la moyenne, de nombreux représentants du corps médical tentent une explication médicale (traitement lourd, complexe, risqué, fragile, etc..) alors que bons nombres de raisons sont environnementales ou organisationnelles.

La charge des urgences et des consultations ne rentre pas dans le calcul des coûts de notre rapport.

² cf. *Hospitalisation Nouvelle N° 289, p.13*

Ajoutons que de nombreuses consultations urgentes ou non, dans les Etablissements de Santé sous Dotation Globale, sont le secteur I de l'Ophtalmologie francilienne.

Le réel défaut de calcul du coût moyen est l'absence de comptabilité analytique qui interdit d'évoquer le coût réel et encore moins le coût de revient. Seule une construction, aussi imparfaite soit-elle, permet d'avoir une approche la moins mauvaise possible actuellement.

Les résultats de la première phase de l'Etude ont été mis en ligne sur le site internet www.iris-conseil.com et soumis au jugement des membres du Comité de Pilotage et des ophtalmologues via le site internet du SNOF.

2. Auditions

Trois groupes de travail ont été organisés pour débattre des conclusions et perspectives élaborées dans le premier document publié au terme de la phase d'étude diagnostique et d'analyses des éléments diagnostiques à disposition du Cabinet IRIS Conseil Santé.

Ces réunions en groupes de travail se déroulaient en trois temps :

1. Débriefing et commentaires sur l'Etude de Phase I « Etat des lieux »
2. Propositions d'améliorations
3. Réflexion sur les moyens de mettre en œuvre les propositions

Ont contribué aux travaux des groupes :

Premier Groupe de Travail réuni le 23 mai 2003 – Représentants des Hôpitaux Généraux d'Ile-de-France :

Le Dr Michèle DUBIEZ, chef du service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Coulommiers et membre du COHF,

Le Dr Emmanuel BARREAU, chef du service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Montreuil,

Le Dr Alain NICAISE, chef du service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Lagny-Marne la Vallée,

Le Dr Mimi MOUBRI, chef du service d'Ophtalmologie de l'Hôpital d'Eaubonne Montmorency.

Deuxième Groupe de Travail réuni le 6 juin 2003 – Représentants du CHNO des Quinze-Vingts, de la Fondation Ophtalmologique de Rothschild et de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris :

Le Pr Laurent LAROCHE, chef du service d'Ophtalmologie V au CHNO des Quinze-Vingts,

Le Pr Christophe BAUDOIN, chef du service d'Ophtalmologie III au CHNO des Quinze-Vingts,

Le Dr Martine ULLERN, Vice-Présidente de la CME du CHNO des Quinze-Vingts ,

Le Dr Jean-Philippe MAURIN, chef du service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale,

Le Pr Alain GAUDRIC, chef du service d'Ophtalmologie à l'Hôpital LARIBOISIÈRE,
Le Dr CARRICABURU, Direction de la Politique Médicale de l'AP-HP.

Troisième Groupe de Travail Réuni le 3 juillet 2003 – Représentants des Ophtalmologistes Libéraux d'Ile-de-France :

Dr Christine MOULIN-THYRODE, Ophtalmologue de Gagny

Dr Eric BARONNET, Ophtalmologue des Ullis

Ont également apporté leur contribution à ce Groupe de Travail :

Dr Jean-Bernard ROTTIER, SNOF

Dr Thierry BOUR, Ophtalmologue à Metz

Dr Christian CORRE, Ophtalmologue

Diverses contributions ont également été apportées sur le forum du site d'IRIS Conseil Santé, ouvert au mois d'avril 2003.

Sur la base des propositions émises par IRIS Conseil Santé et débattues en Groupes de Travail, un second document, intitulé « Proposition d'amélioration de la prise en charge des troubles de la vision en Ile de France » a été soumis au Comité de Pilotage à la fin du mois de juin 2003.

3. Rapport de l'Etude

Le rapport de l'Etude est composé de deux documents :

- un Rapport Final rédigé, de 54 pages comprenant « l'Etat des lieux » et les « Propositions d'améliorations » émises par IRIS Conseil Santé, validée par le Comité de Pilotage
- une Annexe de 146 diapositives du bilan de l'Etude de Phase I

4. Remerciements

IRIS Conseil Santé remercie

- Le Président Pierre BORDRY ainsi que l'ensemble du Comité de Pilotage de nous avoir confié cette mission, pour leur présence, leur attention et leur disponibilité
- L'ensemble des intervenants qui ont pris part aux Groupes de Travail
- Les institutions ayant partagé leurs ressources d'informations concernant les différents thèmes de l'Etude : les Etablissements de Soins franciliens, l'AP-HP, le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Ophtalmologique de Rothschild, l'URCAM, l'ARH d'Ile de France, et l'URML, le SNOFet le COHF.
- Les divers acteurs de la spécialité qui ont pris le temps de réagir par écrit, par téléphone ou par e-mail aux éléments exposés dans l'Etude de Phase I ou aux Propositions émises en second lieu.
- Le CHNO des Quinze-Vingts pour avoir mis à disposition les lieux de réunions pour les auditions des Groupes de Travail et du Comité de Pilotage
- Enfin, l'ensemble des personnes que nous oublions peut-être et qui ont participé de près ou de loin au bon déroulement de cette mission.

PARTIE I

ETAT DES LIEUX DE L'OPHTALMOLOGIE EN ILE DE FRANCE

1. Des besoins croissants en ophtalmologie

1.1. Les besoins réels : épidémiologie

Un état des lieux de la **prévalence**³ des principales pathologies de la vision en France et en Ile-de-France permet de visualiser l'ampleur des besoins en la matière.

Des études **pédiatriques** récentes attirent l'attention sur la prévalence inquiétante des troubles de la vision chez les jeunes enfants : 1 enfant de 6 ans sur 5 présente un trouble⁴, ce qui tend à remettre en cause les actions de prévention auprès du jeune âge.

Pathologies	Prévalence en France ¹	Prévalence rapportée à l'Ile-de-France [*]
Cécité	112 000 personnes	20 944 personnes
Cataracte	450 000 opérations en 2001	72 000 personnes
Basse vision	0,66 % de la population	72 550 personnes
DMLA	2,16 % de la population	237 430 personnes
Glaucome	800 000 ⁵ personnes (traitées et non traitées)	150 000 personnes
Troubles de la réfraction	47,2 % de la population	4 599 477 personnes

^{*} Population de l'Ile-de-France (recensement 1999) : 10 951 000

On pourra noter que le recours à la **chirurgie** tend à se généraliser pour des opérations telles que la chirurgie réfractive (doublées entre 1999 et 2001) et la cataracte (+ 50 % entre 1998 et 2001)⁶.

Autre facteur aggravant des atteintes ophtalmiques, le **diabète**, qui concerne près de 5 % de la population⁷, et dont la prévalence a augmenté de 26,4 % entre 1994 et 1999⁸. A titre d'exemple, 40 % des diabétiques (type I et II) sont porteurs d'une rétinopathie⁹.

Si ce bilan des troubles de la vision donne une idée des besoins ophtalmologiques, une autre dimension, qui relève de l'évaluation et de la modélisation de cette demande doit nécessairement être abordée.

³ Les calculs réalisés sont quasi comparables aux résultats du rapport HAMARD, avril 2003

⁴ Sources : INSERM et SNOF

⁵ Source Thierry BOUR, SNOF

⁶ Source : SNOF

⁷ Source : AFP

⁸ Source : ALFEDIAM

⁹ Source : CHR Rouen

1.2. Les besoins théoriques : modélisation et projection

- **Evaluation du besoin en consultations ophtalmologiques pour des pathologies connues**

En considérant les personnes présentant une pathologie médicale évolutive connue ou ayant eu recours à un acte chirurgical dans l'année, et en se plaçant dans le cadre d'une observance « idéale » de leur suivi (nombre de consultations théoriquement nécessaires par pathologie), on peut estimer à environ **1 150 000** le nombre de consultations qui devraient être générées par année en Ile-de-France (sans tenir compte des 75 000 glaucomes et des 110 000 rétinopathies diabétiques franciliens qui s'ignorent).

	Nombre de patients traités	Consultations / an	Total
DMLA	237 000	1,5	355 500
Glaucome	148 000	1	148 000
Cataracte opérée	72 000	5	360 000
Basse vision	72 500	1,5	108 750
Cécité	21 000	1	21 000
Rétinopathie diabétique	110 000	1	110 000
Chirurgie réfractive	24 000	2	48 000
TOTAL	684 500		1 151 250

- **Evaluation du besoin en consultations ophtalmologiques préventives (population asymptomatique)**

Outre ce bilan des principales pathologies de la vision en France et des besoins qu'elles génèrent, il est nécessaire de considérer les consultations « théoriques » qui seraient nécessaires à une prise en charge optimale de la population.

Nombre de consultations requises, hypothèses :

- Entre 0 et 20 ans : 5 consultations.
- Entre 20 et 45 ans : 1 consultation tous les 5 ans.
- Entre 45 et 60 ans : 1 consultation tous les 3 ans.
- Au-delà de 60 ans : 1 consultation tous les 2 ans.

Ces recommandations de consultations préventives « idéales », rapportées à la population francilienne donnent un volume total potentiel de **3 268 000** consultations par an.

2. L'offre de soins en Ile-de-France

2.1. L'offre hospitalière

- **Lieu d'hospitalisation des patients d'Ile-de-France**

L'Ile-de-France est une région d'**attraction** pour les patients qui nécessitent une hospitalisation en ophtalmologie. En effet, 18 % des prises en charge hospitalières réalisées en Ile-de-France concernent des patients extérieurs à cette zone, tandis que 2 % seulement des franciliens se font hospitaliser hors de la région, soit un solde positif de 16 %.

Plus précisément, au sein de l'Ile-de-France, on observe :

- Un véritable recours de **proximité** sur **Paris...** :
 - 85 % des parisiens sont hospitalisés à Paris, ce qui s'explique en grande partie par la richesse de l'offre hospitalière sur place.
- .. et sur la **Grande Couronne**
 - Pour les départements de la Grande Couronne (77, 78 et 91), on observe une très forte attache des patients à leur lieu d'habitation, puisqu'une large proportion (jusqu'à 64 %) reste s'y faire hospitaliser. Pour ceux qui font le choix d'une prise en charge hors de leur département d'origine, Paris reste la grande zone d'attraction, la banlieue proche ne « retenant » pas les flux de patients.
- Un phénomène de **déplacement** de la **banlieue proche** vers Paris :
 - Globalement, dans les départements de la Petite Couronne (92 et 94), les patients sont hospitalisés pour 40 % à 50 % d'entre eux dans leur département d'origine, tandis que près de la moitié a recours aux établissements parisiens (le reste s'éparpille dans les départements alentours).
 - Seule la Seine-Saint-Denis (93) fait figure d'exception, puisqu'elle « fixe » ses patients (53 %) de manière assez surprenante.

Le cas particulier de la cataracte et de la chirurgie de la rétine

Si pour les cataractes on observe les mêmes tendances que celles décrites auparavant, il est intéressant de constater qu'en ce qui concerne la chirurgie de la rétine, il y a un recours presque systématique aux établissements parisiens. En effet, quel que soit le département de résidence des patients, 69 % (Seine-et-Marne Nord) à 87 % (Essonne Nord) d'entre eux se déplacent à Paris.

- **Les structures hospitalières en Ile-de-France**

Les parts de marché du privé et du public

Le privé lucratif

Les principaux établissements privés lucratifs (Centre Chirurgical Pierre Cherest et Clinique Geoffroy Saint-Hilaire), avec près de 4 000 séjours (HC et CM 24) chacun, se démarquent nettement des autres établissements de leur catégorie. Puis l'écart se creuse rapidement avec les autres structures.

Sur les GHM à volume élevé (cataracte, ambulatoire avec acte chirurgical et intervention extra-oculaire), le secteur privé lucratif affiche les plus grandes parts de marché. Pour les interventions intra-oculaires et la chirurgie de l'orbite, il se situe à la deuxième place en terme de parts de marché, tandis qu'il est troisième sur la chirurgie de la rétine et l'ambulatoire sans acte chirurgical.

L'AP-HP

Les établissements phares en ophtalmologie au sein de l'AP-HP sont : l'Hôtel Dieu, Lariboisière, La Pitié Salpêtrière, et Necker.

On pourra noter que la quasi-totalité de l'activité des hôpitaux Necker, Lariboisière et Avicenne se fait en hospitalisation complète, tandis que Cochin et Ambroise Paré se démarquent par leur activité essentiellement ambulatoire.

L'AP-HP se place en tête dans tous les GHM où le privé n'occupe pas la première place et partage le meilleur taux d'activité à ex-aequo avec le CHNO pour les interventions intra-oculaires. Pourtant, il est intéressant de noter, qu'elle n'est que troisième en parts de marché (8 %) pour les cataractes.

Le public hors AP-HP

Les établissements publics les plus importants sont le CHI de Créteil et celui de Villeneuve Saint-Georges. Par ailleurs, les petits établissements, s'ils accueillent individuellement peu de séjours, ne sont plus du tout négligeables si on les agrège.

Si ces établissements sont premiers en parts de marché pour deux GHM (hyphema et pathologies d'origine neurologique), ce sont en fait ceux qui représentent les volumes les plus faibles.

Le CHNO des Quinze-Vingts

Il demeure premier pour les infections et les interventions intra-oculaires, mais ne réalise que 6 % des parts de marché en ce qui concerne la cataracte qui représente, rappelons-le, le plus gros volume.

La Fondation Rothschild

Deuxième en parts de marché sur la chirurgie de l'orbite, elle se place également en troisième position sur l'ambulatoire avec acte chirurgical et les interventions extra-oculaires.

Les PSPH

Leur activité est relativement marginale par rapport aux établissements évoqués auparavant.

- **L'activité hospitalière en Ile-de-France**

Le nombre de séjours

Globalement, la croissance du **nombre de séjours** en Etablissement de Soins (hospitalisation complète et ambulatoire) pour des motifs ophtalmologiques hors chirurgie réfractive, a été assez régulière sur la période 1998 – 2001 : **+ 13 %**, passant de 94 937 à 107 326 entrées par an.

Cette évolution n'est pourtant pas homogène, car si les établissements **privés lucratifs** voient leur nombre de séjours **croître de 26 %**, les **hôpitaux sous dotation globale**, à contre courant de cette tendance, enregistrent une **baisse de 7 %** sur cette période ¹⁰.

Ainsi, à budget constant ou en légère augmentation, les établissements sous dotation globale ont baissé en performance : sur un marché en expansion, ils ont perdu en part relative et en nombre absolu, sans tenir compte du case-mix, nous y reviendrons.

Type d'établissement	Nombres de séjours ¹¹ (2001)	Répartition
Privé lucratif	57 271	53 %
<i>dont Clinique Geoffroy Saint-Hilaire</i>	3 790	4 %
<i>dont Centre Chirurgical Pierre Cherest</i>	3 695	3 %
AP-HP	15 468	14 %
Public	14 229	13 %
CHNO Quinze-Vingts	9 572	9 %
PSPH	10 078	10 %
<i>dont Fondation Rothschild</i>	7 291	7 %
CLCC	708	1 %
TOTAL	107 326	100 %

Source : PMSI 2001

Les consultations hors urgences

Une enquête réalisée auprès de 85 établissements hospitaliers d'Ile-de-France¹², dont le taux de réponses a été de 70 %, a permis de dénombrer 600 000 consultations ophtalmologiques hospitalières hors Urgences en 2002. Cependant, la réalité serait plus proche de **700 000**. Dès lors,

¹⁰ Sources : PMSI 1998, 1999, 2000, 2001

¹¹ Source : PMSI 2001

¹² Enquêtes IRIS Conseil Santé, mars 2003

nous pouvons distinguer les principaux centres de consultations de la région parisienne (en tenant compte de l'absence d'information d'hôpitaux tels que Aulnay, Saint-Denis, Versailles, Sud Francilien, Montfermeil, Melun, Courbevoie et Saint-Camille, pour les plus importants) :

- Le CHNO des Quinze-Vingts avec 106 647 consultations d'ophtalmologie en 2002.
- La Fondation Rothschild avec 75 798 consultations d'ophtalmologie en 2002.
- L'Hôtel Dieu avec 33 702 consultations d'ophtalmologie en 2002.
- Le CHIC Créteil avec 31 708 consultations d'ophtalmologie en 2002.
- Etc...

Les consultations en Urgences

Selon cette même enquête (70 % de réponses), nous pouvons estimer à **100 000** le nombre de consultations en Urgences effectuées en 2002 par les principaux établissements hospitaliers d'Ile-de-France. Parmi les établissements phares dans ce mode de prise en charge, on retiendra :

- Le CHNO des Quinze-Vingts réalise près de 33 % de ce volume.
- L'Hôtel Dieu avec 19 % du volume.
- La Fondation Rothschild avec 15 % du volume.

Les délais d'attente à l'hôpital (Rendez-vous non urgents)

Autre caractéristique des établissements hospitaliers réalisant des consultations d'ophtalmologie en Ile-de-France : les délais d'attente avant d'obtenir un rendez-vous non urgent. En effet, il faut 3 à 4 fois plus de temps (**entre 10 et 12 semaines**) pour obtenir une consultation à l'hôpital qu'en cabinet libéral de ville.

- Pour les hôpitaux publics hors AP-HP, 12 semaines sont nécessaires en moyenne.
 - Pour les établissements de l'AP-HP, il faut compter plus de 10 semaines en moyenne (entre 4 à La Pitié Salpêtrière et 12 à l'Hôtel Dieu et à Cochin).
 - Auprès des PSPH, il y a près de 10 semaines d'attente (15 pour la Fondation Rothschild).
 - Lariboisière n'accepte de prendre un patient en consultation que sur rendez-vous émanant d'un correspondant médical.
-
- **L'évolution du mode de prise en charge**

Sur la période de 1998 à 2001, on enregistre un très net basculement de l'hospitalisation complète (- 8 %) vers une prise en charge ambulatoire des patients (+ 39 %).

Cette évolution se retrouve dans toutes les pathologies : un recul de l'hospitalisation complète (ou une augmentation non significative), compensé par une forte augmentation de la prise en charge ambulatoire (sauf dans l'ambulatoire sans acte chirurgical : diminution qui s'explique par la redéfinition de certains GHM).

D'autre part, deux tiers des séjours en **ambulatoire** sont effectués dans le privé (contre 10 % à l'AP-HP), tandis que 38 % des hospitalisations complètes y sont réalisées (17 % pour l'AP-HP).

Enfin, les séjours relevant de l'ophtalmologie dans les établissements privés lucratifs et les PSPH sont équitablement répartis entre ambulatoire et hospitalisation complète. Dans les autres structures, la proportion de séjours ambulatoires est inférieure à 30 %.

- **Les motifs de recours**

Profil des patients

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'existe pas de différence significative, pour deux critères majeurs (âge moyen des patients et nombre de diagnostics associés), entre les patients pris en charge par les diverses catégories d'établissements.

Si l'on considère l'**âge moyen** des patients pris en charge, il est à peu près comparable entre structures, voire légèrement supérieur dans les établissements privés, et ce, quelle que soit la pathologie considérée.

L'analyse des diagnostics associés et des CMA et CMAS (Complication et Morbidité Associé et Complication et Morbidité Associé Significative) des séjours pris en charge dans les établissements publics et les établissements privés est très proche : on ne peut objectivement distinguer des structures qui prendraient en charge des patients « plus lourds » que les autres, du point de vue des complications liées aux affections ophtalmologiques.

Pathologies prises en charge

Une pathologie se dégage particulièrement : les hospitalisations pour **cataracte**. En effet, elles représentent près de **70 %** des séjours hospitaliers, dont près de la moitié correspondent à une prise en charge ambulatoire.

Suivent l'ambulatoire sans acte chirurgical (9 % des séjours), la chirurgie de la rétine, les interventions intra et extra-oculaires (5 % chacune), qui représentent les pathologies les plus représentées, même si les volumes sont incomparablement plus faibles que ceux de la cataracte.

2.2. L'offre libérale de ville

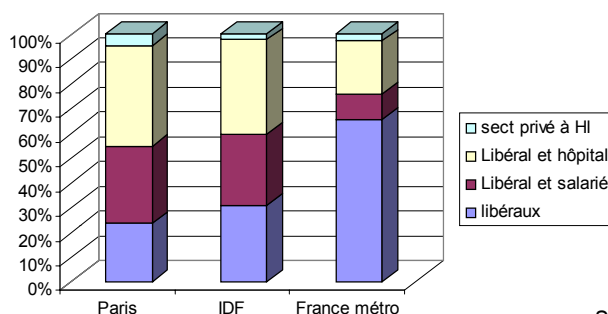
Si l'effectif exact des ophtalmologistes libéraux en Ile-de-France varie quelque peu selon les sources, on peut cependant estimer qu'ils sont entre **1 128** et **1 170** en 2001 à exercer dans cette région, et représentent donc un quart de la population des ophtalmologues français.

- **Le profil francilien**

Les caractéristiques des médecins ophtalmologistes libéraux d'Ile-de-France sont sensiblement atypiques par rapport au profil français moyen.

- Taux de féminisation : 52 % (France : 41 %)
- Secteur II : 70 % (France : 48 %)
- Montant moyen du chiffre d'affaires en honoraires inférieur de 15 % à la moyenne française
- Part des dépassements : 33 % (France : 17 %)

Cette spécificité francilienne se retrouve dans leur **statut**. En effet, les praticiens libéraux d'Ile-de-France, et particulièrement les Parisiens, semblent privilégier, et de loin, une **activité mixte** (libérale et hospitalière ou libérale et salariée) à une pratique libérale exclusive (seuls 23 % à Paris et 31 % en Ile-de-France contre 66 % sur l'ensemble du territoire).



Source : URCAM, 2000

De même, il existe une exception parisienne au niveau de leur **densité**. S'il y a 7,7 ophtalmologistes pour 100 000 habitants en France, cette proportion est de **10,3** en Ile-de-France, avec une véritable attraction de Paris, qui compte 18,5 ophtalmologistes pour 100 000 habitants. Les Hauts-de-Seine et les Yvelines se distinguent également par leur forte concentration, avec respectivement 10,3 et 9,9 ophtalmologistes pour 100 000 habitants.

- **L'activité des praticiens libéraux en Ile-de-France**

Selon l'URCAM, les praticiens libéraux d'Ile-de-France ont assuré 3 153 000 consultations en 2001.

Activité par praticien

Si les ophtalmologistes libéraux d'Ile-de-France sont plus nombreux que leurs homologues français, ils réalisent chaque année **28 % d'actes de moins** que ces derniers (3 757 par praticien et par an contre 5 211 en France).

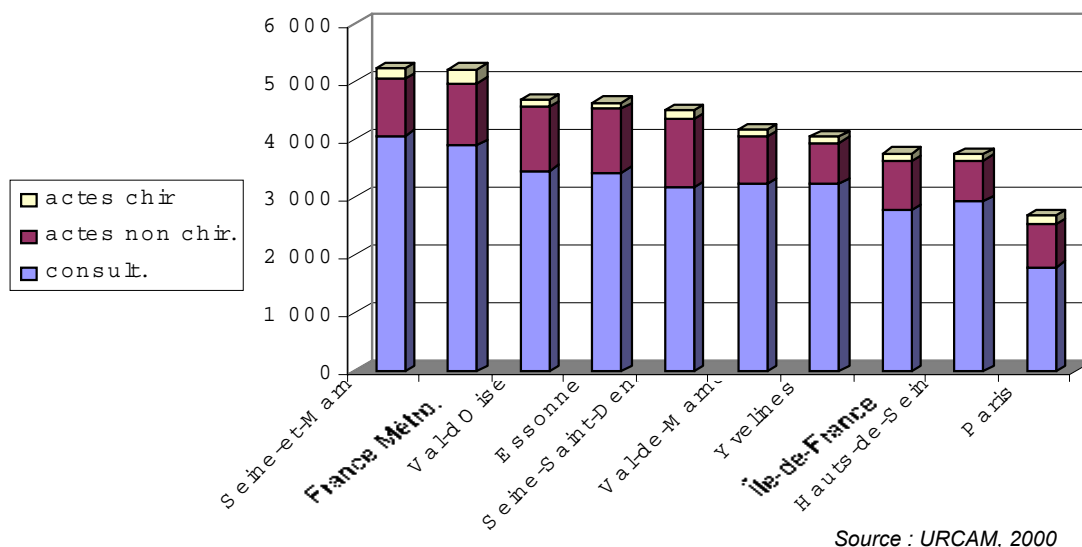
Cependant, il faut être attentif au fait que ce chiffre est déformé par la « **spécificité parisienne** », où le nombre d'actes par an et par praticien libéral (2 690) est moitié moindre par rapport à la moyenne française.

Ainsi, il existe une véritable hétérogénéité intra-francilienne : certains départements (Seine-et-Marne) reflètent le profil français, tandis que d'autres (Hauts-de-Seine) sont plus proches des caractéristiques franciliennes.

On retrouve ces particularités si l'on distingue les consultations (29 % de moins en Ile-de-France, 54 % de moins pour Paris), les actes non chirurgicaux (21 % de moins) et les actes chirurgicaux (44 % de moins).

Actes libéraux par praticien	France	Ile-de-France	Paris
Consultations	3 894	2 773	1 796
<i>Par rapport au total français</i>		- 29 %	- 54 %
Actes non chirurgicaux	1 075	849	735
<i>Par rapport au total français</i>		- 21 %	- 32 %
Actes chirurgicaux	242	135	159
<i>Par rapport au total français</i>		- 44 %	- 34 %
TOTAL DES ACTES	5 211	3 757	2 690
<i>Par rapport au total français</i>		- 28 %	- 48 %

Source : URCAM, 2000



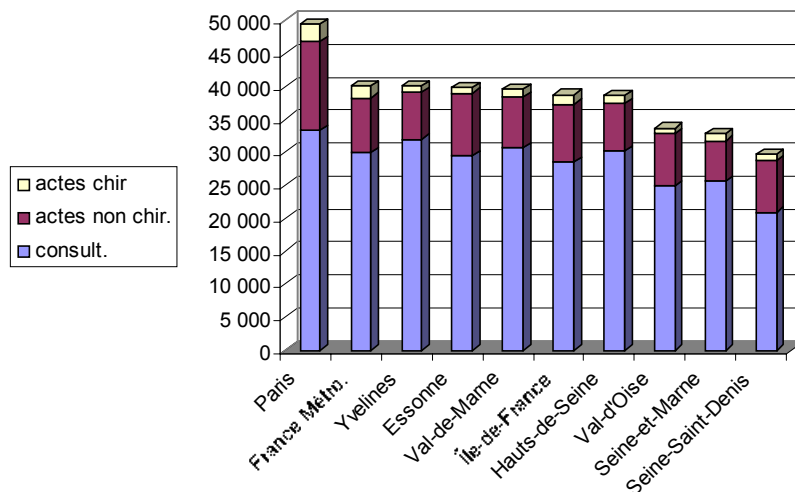
Activité pour 100 000 habitants¹³

Si l'on considère à présent l'activité libérale en Ile-de-France rapportée au nombre d'habitants, on observe une **exception parisienne** flagrante, avec des divergences inter-départementales fortes. Globalement, si le total des actes pour 100 000 habitants est plus faible en Ile-de-France, il est paradoxalement beaucoup plus élevé à Paris, et ceci est encore plus remarquable en ce qui concerne les actes chirurgicaux et non chirurgicaux.

Actes lib. pour 100 000 hab.	France	Ile-de-France	Paris
Consultations	29 981	28 559	33 234
<i>Par rapport au total français</i>		- 5 %	+ 11 %
Actes non chirurgicaux	8 276	8 745	13 591
<i>Par rapport au total français</i>		+ 6 %	+ 64 %
Actes chirurgicaux	1 865	1 392	2 936
<i>Par rapport au total français</i>		- 25 %	+ 57 %
TOTAL DES ACTES	40 121	38 696	49 760
<i>Par rapport au total français</i>		- 4 %	+ 24 %

Source : URCAM, 2000

¹³ Source : URCAM, 2000



Source : URCAM, 2000

Les délais de rendez-vous pour une consultation non urgente chez un ophtalmologiste libéral

Une enquête téléphonique menée auprès de 70 ophtalmologistes libéraux représentatifs en Ile-de-France ¹⁴ nous a permis d'approcher le délai d'attente nécessaire afin d'obtenir un rendez-vous non urgent chez un médecin, qui est en moyenne de **3 semaines et demie**.

Ce constat est toutefois très hétérogène sur l'ensemble de la région :

- En Seine-Saint Denis et en Val-de Marne, les délais d'attente sont inférieurs à 3 semaines.
- Les départements Ouest (75, 78, 92, 95) sont dans la moyenne francilienne.
- L'Essonne et la Seine et Marne affiche des délais supérieurs à 4 semaines.

2.3. Le bilan pour les consultations

L'estimation des consultations en ophtalmologie de la population francilienne peut se décomposer de la manière suivante (voir section précédente) :

Population saine	3 268 000 ¹⁵	consultations préventives
Population pathologique	1 151 000 ¹⁶	consultations en besoins théoriques dont 1/3 peut être confondu avec la population saine
Total	4 027 000	

¹⁴ Enquête IRIS Conseil Santé, mars 2003

¹⁵ c.f. p.7

¹⁶ c.f. p.6

Parallèlement, l'offre de soins en Ile-de-France se décompose ainsi :

- Offre hospitalière de 800 000 consultations :
 - 100 000 urgences
 - 700 000 consultations ¹⁷
- Offre libérale de 3 153 000 consultations
- Soit une offre totale de **3 953 000** consultations

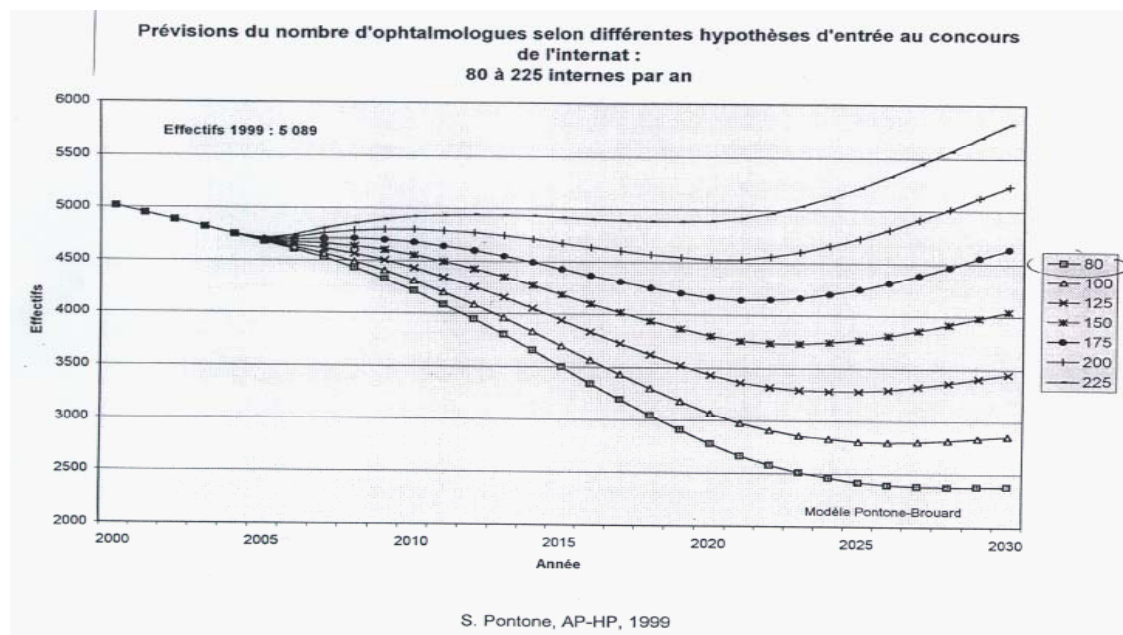
Si l'on compare ces deux volumes, il apparaît que **l'offre semble pouvoir répondre à la demande**, pourtant n'oublions pas que :

- En 2002, à Paris, 14 % des petites sections de maternelle, 12 % des grandes sections, 20 % des CE₂, 18 % des CM₂ présentaient un trouble visuel non dépisté antérieurement ¹⁸.
- Il y aurait en Ile-de-France 150 000 glaucomes et 110 000 rétinopathies diabétiques non diagnostiqués.
- Une étude du CHR d'Orléans a montré l'absence de prise en charge ophtalmologique des personnes âgées en institution.

L'activité ophtalmologique semble donc en fait centrée sur une population adulte, socialisée, souffrant de troubles de la réfraction, que le niveau socioprofessionnel et les modalités de fonctionnement des mutuelles incitent à consulter une fois par an.

2.4. La démographie médicale en question

- **Les ophtalmologistes français**¹⁹



¹⁷ c.f. 1.1.2.

¹⁸ Source : Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé de Paris, 2001, 2002

¹⁹ Source : Thierry BOUR, Congrès de l'ophtalmologie, mai 2003

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Previsions DRESS				5229	5166	5102	5045	4984	4908	4833	4741
Chiffres réels DRESS	5280	5269	5280	5345							
Chiffres réels OM	5267	5265	5346	5396	5437						

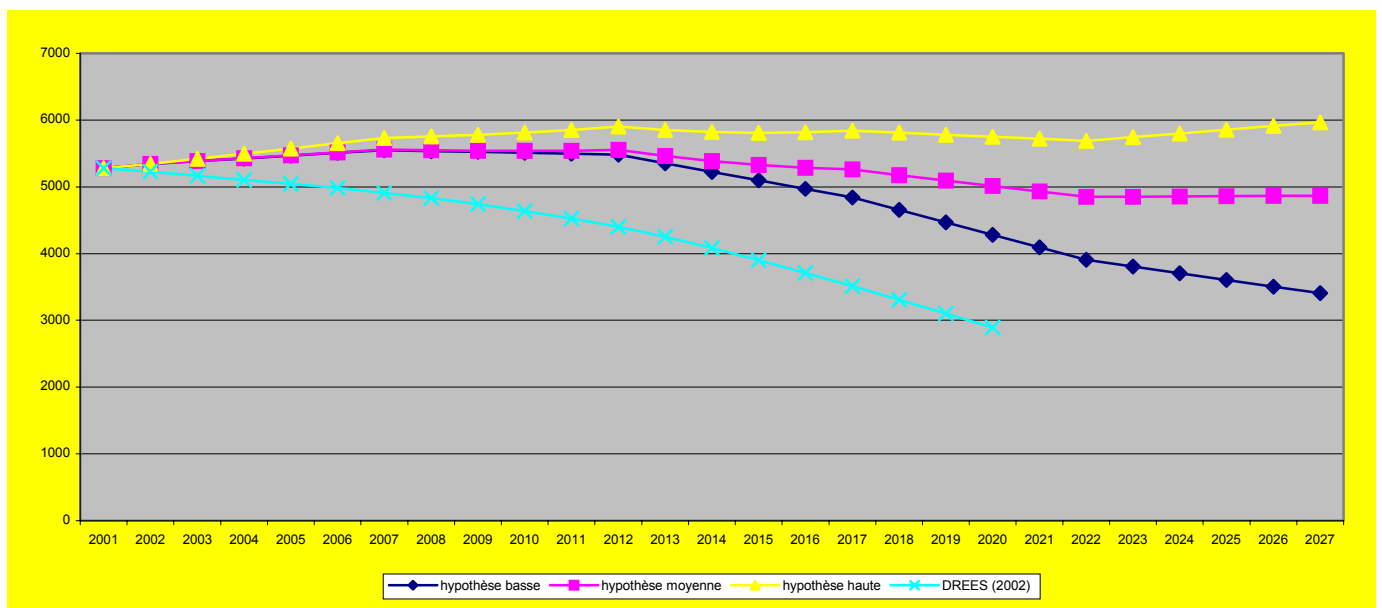
Contre les prévisions de la DREES, la révision du numerus clausus permet d'envisager un tassement de la pénurie annoncée.

Le rapport Berland²⁰ encourage l'augmentation du numerus clausus à 8000 en 2007 pour la France, afin de faire face aux 7000 départs à la retraite prévus à partir de 2010. L'objectif avoué est la stabilisation de la démographie médicale des ophtalmologues. Le nouveau DES devrait être validé par 50 à 80 étudiants par an, soit une population de nouveaux ophtalmologistes de 100 à 130 chaque année, étrangers compris.

Année	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nouv. Oph	85 ²¹	103	74	88	73	79	67	95

Les départs à la retraite devraient en outre être moins nombreux que prévus²² et les retraités soutiendraient l'activité par une participation accrue aux remplacements.

Aussi, deux hypothèses, l'une basse et l'autre haute, ont été émises en 2003 lors du Congrès des Ophtalmologistes de France. Aucune ne retient de scénario catastrophique pour la démographie médicale des ophtalmologues dans les vingt prochaines années.



²⁰ CNOM

²¹ Source : CNAM

²² Source : DREES, CARMF

Même en admettant que la démographie reste stable, nous constatons que les délais pour une consultation non urgente ne cessent d'augmenter, que les ophtalmologues font face à une surcharge de travail et que les besoins de prévention ne sont pas satisfaits.

- **Les orthoptistes français**

Effectif et évolution par rapport à 2002	2002	2010	2016	2020
Orthoptistes France Métro. (hyp : 170 formés / an)	1 780	2 260	2 620	2 860
		+ 27 %	+ 47 %	+ 61 %
Orthoptistes France Métro. (hyp : 250 formés / an)	1 780	2 580	3 180	3 580
		+ 45 %	+ 79 %	+ 101 %
Densité des orthoptistes (hyp : 170 formés / an)	3,0	3,7	4,2	4,6
		+ 23 %	+ 40 %	+ 52 %
Densité des orthoptistes (hyp : 250 formés / an)	3,0	4,2	5,1	5,7
		+ 41 %	+ 70 %	+ 90 %

Suite à l'élargissement des compétences dont ils ont bénéficié en 2001 et matérialisé par la nouvelle nomenclature de 2002, une très nette augmentation des orthoptistes en formation est prévue, soutenue par les organes représentatifs de l'ophtalmologie et de l'orthoptie. En accord avec les projets du ministère, le nombre d'orthoptistes formés devrait atteindre 300 à 400 élèves par an à moyen terme.

L'Ile-de-France regroupe **575** orthoptistes²³, soit 25 % du total français, pour 18,7 % de la population.

Leur **répartition** rejoint celle des ophtalmologistes : il existe en effet une « particularité Ouest », puisque la concentration des orthoptistes dans les 3 départements de l'Ouest parisien (entre 3,5 pour 100 000 habitants dans l'Essonne et 3,9 dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines) et à Paris (4,5) est très supérieure à leur densité en France (2,4 pour 100 000 habitants)²⁴.

Caractéristiques²⁵

Il s'agit d'une profession relativement **jeune** et presque exclusivement **féminine** :

- Age moyen : 39 ans
- 64 % ont moins de 40 ans en Ile-de-France (55 % en France)
- 92 % de féminisation (93 % en France)

²³ Source : DRESS, 2002

²⁴ Source : URCAM, 2000

²⁵ Source : DRESS, 2002

Mode d'activité et lieux d'exercice ¹

Même s'il existe des divergences départementales importantes, on retrouve une large prédominance de l'exercice **libéral**, amplifiée en Ile-de-France (85,7 % contre 77,2 % en France).

Quant au lieu d'exercice des orthoptistes franciliens, il est sensiblement représentatif de celui de leurs homologues français, à savoir : 66 % en cabinets individuels, 21 % en cabinets de groupe, 5 % en établissements publics, 2 % en centres de santé et 2 % en établissements privés PSPH et non PSPH.

- **Les opticiens-lunetiers français**

Effectif et évolution par rapport à 2002	2002	2010	2016	2020
Opticiens-lunetiers (hyp : 1 400 formés / an)	12 000	16 400	19 700	21 900
		+ 37 %	+ 64 %	+ 83 %
Densité des opticiens-lunetiers	20,3	26,9	31,7	34,9
		+ 33 %	+ 57 %	+ 72 %

La démographie des **orthoptistes** et des **opticiens** est très en avance et sans commune mesure avec la pénurie attendue ou l'éventuelle stabilisation du nombre d'ophtalmologistes. A l'inverse de ces derniers, la population des opticiens-lunetiers connaît une croissance extrêmement rapide, sans aucun frein de type *numerus clausus*, pouvant aboutir, si le rythme actuel est conservé, à un presque **doublé en 2020**. Toutefois, le nombre d'opticiens-lunetiers devrait s'auto-réguler dans un proche avenir puisque le marché ne pourra probablement pas « absorber » le nombre de diplômés de la discipline. On constate déjà une concentration des opticiens commerçants et une augmentation des opticiens salariés, dont le statut des derniers ne correspond pas aux promesses de la formation initiale.

Les **2 900** opticiens-lunetiers d'Ile-de-France représentent **24,3 %** de leur profession sur l'ensemble de la France.

Leur **densité** est également plus forte en Ile-de-France : 26 opticiens pour 100 000 habitants (20 pour 100 000 en France), soit une densité 5 fois plus importante que celle des orthoptistes, même s'il existe une hétérogénéité intra-francilienne remarquable (de 47 pour 100 000 habitants à Paris à 17 pour 100 000 habitants dans le Val-d'Oise).

Caractéristiques ²⁶

Il s'agit d'une profession relativement **jeune** et plutôt **masculine** :

²⁶ Source : DRESS, 2002

- 63 % ont moins de 40 ans en Ile-de-France (55 % en France)
- 48 % d'hommes parmi les opticiens salariés et 72 % parmi les libéraux

- **Au total...**

Parallèlement, alors qu'en 2002, les besoins de santé publique en matière de dépistage et de suivi ne sont pas satisfaits, les évolutions démographiques de l'ophtalmologie (très légère baisse en 2020) et de la population générale (+ 6 % en 2020), laissent planer davantage d'interrogations sur les modes d'organisation des soins que sur les démographies médicale et paramédicale.

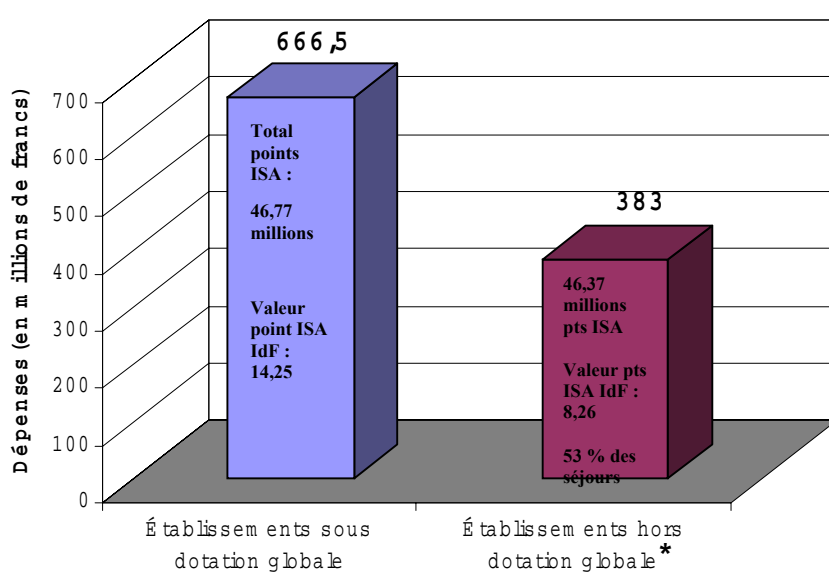
Selon les prévisions, le secteur le plus touché par la baisse démographique serait le secteur **libéral**, le secteur hospitalier étant relativement « préservé ». Cela amplifierait le déficit, les libéraux étant plus productifs, et accessoirement moins coûteux.

Enfin, une interrogation demeure quant au rôle des opticiens, souhaitant pour partie accéder à une fonction de soins par le biais de l'**optométrie**, formation diplômée par des universités françaises mais actuellement **non reconnue** par le Code de Santé Publique. Il semble que la Doctrine française refuse catégoriquement de reconnaître un rôle à la faible population des optométristes à quelque niveau que ce soit. Mais pourquoi ne pas imaginer que les opticiens puissent jouer un rôle de « gatekeeper », c'est-à-dire de dépistage non diagnostique d'éventuels troubles de la vision.

3. Les coûts de l'ophtalmologie

3.1. Le coût des séjours hospitaliers

- **Estimation de la dépense à partir du point ISA (hospitalisation complète et ambulatoire)**



Estimation de la dépense = total points ISA produits par l'activité d'ophtalmologie (valeur 1999) x valeur du point ISA régionale 1999

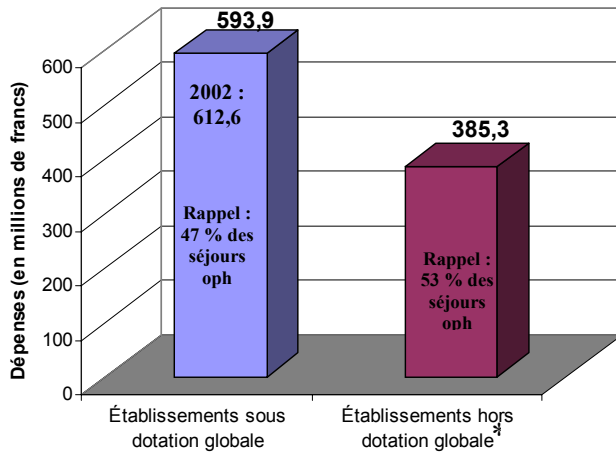
NB :

- GHM 048 : intervention sur la rétine = 1740 pts ISA
- GHM 051 : cataracte = 920 pts ISA

Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

* honoraires médecins inclus

Méthodologie de l'estimation de la dépense à partir du point ISA

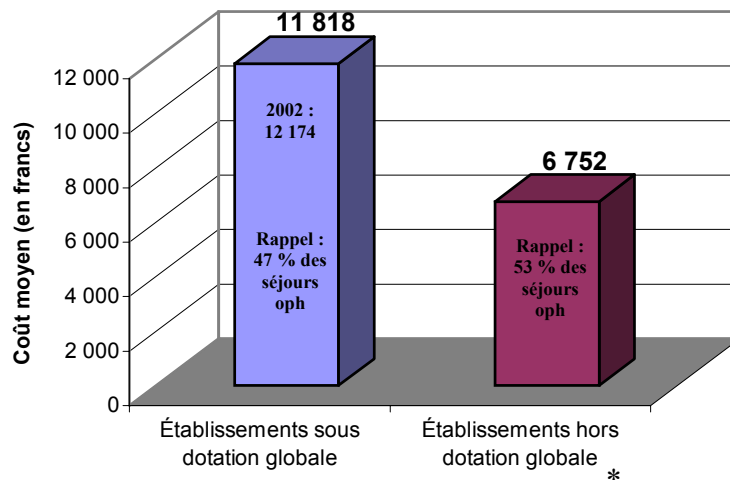


L'estimation des coûts a été réalisée à partir des données PMSI 2001 auxquelles ont été appliqués les coûts de références nationaux 1999 pour les établissements publics et les coûts de références nationaux 1999 pour les établissements privés. Cette estimation ne retient que les coûts directement imputables aux séjours (hors frais financiers et frais de structure).

Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

* honoraires médecins inclus

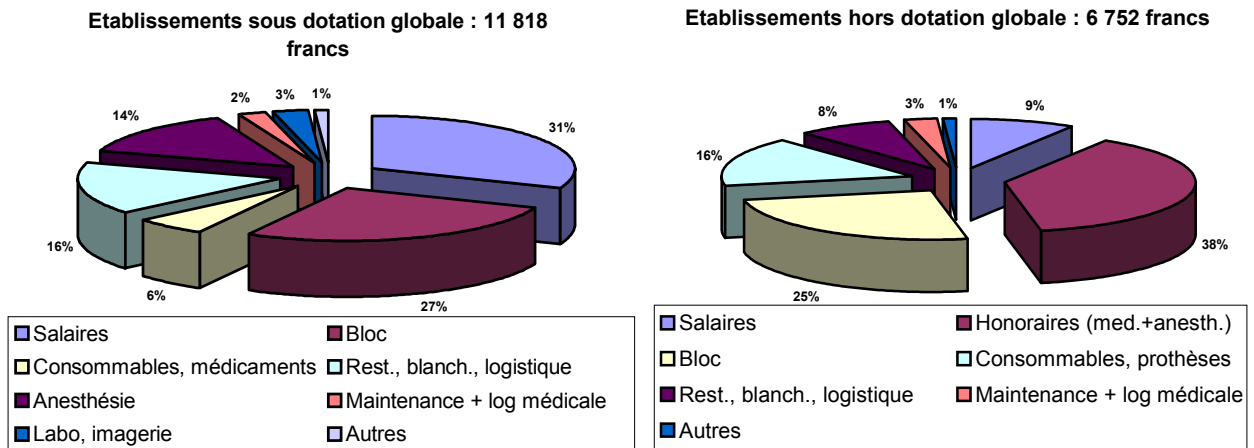
- Coûts moyens du séjour (hospitalisation complète et ambulatoire)



Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

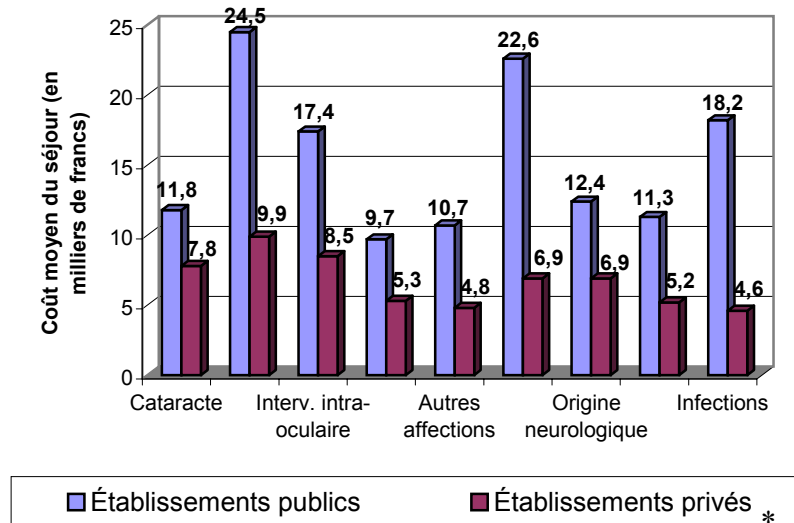
* honoraires médecins inclus

- Structure moyenne des coûts



Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

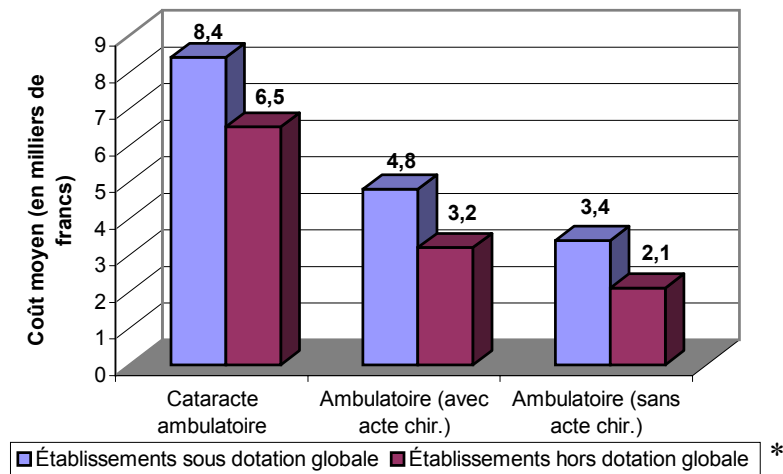
- Coût moyen en hospitalisation complète



Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

* honoraires médecins inclus

- **Coût moyen des séjours < 24 heures**



Sources : PMSI 2001 et Echelle des coûts publics et privés 1999

* honoraires médecins inclus

- **Au total...**

Il existe une **différence significative de coût** de prise en charge entre les secteurs hospitaliers, la prise en charge dans les établissements privés étant moins chère que dans ceux sous dotation globale, et ce, quelle que soit la pathologie considérée ou le mode de prise en charge. La différence moyenne est d'environ 35 % pour l'hospitalisation complète et de plus de 22 % pour l'ambulatoire.

C'est sans doute l'organisation différente entre les structures qui explique aussi le différentiel :

- **Utilisation du Bloc Opératoire** : les standards sont de 50 % dans le secteur public contre 75 % dans le privé.
- **Personnel spécifique** : le secteur privé utilise peu les IADE, fortement représentées dans le secteur public.
- **Gestion de l'ambulatoire** : le privé l'a développée massivement avec des taux d'utilisation souvent proches de 100 %.
- **Taux d'occupation et mutualisation des moyens** : le privé est plus performant dans la gestion de l'espace par une mutualisation des moyens. Il n'y a pas de service, mais des lits. Pas d'hospitalisation de jour lilliputienne mais une gestion commune de l'hospitalisation, une fermeture le week-end d'unités complète, etc..
- **Masse salariale** : son contenu est différent. La masse salariale du secteur public semble frappée du handicap de la rigidité et du frein au changement.
- **Management** : la capacité et la rapidité des décisions diminuent les interférences, le temps et par conséquent les coûts.

L'objectif de cette étude de coûts n'est pas partisan : chacun est conscient que le **service public** doit répondre à certains besoins que le secteur privé ignore, et en cela l'alignement du premier sur le second est à exclure. Il n'empêche que la **rationalisation organisationnelle** du secteur public est un point fondamental du débat sur la meilleure prise en charge des troubles de la vision.

3.2. Le coût de l'activité libérale en Ile-de-France

En euros	Ile-de-France	France
Honoraires	162 069 847	772 469 664
<i>dont dépassements</i>	52 953 429	129 904 823
<i>dont part conventionnée</i>	109 116 418	642 564 841
<i>Part prise en charge par la SS</i>	67,3 %	82,7 %
Part des ménages ou mutuelles	32,7 %	17,3 %

L'Ile-de-France s'illustre par la part des **dépassements**, qui représente près de 33 % des honoraires, soit presque le double du taux français moyen. Ce phénomène se reflète dans la part qui reste à la charge des ménages (ou mutuelles), bien plus élevée que sur le reste du territoire.

4. Conclusion

4.1. L'existant au plan national

- Il n'y a pas de prise en charge exhaustive du dépistage ophtalmologique, en particulier aux **âges extrêmes** de la vie. Cela a des conséquences en terme de handicap et de perte de chance.
- Le seul **dépistage** réel et systématique est fait par des non-ophtalmologistes : en médecine scolaire qui examine toute la population des enfants, et dans une moindre mesure par la médecine du travail qui voit les actifs salariés.
- L'activité **chirurgicale** est en croissance constante et rapide, en particulier sur la cataracte (9 % par an) et la chirurgie réfractive (30 % par an).
- Il existe déjà des zones géographiques de **non accès** aux soins ophtalmologiques par « insuffisance » de temps médical.

4.2. Les spécificités de l'Ile-de-France

- Grande **concentration de moyens** privés et hospitaliers en ophtalmologie comme ailleurs, avec toujours Paris comme épice.
- La sur densité des **libéraux**, apparemment très forte est à pondérer par **leur profil mixte** (libérale et « autre chose »), ainsi que leur faible activité.

- L'Ile-de-France est une région d'**attraction** avec un solde positif de 16 % d'hospitalisations venues d'ailleurs.
- Malgré la sur densité de l'offre, il n'y a **pas de sur-consommation** d'activité libérale, ni de sur-consommation chirurgicale qu'elle soit publique ou privée.

4.3. Les coûts au niveau national

- Sur une enveloppe de 30 milliards de francs pour l'ophtalmologie en 1998, plus de 17 milliards concerneraient les « **autres biens médicaux** », dont on peut estimer à environ 1 milliard de francs les implants oculaires, le reste incluant les lunettes et lentilles de contact. C'est de loin le premier poste de dépenses, même s'il concerne essentiellement les ménages et les mutuelles.
- Les **établissements sous dotation globale** sont **financièrement moins performants** que le secteur libéral, en ce sens qu'ils sont plus chers pour tous les GHM. De plus, à effectif et coût égaux ou supérieurs entre 1998 et 2001, alors que la demande se développe, ils ont vu toutes leurs activités, à l'exception des urgences, diminuer : hospitalisations, consultations.

4.4. La prospective générale

- La **population** française va augmenter en nombre et vieillir (+ 6 % en 2020 pour la France et + 4,7 % pour l'Ile-de-France).
- La prévalence et le nombre des DMLA, des rétinopathies diabétiques, mais aussi des troubles de la réfraction, vont augmenter.
- Face à ce besoin croissant, en 20 ans la population des **ophtalmologistes** devrait rester comparable à la population actuelle (environ 79 DES validés en moyenne chaque année²⁷).
- Pour pallier la croissance de la demande de prise en charge, l'ophtalmologie compte faire de l'orthoptie un partenaire important. La croissance des effectifs des **orthoptistes**, si l'on se réfère aux objectifs de formation (300 à 400/an vers 2010) pourrait compenser la stabilisation du nombre d'ophtalmologistes. Néanmoins, les délais de consultations, et les objectifs de prévention ne seraient guère réévalués sur le simple maintien des populations médicales et para-médicales.

4.5. La prospective chirurgicale

- Il n'existe pas d'indicateur crédible pour savoir si la **forte pente de progression** de la chirurgie portant sur la cataracte et la réfraction (1999-2001) va se poursuivre.
- Toutefois, si cette augmentation persistait, cela aurait plusieurs conséquences :

²⁷ source : AUFEMO

- Augmentation du **temps médical** consacré à la chirurgie, et donc moins de temps de consultations.
- Ce sont les **libéraux** qui assurent les grands volumes de consultations. Ce sont également eux, et eux seuls, qui portent l'augmentation de l'activité chirurgicale, alors que l'établissement de santé sous dotation globale s'est essouffé entre 1998 et 2001 (- 7 %).
 - La légère diminution ou la stabilisation du nombre de libéraux (85 environs/ an)²⁸ limitera donc, voire fera régresser l'activité chirurgicale pourtant justifiée, ainsi que l'accès aux soins de consultation.

4.6. Au total...

- Les courbes de malades et de médecins ophtalmologistes divergent dans les 20 ans à venir, avec de plus, un glissement des ophtalmologistes vers la chirurgie.
- L'évolution vers la stabilisation de la population ophtalmologue en valeur absolue est en suspens entre les projections alarmistes de la DREES et les efforts de formation anticipés par le SNOF (une centaine chaque année²⁹). Elle connaîtrait un léger déficit en valeur relative (face à l'augmentation de la demande) même si l'Île-de-France ne sera pas la région de France la plus handicapée par le problème.
- Avec l'apport toujours possible mais limité de **médecins étrangers**, (+ 30 par an³⁰), l'hôpital diminuera moins sa population médicale que le secteur libéral. Malheureusement, à effectifs constants, les trois dernières années ont montré que l'hôpital ne peut accepter d'activité supplémentaire.
- C'est le **ressort libéral** qui a porté la croissance chirurgicale et à un coût moindre.
- Avec un maintien de la population ophtalmologue, et une augmentation de la population des orthoptistes et de leurs compétences, la question de la prise en charge devient un dilemme organisationnel.
 - Quel rôle pour les opticiens-lunetiers à moyen terme ?
 - Quel avenir pour les **optométristes** porteurs d'un diplôme d'Université française sans objet dans le Code de Santé Publique ?
 - Le rôle de l'**hôpital** doit-il rester le même, en concurrence avec le privé sur la plus grande partie de son activité ?

²⁸ source : CNAM

²⁹ SNOF 2003, Commission de la démographie

³⁰ Source : SNPAC

4.7. Les leviers

Plusieurs acteurs peuvent intervenir pour modifier l'évolution défavorable qu'entraînerait le statu quo :

- Il y a un enjeu de santé publique : l'**Etat**
 - « Enveloppe ophtalmologie », reconnaissance et définition des métiers, politique de prévention...

- Il y a un enjeu de formation : les **universitaires**
 - Démographie des spécialités médicales, filières de formation...

- Il y a un enjeu sanitaire : les **établissements de santé**
 - Baisse des coûts unitaires, augmentation de la performance et de l'activité ambulatoire, consultations, urgences...
 - Repositionnement de l'AP-HP, définition stratégique...
 - Reconfiguration des CHNO et Fondation Rothschild vers des produits de haute valeur ajoutée, hyper-spécialisés et typiquement hospitalière et recherche...
 - Bascule vers plus d'ambulatoire.

- Il y a un enjeu économique : les **caisses**, les **mutuelles**, les **opticiens** et les **industriels** :
 - Ils sont les seuls intervenants sur 58 % de la dépense nationale en ophtalmologie.
 - Réflexion sur les prix, le processus de remboursement...

PARTIE II

PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Rappel des contraintes

Qu'elles soient optimistes ou pessimistes, les prévisions concernant le contexte global de la prise en charge des troubles de la vision en Ile-de-France posent un certain nombre de défis à relever.

La socio-démographie francilienne : une augmentation de la part des personnes âgées en Ile-de-France va engendrer une augmentation mécanique de la demande (+15 % des besoins d'ici 2020).

La démographie des professionnels prenant en charge les troubles de la vision en légère baisse en ce qui concerne l'Ile-de-France : le nombre des ophtalmologues ne sera sans doute pas suffisant pour répondre à la hausse des besoins de la population à moyen terme, laissant une « marge de pénétration » dans ce secteur d'activité aux orthoptistes.

L'organisation de la prise en charge : bien que théoriquement suffisante en terme de moyens médicaux, la mauvaise utilisation des ressources entrave la bonne prise en charge actuelle et future des besoins et limite les ambitions en matière de prévention. En Ile de France : les moyens humains et techniques sont dispersés sur de nombreux sites et les services d'ophtalmologie souffrent d'un manque cruel de moyens et de reconnaissance. L'ophtalmologie tient pourtant un rôle central dans une structure hospitalière. Bien que non vitale, elle intervient à l'intersection de plusieurs autres spécialités. Le rôle des Hôpitaux Généraux d'Ile-de-France est donc à redéfinir afin d'optimiser l'utilisation des moyens existants sans mettre en péril la bonne prise en charge de pathologies qui nécessitent un recours de proximité.

2. Solutions arithmétiques

La courbe traduisant l'augmentation de la population âgée croise celle de la stabilisation (ou de la baisse) de la démographie médicale (effet « ciseaux » de cette contradiction).

L'augmentation du temps médical avec transfert de compétences est le seul moyen sur lequel il est possible d'agir.

- Augmentation du temps médical ⇒ augmentation du **numerus clausus** (rapport Berland : augmentation du NC à 8000 en 2007 pour les ophtalmologues et augmentation de la formation 300/an pour les orthoptistes, à élargir encore éventuellement).
- Transfert de compétences ⇒ renforcement du rôle des **professions paramédicales** (nouvelles compétences pour les orthoptistes depuis 2002).

3. Propositions organisationnelles

Si comme le soulignent les récentes conclusions de la Commission de la démographie du SNOF, le nombre d'ophtalmologues venait à se stabiliser, et si les orthoptistes deviennent les véritables partenaires des ophtalmologues grâce à l'extension de leurs domaines de compétences et à l'augmentation du nombre de diplômés, la question de la pénurie démographique ne devrait pas être le principal frein de la future prise en charge des troubles de la vision. Néanmoins la population francilienne, et en particulier la population âgée, n'est pas amenée à se stabiliser.

Par projection virtuelle à moyen terme, la situation globale de l'ophtalmologie en Ile-de-France pourrait demeurer à peu près la même que celle que nous connaissons actuellement. Dès lors, la marge d'action que laisse entrevoir une démographie médicale plutôt stable nous amène à revenir sur les lacunes que nous constatons aujourd'hui pour trouver les moyens organisationnels d'y remédier. Car à démographie médicale stabilisée, les délais d'attente pour les consultations, la difficulté de faire davantage de prévention, l'engorgement des urgences, le report de la chirurgie, la disparition sporadique de services d'ophtalmologie et le déclin que connaît la spécialité en terme d'image resteront malheureusement d'actualité en 2020.

C'est pourquoi, si l'on s'accorde à considérer que les lacunes de la prise en charge sont fondées sur une mauvaise utilisation des ressources techniques ou humaines, c'est bien sur ce versant que la réflexion doit porter pour tenter de mieux répondre à une demande qui croît de manière mécanique.

3.1. LES ORIENTATIONS

Quelques mesures ont déjà engagé la réforme afin de renforcer la prise en charge médicale et para médicale : redéfinition (2001) des compétences des partenaires « naturels » des ophtalmologistes que sont les orthoptistes. Un certain nombre de dysfonctionnements se caractérise par quatre constats :

- ✓ dispersion des moyens techniques et humains, notamment pour la chirurgie,
- ✓ pluriactivité, paradoxalement illégitime dans les centres hospitaliers, compte tenu de leur faible activité sur certains actes,
- ✓ manque de structures intermédiaires entre les patients et les moyens mis à disposition des praticiens pour prendre en charge de manière plus efficace les troubles de la vision,
- ✓ manque de complémentarité des différents acteurs de la spécialité.

Pour y répondre de manière simple, quatre grandes orientations se dégagent des réflexions menées en accord avec les ophtalmologistes franciliens :

- ✓ regroupement des moyens,
- ✓ spécialisation des sites,

- ✓ émergence de nouvelles structures intermédiaires innovantes,
- ✓ multiplication des partenariats médicaux et financiers.

Ces quatre orientations vont se matérialiser sous différentes modalités au sein des structures de prise en charge des troubles de la vision. Nous **en définirons QUATRE**.

3.2. LES STRUCTURES

Toutes les composantes structurelles de la prise en charge des troubles de la vision sont concernées par la réorganisation du maillage géographique. Le patient doit être au coeur de la recomposition sanitaire.

A Paris : le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Rothschild et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sont les sites hospitaliers de références pour le recueil des patients souffrant de troubles de la vision. Néanmoins, ces Pôles de référence souffrent d'un engorgement de leurs urgences et d'un temps chirurgical de plus en plus restreint compte tenu de l'insuffisance des moyens et de la forte activité en consultations.

Ces structures sont au coeur de la problématique d'une meilleure prise en charge des troubles de la vision. Leurs spécificités, leur caractère, leurs interconnexions, leurs synergies et leurs complémentarités représentent les fondements des nouvelles propositions organisationnelles qui sont déclinées pour chacune d'elles.

Le maillage serait organisé par l'émergence de 4 structures, comme suit :

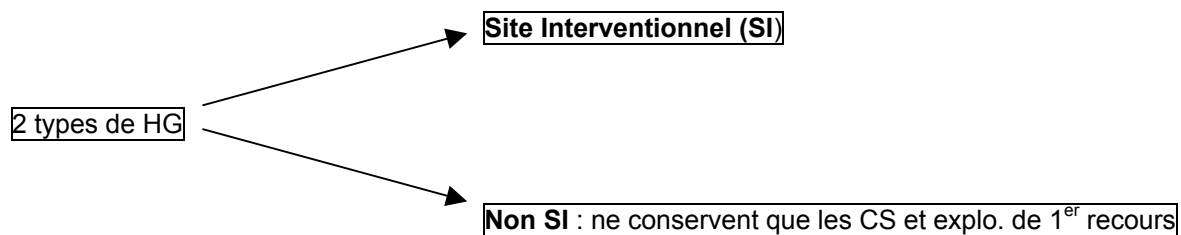
- **Des Sites Interventionnels Franciliens (SIF)** regroupant les moyens techniques et humains pour la prise en charge des Consultations de second recours (niveau 2), les urgences et les actes chirurgicaux avec comme satellites les services d'ophtalmologie des Hôpitaux Généraux (niveau 1).
- **Des Centres Ophtalmologiques Conventionnés (COC)** ou centres (libéraux ou de gestion libérale ou associative?) de secteur I, centres de consultations et d'urgences, de type dispensaires, rattachés aux Pôles de référence.
- **Des Pôles de Référence (PR)**, qui sont les établissements de santé spécialisés pour les pathologies graves, lourdes, rares et à risque (niveau 3), les urgences, la formation, et la recherche.
- **Des Fédérations** : structures de coordination des ressources entre les pôles sur certaines pathologies particulières.

- **Les Hôpitaux Généraux**

La redéfinition des rôles des Hôpitaux Généraux répond à deux nécessités : d'une part, il s'agit de redonner les moyens aux ophtalmologues de pratiquer leurs actes chirurgicaux dans de bonnes

conditions, entourés d'une équipe d'orthoptistes et de personnel non médical lato sensu en nombre suffisant et avec un équipement technique de qualité ; d'autre part, la concentration des moyens techniques et humains sur un site indépendant (le SIF) devrait aboutir à une plus grande efficacité dans l'utilisation des moyens techniques mis à disposition des praticiens et donner plus de lisibilité pour la programmation opératoire.

Dans les départements franciliens seraient distingués les Sites Interventionnels et des Hôpitaux Généraux non SI.



- **Les Hôpitaux Généraux non SI**

Ils forment un recours de proximité pour une prise en charge qui nécessite un maillage serré :

- pour les besoins internes de l'établissement, un service d'ophtalmologie est maintenu, l'activité ophtalmologique ne saurait être détachée de l'activité de médecine exercée dans ces structures
- des **vacations** d'expertise en ophtalmologie de niveau 1 y sont pratiquées

L'établissement d'un cahier des charges minimum pour le **plateau technique** et la présence permanente d'orthoptistes permettraient aux médecins vacataires d'exercer dans des conditions satisfaisantes. Des formes de **partenariat** sont à encourager avec le secteur libéral à travers les réseaux ville-hôpital par exemple.

- **Sites Interventionnels franciliens ou SIF**

Cette nouvelle forme d'organisation :

- est située en Etablissements de Santé plutôt dans les Hôpitaux Généraux mais éventuellement dans les centres libéraux (ex : Cherest)
- est le seul lieu d'hospitalisation et seulement en ambulatoire
- est dotée d'un plateau opératoire, prend en charge les explorations fonctionnelles de niveau 2 et les consultations spécialisées
- dispose d'un personnel non médical propre

- peut bénéficier d'un personnel médical délégué, mis à disposition par l'Hôpital Général non SI détenteur de postes afin que ne soit pas opéré un transfert de ses postes
- dispose d'un budget propre et autonome
- est reliée en amont avec les Hôpitaux Généraux non SI, les réseaux ville-hôpital, les Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU)
- est reliée en aval aux Pôles de Référence

Le regroupement peut être repensé de manière innovante à travers la création de structures uniques et centrales par département ou bassin de population. Il s'agirait de créer par exemple un ou plusieurs centres d'ophtalmologie, définis par l'ARH et intégrés dans le SROS selon un critère **géographique** de déplacement des patients (1 pour les petits départements limitrophes de Paris, 2 pour les autres, etc...) et de regrouper des moyens humains et techniques sur un Site centralisateur, surtout en matière de chirurgie. Y serait pratiqués les **actes sophistiqués mais non référents**.

Ils n'auraient pas vocation à prendre en charge les consultations de 1^{er} recours sauf après réorientation par un collègue, ni ne pratiqueraient d'explorations fonctionnelles simples. Des vacations seraient maintenues dans les établissements généraux « partenaires » à vocation de **recours de proximité** pour les consultations et explorations de recours social.

Ces Sites Interventionnels pourraient être dotés d'une structure originale (formule juridico-économique des Groupements de Coopération Sanitaire, Syndicat, etc... par exemple). Notons que bien souvent le Site Interventionnel sera géographiquement placé sur un Hôpital Général. Or les deux structures ne devront pas être confondues. Les SIF pourraient être financés par l'affectation d'une ligne budgétaire des Hôpitaux Généraux « partenaires » de la région ou du bassin de population concerné, selon l'échelon choisi, Il conviendrait d'adapter le mode de financement si le SIF devait être rattaché à une structure privée ou associative.

Le Site disposerait de son propre personnel non médical et pourquoi pas médical, les établissements « partenaires » mettant également à disposition des médecins affiliés au GCS, GIE, syndicat... pour l'exercice médico-chirurgical de la structure.

En outre, pourquoi ne pas imaginer des formes de **jumelage** avec les Pôles Référents, où certains praticiens viendraient exercer en **vacations** au sein de ces Sites Interventionnels afin de resserrer le maillage de la prise en charge et le transfert d'information et de technologies.

La création de Sites Interventionnels ne doit pas remettre en cause le maillage serré de prise en charge dans les Hôpitaux Généraux. Mais la question de l'intérêt des médecins à faire des vacations dans les Hôpitaux Généraux reste en suspens. Il convient dès à présent de réfléchir à d'éventuelles

incitations pour que l'ophtalmologie de proximité et de recours social ne soit pas lésée par le regroupement. Le maintien des services d'ophtalmologie dans les Hôpitaux Généraux non SI n'est pas remis en cause, mais de fait, leur fonctionnement en serait bouleversé. Afin d'instaurer une plus grande flexibilité pour les praticiens et les techniciens qui seront amenés à changer de structures et de services, ne faudrait-il pas s'interroger sur la rigidité de leur statut qui peut remettre en cause leur carrière dans ce type d'activité ?

- **Les « Centres Ophtalmologiques Conventionnés » ou COC**

Les COC, centres ophtalmologiques conventionnés comme nous les nommons se caractérisent ainsi :

- Ils sont situés auprès des Pôles de Référence
- Ils sont labellisés et portent le nom des Pôles auxquels ils sont attachés
- Ils sont le lieu des Consultations non programmées, des consultations de premier recours et des explorations fonctionnelles simples
- Ils trient les urgences « vraies » des urgences « ressenties » le jour
- Ils sont gérés selon les modalités du privé
- Ils disposent d'une comptabilité analytique
- Fonctionnent par vacation des médecins libéraux ou des temps partiels de l'Etablissement de Soins, avec des médecins qui utilisent leurs propres feuilles.

Cette deuxième structure innovante est proposée pour répondre à la demande croissante de consultations de premier recours et « d'urgences » dont la nature « critique » reste encore trop souvent difficile à déterminer, ce qui engendre un engorgement souvent inutile d'un service qui mobilise d'énormes moyens techniques et humains.

Le but est non seulement de renforcer l'activité de secteur I mais également de permettre aux praticiens exerçant à temps partiel en hôpital, d'exercer en secteur libéral à proximité de leur établissement de soins. Ces Centres Ophtalmologiques Conventionnés étant rattachés aux établissements de soins, ils seraient le vecteur d'un « retour sur investissement » de formation des Pôles Référents. Il s'agit également de **désengorger** les Pôles Référents paralysés par le flot de consultations.

L'une des solutions envisageable, mais difficile à concrétiser, serait une modification réglementaire instaurant une part obligatoire (20%, 30 % ?) de l'activité à être réalisée en secteur I pour les praticiens libéraux.

Ils pourraient aussi attirer les **intérêts** de l'industrie de l'optique et de la lunette sous une forme à définir et sous le contrôle d'un organe de choix et de contrôle composé d'ophtalmologues. En effet, ces centres peuvent apparaître comme des lieux où sont exercées de nombreuses prescriptions à l'attention des opticiens-lunetiers qui en sont les bénéficiaires.

- **Les Pôles de Référence ou PR**

Actuellement, trois structures dominent la prise en charge des troubles de la vision à Paris, et apparaissent comme des références pour l'Ile-de-France : le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Rothschild et l'AP-HP.

Plusieurs formes de partenariats sont envisageables entre les trois grandes structures parisiennes et pourquoi pas quelques établissements d'envergure de la petite couronne (le CHIC de Créteil par exemple).

Plusieurs regroupements peuvent être envisagés :

- Pôles de référence s'associant par conventions, le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Rothschild, l'AP-HP et éventuellement d'autres établissements de la petite couronne, structures « sans mur ».

Les attributions par conventions des Pôles de référence seraient les suivantes :

- prise en charge des pathologies complexes, graves, fragiles et à risque,
- prise en charge de second recours pour les pathologies majeures par leur volume ou leur gravité : rétine, cataracte, glaucome...
- concentration des ressources de haute valeur technologique et humaine,
- prospective et innovation,
- formation et recherche.

Seraient exclus de leur activité :

- les consultations, sauf recommandation par un confrère,
- les explorations simples de 1^{er} recours.

Il y aurait fort à gagner en matière de formation, d'organisation, d'urgences, d'excellence technique et d'innovation, à organiser un regroupement entre ces structures et à concentrer leurs synergies en une forme de partenariat dont la nature reste à déterminer.

La création de Centres Ophtalmologiques Conventionnés rattachées aux pôles référents leur permettrait de se recentrer sur leurs attributions spécifiques. Ici encore, la question de l'incitation des médecins à exercer dans ces structures est posée.

Deux critères essentiels de réorganisation sont réunis dans le cadre du Pôle de Référence : il s'agit d'abord de faire du Pôle le coeur de la réorganisation sanitaire à travers son rôle de tuteur sur les Sites Interventionnels, à travers ses Centres Ophtalmologiques Conventionnés qui forment une interface habile et originale entre l'Hôpital et le secteur libéral et enfin à travers les Fédérations qui lient les différentes structures qui le composent. Le Pôle retrouve son rôle « moteur » par la

spécialisation de ses sites sur une pathologie ou une activité « cible », qui sera source d'excellence, ainsi que par ses attributions dans le cadre de la chirurgie de pointe, de la formation, de la recherche et de l'innovation.

- **Les Fédérations (CSP, art. L 6135-1)**

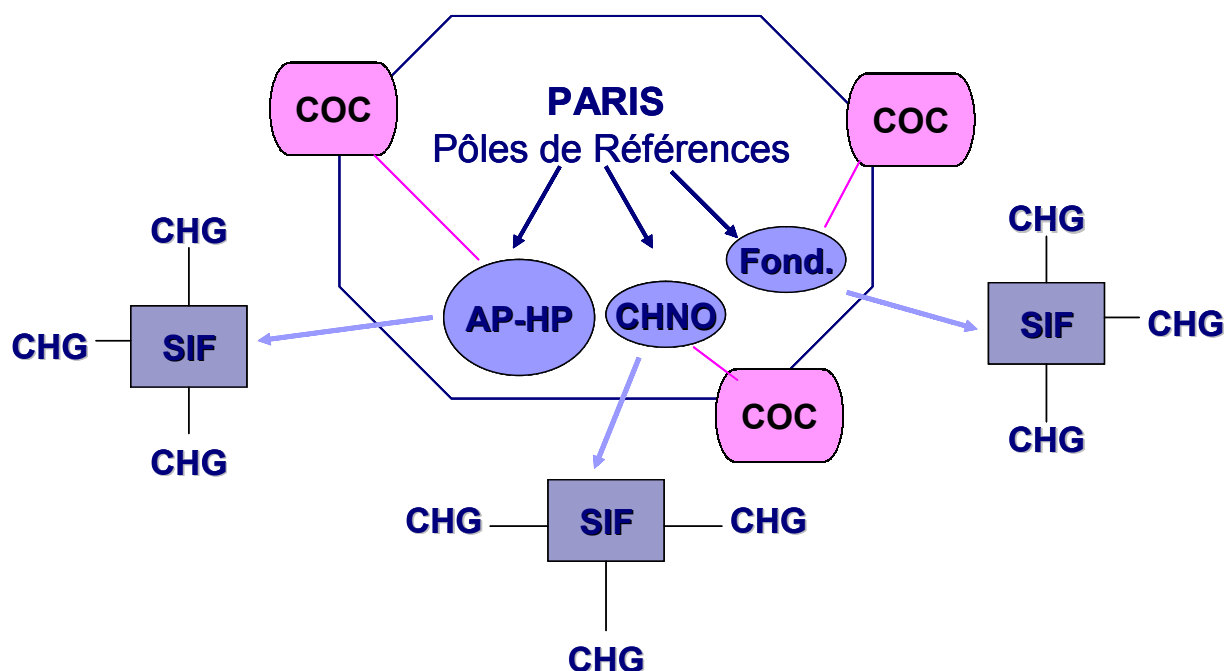
Elles sont notamment un instrument de **coordination** des moyens des établissements pour une meilleure prise en charge de **pathologies cibles**.

Pour des pathologies comme la rétine, la cataracte, le glaucome... des Fédérations inter-établissements spécialisées regroupent les moyens humains et techniques de prise en charge.

Concrètement, elles concentrent les ressources de chaque établissement participant à leur existence. Elles sont le lieu de débats pour la répartition des activités (hospitalisation complète, ambulatoire, consultations, examens complémentaires ou plateau technique).

Déconcentrées, autogestionnaires, elles peuvent disposer d'un conseil de fédération composé d'un médecin coordonnateur et de représentants des divers personnels du service. En outre, elles peuvent, si elles le souhaitent, acquérir une dimension budgétaire. Elles prendraient alors la responsabilité du suivi des dépenses, de la définition et de la prospective budgétaire.

Aménagement du territoire



3.3. LES URGENCES

Deux formes d'organisation sont envisagées pour faire face à la croissance du nombre d'urgences en ophtalmologie. Deux objectifs principaux sont poursuivis dans le cadre de la réorganisation de la prise en charge des urgences :

- maintenir un maillage serré pour ce recours de proximité tout en rationalisant la mobilisation des moyens en fonction du nombre de passages
- désengorger les urgences en faisant la part entre « l'urgence ressentie » ou consultation sans rendez-vous et la « vraie urgence ». Ce dernier point soulève l'épineuse question de l'aléa moral et de la capacité médicale à diagnostiquer un recours dans des conditions particulières propres au mode de prise en charge dans l'urgence.

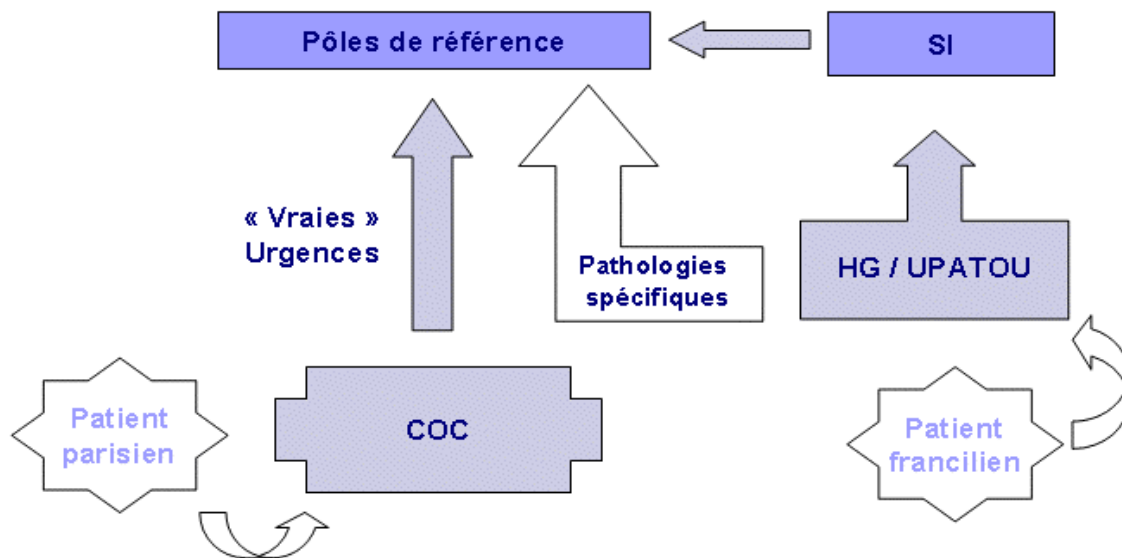
- **Urgences de jour**

En Ile de France, les services d'urgences (UPATOU) des Hôpitaux Généraux orienteront les patients vers les Sites Interventionnels Franciliens en fonction de la réalité de l'urgence. Notons que pour un certain nombre de pathologies spécifiques, l'orientation pourra se faire directement vers les Pôles Référents parisiens spécialisés.

A Paris, cette compétence revient aux Pôles de Référence, et en prolongement de la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences³¹, les Centres Ophtalmologiques Conventionnés (COC) auraient à charge le **tri des urgences** afin de sélectionner les « vraies urgences » des « urgences ressenties ». Désengorger les services d'urgences en reportant les consultations sans rendez-vous à une consultation ultérieure, permettrait non seulement de réduire les temps d'attente pour les urgences mais aussi de rationaliser la mobilisation de moyens techniques qui paraissent déséquilibrés dès lors que l'urgence n'est qu'une « consultation non programmée ». Les gaspillages budgétaires liés aux deux constats évoqués en seraient sans doute réduits.

³¹ CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Aménagement du territoire : Urgences de jour



- **Urgences de nuit**

Les Pôles Référents seront responsables de la prise en charge des urgences pour toute l'Île de France pour la nuit (21h-8h) et les dimanches.

Il conviendrait de centraliser la chirurgie de nuit sur un seul site référent. A Paris, un **calendrier** de rotation pour les gardes serait mis en place entre le CHNO des Quinze-Vingts, la Fondation Rothschild et Hôtel-Dieu (AP-HP) selon des modalités à définir. Il pourrait s'agir d'une rotation tous les trois jours par exemple. Liberté est ici donnée aux acteurs de poser leurs règles de fonctionnements. A l'instar des pathologies cibles, une **Fédération des urgences** semble être la forme de coopération la plus à même de répondre aux aspirations des praticiens des sites concernés. Elle permettrait de poser des règles de fonctionnement avec l'adhésion de chacun.

3.4. L'ENSEIGNEMENT

C'est un vecteur du maintien de l'excellence des diplômés et de la reconnaissance de la spécialité.

Cette activité spécifique revient aux **Pôles de Référence** puisqu'ils sont universitaires, seuls compétents pour la prise en charge des maladies graves, à risque, rares, fragiles, etc..

Ainsi, la formation complète des étudiants pourrait s'opérer selon une rotation au sein des différents pôles pour une appréhension complète et hautement technique de l'activité médicale et chirurgicale de la spécialité. La concentration de cette activité pourrait passer par la mise en place d'un lieu unique de formation pour la spécialité et d'un même corps professoral.

Enfin, pourquoi ne pas imaginer pouvoir s'assurer, en amont, de la compétence des futurs diplômés de l'orthoptie, par la création d'une ou plusieurs **Ecoles d'Orthoptistes** ?

3.5. LA RECHERCHE

Qu'il s'agisse de recherche clinique ou fondamentale, l'hôpital en est le lieu privilégié, celui qui réunit les cohortes des différentes pathologies concernées.

A cet égard, la constitution d'un groupement d'intérêt scientifique (GIS) dénommé « Institut de la Vision » (février 2002) sur le site du CHNO des Quinze-Vingts, à vocations mixtes, INSERM et CNRS, hospitalière et hospitalo-universitaire, publique et privée, française et internationale, réunit les suffrages des ophtalmologistes impliqués dans la recherche.

4. LE FINANCEMENT DE CES PROPOSITIONS

Une telle réorganisation nécessite de s'intéresser aux formes de son financement, qu'elles qu'en soient l'origine. Elles peuvent être de plusieurs natures :

4.1. Les enveloppes spécifiques

Elles concernent la création et la mise en place des deux structures innovantes que sont les Centres Ophtalmologiques Conventionnés (COC) rattachés aux Pôles de Référence et les Sites Interventionnels franciliens (SIF). En effet, les établissements partenaires sont des Etablissements sous Dotation Globale. Afin de conserver l'autonomie de gestion des structures nouvelles, la création d'enveloppes spécifiques serait souhaitable.

4.2. L'enveloppe régionale

La nature de la réforme est ambitieuse et engendrerait un certain nombre de transferts (ressources humaines, techniques, d'informations, etc..). Afin de ne pas faire naître de nouveaux déséquilibres, le soutien d'une enveloppe régionale pour les structures sous Dotation Globale semble nécessaire. Cette enveloppe ne saurait être sans le soutien des tutelles régionales et des pouvoirs publics.

4.3. Le rôle de l'industrie

Rappelons que l'industrie de la lunette (et des prothèses) représente une part très importante des dépenses en ophtalmologie (60 % des dépenses totales). En cela, ce secteur représente un énorme potentiel de financement. En collaboration avec les Centres Ophtalmologiques Conventionnés, les opticiens pourraient jouer un rôle d'investisseur ou de mécène, pour la prévention notamment.

LE FINANCEMENT DES CENTRES OPHTALMOLOGIQUES CONVENTIONNES

Comme pour les Sites Interventionnels, il conviendrait de les faire fonctionner « au prix réel », ce qui sera rendu possible par l'introduction de la comptabilité analytique dans leur mode de gestion. A défaut de l'introduction de ce mode de gestion, il serait indispensable que des tableaux de bord très précis soient mis en place. Quoi qu'il en soit, un financement autonome est la condition sine qua non de leur viabilité pour que la gestion soit transparente vis-à-vis des Pôles de Référence.

5. LA REDEFINITION DU ROLE DES PARTENAIRES

Qu'elle soit souhaitable ou non, la pénétration de l'activité des partenaires naturels de l'ophtalmologie est un risque potentiel et conduit à s'interroger sur les champs de compétences des divers acteurs, dans le respect du rôle médical primordial des ophtalmologues.

5.1. Les orthoptistes

Le soutien de cette profession para médicale passe par plusieurs voies :

- Une augmentation du **nombre** d'orthoptistes formés chaque année (170 actuellement³² mais 300 à 400 à moyen terme). Selon le rapport Hamard les besoins de formation sont de 2 500 à 3 000 dans les 10 prochaines années contre 200 à 250 départs en retraites. Le ratio

³² source DREES

Orthoptistes/Ophthalmologues est actuellement trop bas (0,44/1) mais les mesures prises en 2001 et 2002 devraient combler ce déficit.

- Une extension de leurs **compétences** exercées sous la tutelle des ophtalmologues (seuls praticiens médicaux légitimes de la spécialité), pour alléger le poids lié à l'accroissement de la demande. *Les ophtalmologistes pourraient être déchargés de la prise en charge de la correction de la vue par des orthoptistes dont la formation serait adaptée et complétée*³³. Le décret des Orthoptistes de juillet 2001 élargit leurs compétences sur prescription médicale : ils sont seuls compétents, en dehors des médecins, à faire de la réfraction subjective et objective, des CV (champ visuel), VC (vision des couleurs), électrophysiologie, rétinographie, rééducation orthoptique et de la basse vision ainsi que les bilans orthoptiques. Ces compétences ont été entérinées par la nomenclature du 26 juin 2002, sur prescription médicale (pas de cotation pour la réfraction tout venant, l'électrophysiologie, les rétinographies, qui nécessitent la présence du médecin).
- L'Académie de médecine dans le rapport Hamard du 29 avril 2003 propose une délégation d'actes techniques sous contrôle médical et une augmentation du nombre d'orthoptistes.
- Enfin la collaboration entre les ophtalmologues et les orthoptistes a fait récemment l'objet d'un projet de développement commun sur : l'augmentation de la démographie des écoles (150/an), l'enseignement de la réfraction, la participation aux stages dans des CHU, CHG, l'intégration des orthoptistes dans le fonctionnement des Services et des Cabinets et la création de formations complémentaires (DU réfraction, basse vision...)³⁴.

5.2. Les opticiens-lunetiers (CSP, articles L 4362-1 à L 4362-9)

Leurs diplômes et certificats en sont le brevet de technicien supérieur opticien-lunetier et le brevet professionnel d'opticien-lunetier.

« *Les opticiens-lunetiers constituent une profession particulière : à la fois auxiliaires de santé et commerçants*³⁵. » Certains professionnels de la spécialité ont proposé d'en faire de véritables « gatekeeper », pour le repérage non diagnostique des troubles de la vision et la réorientation vers les cabinets d'ophtalmologie. Pourquoi ne pas également envisager de les impliquer dans des formes à définir dans la formation et dans les Centres Ophtalmologiques Conventionnés ?

³³ cf. Rapport Berland, p.97

³⁴ Source : T.BOUR, Congrès 2003 - SAFIR

³⁵ Source : rapport Berland

5.3. Les optométristes

Leur champ de compétence compte tenu de leur courte formation et de leur statut, non reconnu dans le code de la santé publique leur interdit l'examen et la prescription et pose la question de leur domaine d'action. « *Une formation complémentaire optométrique est délivrée par voie de maîtrise en 2 ans à Marseille et à Orsay avec des taux de réussite élevés. Cette profession d'Optométriste n'est actuellement pas reconnue dans le code de la santé publique. Elle est assez développée au Royaume Uni où les optométristes sont les officiers de santé en ophtalmologie, sans formation réellement médicale*³⁶. »

Les optométristes sont encore assez peu nombreux en France en comparaison avec d'autres pays qui n'ont pas d'orthoptistes.³⁷

6. LES MESURES QUI DEPASSENT LE CADRE DE L'OPHTALMOLOGIE

Si la mise en place d'un certain nombre de mesures dépend quasi exclusivement de la bonne volonté des acteurs, plusieurs aspects de la réforme restent du ressort des tutelles, des autorités législatives ou réglementaires, et des pouvoirs publics.

- **Comptabilité analytique**

Profitant de l'élan de la réforme, il serait opportun de passer pour les structures présentées ci-dessus à la comptabilité analytique. La mutation serait pertinente pour les Sites Interventionnels notamment et les Centres Ophtalmologiques Conventionnés. Le sujet est plus que jamais d'actualité tant l'opacité est flagrante dans la gestion des établissements sous Dotation Globale, ce qui représente un frein majeur en vue d'une meilleure gestion et d'une meilleure appréciation des coûts.

- **Les COC et les SIF**

La création de ces structures soulève deux interrogations majeures. En premier lieu, la **forme juridique** reste à définir pour allier le mode de fonctionnement libéral avec l'encadrement public ou PSPH. Les regroupements de type GCS (Groupement de Coopération Sanitaire), ou GIE (Groupement d'Intérêt Economique) ou association sont envisageables.

Cette nouvelle forme de coopération pose en outre la question d'une réelle **volonté politique** de voir émerger dans l'univers sanitaire français ce type de structure. Le récent projet d'ordonnance sur la

³⁶ cf. Rapport Berland, p.48

³⁷ Source : enquête « Ophthalmos 2020 » réalisée par le SNOF auprès de 1700 ophtalmologistes.

simplification de la planification sanitaire³⁸ laisse présager un soutien potentiel à ce type de projet : « Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville... ». Pourquoi ne pas envisager une opération Pilote pour tester cette proposition ?

- **Le secteur libéral de secteur II**

Quatre formes d'actions pour le secteur libéral sont possibles :

- Limitation du nombre de praticiens de secteur II. Mais ils représentent déjà 70 % de l'offre libérale aujourd'hui, en ophtalmologie francilienne.
- Incitation à s'installer en secteur I, par des moyens à définir (fiscalité préférentielle, etc..).
- Instauration d'une part de l'activité à exercer obligatoirement en secteur I.
- Encadrer le secteur II (poser une norme telle que le secteur II corresponde à x fois le tarif Sécurité Sociale).

- **Redéfinition des compétences**

Elle concerne essentiellement les « partenaires » comme nous les avons nommés, et ne peuvent aboutir légalement qu'après révision du Code de la Santé Publique pour les professions paramédicales. Il paraît important, quelle que soit l'étendue de la redéfinition des compétences, de poser des règles pour l'ensemble des acteurs du secteur. Les conclusions récentes du rapport Berland et les premières formes de redéfinition des compétences pour les orthoptistes (2002) ont clairement ouvert la voie à l'activité paramédicale de l'orthoptie comme réponse démographique au déficit de prise en charge annoncé d'ici à 2010.

³⁸ Avril 2003, article L.6121-3 du code la Santé Publique nouvellement rédigé.

Conclusion

Nos propositions sont novatrices, elles doivent faire l'objet de débat.

Au-delà des déséquilibres démographiques qui vont accroître mécaniquement l'écart entre l'offre et la demande, et quelle que soit l'ampleur de cet écart, il convenait d'envisager des propositions d'avenir dépassant les requêtes classiques et néanmoins légitimes d'augmentation des moyens humains et financiers pour chercher à mieux ajuster l'offre à la demande du point de vue de la répartition des ressources et des compétences. Avec un déficit démographique constaté moins alarmant qu'il n'était prévu jusqu'alors, ces propositions sont apparues essentiellement organisationnelles, basées sur quatre structures novatrices : **les Sites Interventionnels, les Centres d'Ophtalmologies Conventionnés, les Pôles de Références, les Fédérations.**

L'augmentation du numerus clausus, le soutien financier et politique, entre autres, sont des leviers à ne pas négliger. Toutefois, l'avenir de la spécialité nécessite une vision « politique » au sens noble du terme, c'est-à-dire une projection qui dépasse les solutions de court terme.

En outre, se concentrer sur une spécialité pour tenter d'améliorer le quotidien, plutôt que de penser la réforme « site par site » relève d'une démarche méthodologique assez novatrice et transversale. En cela l'ophtalmologie pose peut-être ici les jalons d'un mode d'approche voué à poser certaines bases de réflexion pour d'autres spécialités qui doivent faire face à des défis similaires (urologie, dermatologie, etc..). Cependant, aucune spécialité n'est totalement « détachable » du contexte médical global et si elle doit être reconnue en tant que telle et développer ses propres formes d'organisation, ce n'est que pour mieux retrouver sa place dans l'organisation sanitaire en général.

Les objectifs de la spécialité « ophtalmologie » sont de valoriser les ressources sous contrainte d'une prise en charge de qualité et d'extension des savoirs et du progrès. La responsabilité des décideurs est aujourd'hui plus importante que jamais compte tenu du contexte globalement défavorable à la réalisation de ces objectifs.