

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Place du médecin généraliste dans la filière  
visuelle en Haute-Vienne**  
**Etude de pratique des médecins généralistes de la  
Haute-Vienne**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 30 Octobre 2015

par

**Clément MUNIER**

né le 13 mars 1986, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Pierre Yves ROBERT ..... Président  
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER ..... Juge  
M. le Professeur Daniel BUCHON ..... Juge  
M. le Docteur Bruno COQUILLAUD ..... Directeur



**UNIVERSITÉ DE LIMOGES**

**Faculté de Médecine**

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**Place du médecin généraliste dans la filière  
visuelle en Haute-Vienne**

**Etude de pratique des médecins généralistes de la  
Haute-Vienne**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 30 Octobre 2015

par

**Clément MUNIER**

né le 13 mars 1986, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Pierre Yves ROBERT ..... Président  
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER ..... Juge  
M. le Professeur Daniel BUCHON ..... Juge  
M. le Docteur Bruno COQUILLAUD ..... Directeur







Le 1<sup>er</sup> septembre 2014

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU  
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

<b>ABOYANS</b> Victor (CS)	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul (SUR. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul (SUR. 31.08.2016)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
<b>BONNAUD</b> François (SUR. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe (CS)	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (CS)	UROLOGIE
<b>ESSIG</b> Marie (CS)	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>FEUILLARD</b> Jean (CS)	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE

**LABROUSSE** François (CS)  
**LACROIX** Philippe  
**LAROCHE** Marie-Laure  
**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne (CS)  
**LOUSTAUD-RATTI** Véronique  
**MABIT** Christian  
**MAGY** Laurent  
**MARQUET** Pierre (CS)  
**MATHONNET** Muriel  
**MELLONI** Boris (CS)  
**MERLE** Louis (**SUR. 31.08.2015**)  
**MOHTY** Dania  
**MONTEIL** Jacques (CS)  
**MOREAU** Jean-Jacques(CS)  
**MOUNAYER** Charbel  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie (CS)  
**PARAF** François (CS)  
**PLOY** Marie-Cécile (CS)  
**PREUX** Pierre-Marie  
  
**ROBERT** Pierre-Yves (CS)  
**SALLE** Jean-Yves (CS)  
**SAUTEREAU** Denis (CS)  
**STURTZ** Franck (CS)  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
  
**TREVES** Richard  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (CS)  
**VALLEIX** Denis(CS)  
**VERGNEGREGRE** Alain (CS)  
  
**VERGNE-SALLE** Pascale  
**VIGNON** Philippe  
**VINCENT** François (CS)  
**VIROT** Patrice (**SUR. 31.08.2016**)  
**WEINBRECK** Pierre (CS)  
**YARDIN** Catherine (CS)

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
 MEDECINE VASCULAIRE  
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
 PEDIATRIE  
 HEPATOLOGIE  
 ANATOMIE  
 NEUROLOGIE  
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE  
 CHIRURGIE DIGESTIVE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
 CARDIOLOGIE  
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
 NEUROCHIRURGIE  
 RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE  
 ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
 MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE  
 ET PREVENTION  
 OPHTALMOLOGIE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
 GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES  
 METABOLIQUES  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE  
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE  
 DE LA SANTE et PREVENTION  
 THERAPEUTIQUE  
 REANIMATION  
 PHYSIOLOGIE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES  
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel  
**BARRAUD** Olivier  
**BOURTHOUMIEU** Sylvie  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène  
**DURAND** Karine  
**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise  
**HANTZ** Sébastien  
**LE GUYADER** Alexandre  
  
**LIA** Anne-Sophie  
**MARIN** Benoît  
  
**QUELVEN-BERTIN** Isabelle  
**TCHALLA** Achille

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 CYTOLOGIE et HISTOLOGIE  
 PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 BIOLOGIE CELLULAIRE  
 ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)  
 BIOLOGIE CELLULAIRE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-  
 VASCULAIRE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et  
 PREVENTION  
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
 GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

**TERRO** Faraj  
**WOILLARD** Jean-Baptiste

BIOLOGIE CELLULAIRE  
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G**  
**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEUR DE MEDECINE GENERALE**  
**BUCHON** Daniel

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie  
**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE  
MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**MENARD** Dominique

MEDECINE GENERALE

**ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

**BLANC** Philippe

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

**CHAUZEIX** Jasmine

HEMATOLOGIE

**COUVÉ-DEACON** Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DONISANU** Adriana

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**FILLOUX** Matthieu

IMMUNOLOGIE

**FRUIT** Dorothée

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**FREDON** Fabien

ANATOMIE

(assistant associé du 01-11-2014 au 31-10-2015)

**GAGNOUD** Rémi

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**GALY** Antoine

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**GENIAUX** Hélène

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ;

PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE

**MANCIA** Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**MATHIEU** Pierre-Alain

ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)

**MESTUROUX** Laura

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**OLMBEL** Guillaume

IMMUNOLOGIE

**ROGER** Lucie

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**ROULET-COUDRIER** Fanny

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**SERENA** Claire

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

**THOLANCE** Yannick

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

**ABDEH** Ali  
**ARDOUIN** Elodie  
**ASLOUM** Youcef

**AUBOUR** Marine  
**BORDAS** Mathieu

**BORDES** Jérémie  
**BOULOGNE** Cyrille  
**BOURMAULT** Loïc  
**BUISSON** Géraldine  
**CAZAVET** Alexandre

**CENTI** Joachim  
**CHAPELLAS** Catherine  
**COSTE-MAZEAU** Perrine  
**CYPIERRE** Anne  
**DAIX** Thomas  
**DIJOUX** Pierrick  
**DONADEL** Lorène  
**DOST** Laura  
**DURAND** Lise-Marie  
**EGENOD** Thomas  
**ENESCU-FLORICA** Eléna-Cécilia  
**ENSERGUEIX** Gaël  
**ESPAGNE-DUBREUILH** Gaelle  
**EVENO** Claire  
**GANTOIS** Clément  
**GIMENEZ** Laetitia  
**GSCHWIND** Marion  
**HUMMEL** Vincent  
**IOSIF** Christina  
**JACQUES** Jérémie  
**KENNEL** Céline  
**LACORRE** Aymeline  
**LAPÉBIE** François-Xavier  
**LE COUSTUMIER** Eve  
**LEGROS** Emilie  
**LERAT** Justine  
**MAILLOCHON** Edouard  
**MARTIN** Sylvain  
**MASSON** Alexandra

CHIRURGIE DIGESTIVE  
RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE  
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE  
CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE  
MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION  
CARDIOLOGIE  
OPHTALMOLOGIE  
PEDOPSYCHIATRIE  
CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE  
UROLOGIE  
REANIMATION  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
MEDECINE INTERNE A  
REANIMATION  
CHIRURGIE INFANTILE  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
OPHTALMOLOGIE  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
PNEUMOLOGIE  
DERMATOLOGIE-VENERELOGIE  
NEPHROLOGIE  
GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT  
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE  
NEUROCHIRURGIE  
NEUROLOGIE  
MEDECINE INTERNE B  
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE  
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE  
GASTRO-ENTEROLOGIE  
HEMATOLOGIE  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
MEDECINE INTERNE A  
MALADIES INFECTIEUSES  
PSYCHIATRIE d'ADULTES  
O.R.L.  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE  
PEDIATRIE

**MESNARD** Chrystelle

**MONTCUQUET** Alexis

**PETITALOT** Vincent

**PONTHIER** Laure

**ROGER** Thomas

**SALERNO** Baptiste

**SCOMPARIN** Aurélie

**TABOURET** Tessa

**TALLON** Elizabeth

**TRIGOLET** Marine

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

NEUROLOGIE

CARDIOLOGIE

PEDIATRIE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

CARDIOLOGIE

O.R.L.

GASTRO-ENTEROLOGIE

PSYCHIATRIE d'ADULTES

PEDIATRIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

### **CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

**LAUCHET** Nadège

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CROS** Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

*A ma femme. A Chonchon. Merci de toujours croire en moi. Rien n'aurait été possible sans tout ce que tu as fais. Merci de rendre notre vie tous les jours folie vie pancarte plus.*

*A mes enfants. A Toto et Poupette. Vous m'avez accompli. Je vous aime.*

*A mes parents. Pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises.*

*A ma sœur et à mon frère. Votre soutien de toujours m'est précieux.*

*A mes grands-parents sources d'exemple.*

*A ma famille et belle-famille pour votre écoute et les formidables moments passés ensemble.*

*A mes amis d'enfance et à ceux rencontrés plus tardivement. J'ai la chance de trouver en vous une famille que le temps ne saurait séparer.*

*A ceux qui m'ont aidé et soutenu dans mon parcours universitaire : la famille Vidal et Jamal Fatimi.*

*A ceux qui ont marqué mes études : les Docteurs Valière-Vialeix, Brie et Voultoury.*

# Remerciements

## **Au Professeur Pierre-Yves ROBERT**

Professeur et Chef de service d'ophtalmologie

C'est avec une sincère et profonde gratitude que je vous remercie d'avoir fait preuve d'autant d'esprit d'ouverture et d'implication durant toutes ces années où nous avons eu l'occasion de travailler ensemble. Nos échanges ont émaillé la quasi totalité de mon parcours universitaire depuis nos responsabilités respectives au conseil de la faculté jusqu'à la réalisation de ma thèse. Ce fut pour ma part un réel plaisir et que j'espère que nous aurons l'occasion d'avoir d'autres projets communs. La bienveillance que vous avez eu à mon égard en me mettant dans les meilleures conditions pour ma formation m'a également beaucoup touché. Merci de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

## **Au Dr Bruno COQUILLAUD**

Médecin généraliste

Je fais partie d'une longue lignée d'étudiants pour lesquels le passage au centre de formation du RC Coquillaud fut déterminant pour leur future carrière professionnelle. Vous êtes celui qui m'a fait découvrir et aimer mon futur métier. Votre rigueur et la remise en question permanente de votre pratique dans le but d'améliorer la prise en charge de vos patients sont une parfaite illustration de la spécialisation de la médecine générale. Votre sens de la transmission du savoir, dans une bonne humeur connue de tous, nous prouve par l'exemple que la médecine est surtout une affaire de compagnonnage, vous érigeant au rôle de Maître. Je ne vous remercierais jamais assez de tout ce que vous m'avez appris et vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.

## **Au Professeur Nathalie DUMOITIER**

Professeur associé de Médecine générale

Votre présence à mes côtés pour ponctuer mes études était évidente à mes yeux car vous avez permis la réalisation peu banale de ma formation afin de me permettre de l'inscrire dans mon projet professionnel. Je tiens à vous remercier sincèrement de cela et de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de participer à mon jury thèse.

## **Au Professeur Daniel BUCHON**

Professeur de Médecine générale

Je vous remercie profondément d'avoir autorisé mon parcours de formation universitaire et de vos conseils avisés pour l'élaboration de cette thèse. C'est tout naturellement que je me suis tourné vers vous pour que vous me jugiez. Veuillez recevoir ma plus profonde gratitude d'avoir accepté d'être le juge de mon travail.

## Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

# Table des matières

Remerciements.....	11
Table des matières.....	13
<b>1. Introduction.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1. La demande de soin ophtalmologique en Haute Vienne.....</b>	<b>16</b>
1.1.1. Indicateurs démographiques généraux.....	16
1.1.2. Des besoins de santé plus importants.....	17
1.1.3. Prévalence des troubles ophtalmologiques.....	18
<b>1.2. L'offre de soin ophtalmologique en Haute-Vienne.....</b>	<b>19</b>
1.2.1. La filière visuelle en Haute-Vienne.....	19
1.2.1.1. Définition.....	19
1.2.1.2. Les ophtalmologistes.....	19
1.2.1.2.1. Définition et champs de compétence.....	19
1.2.1.2.2. Démographie.....	20
1.2.1.2.3. Le constat.....	20
1.2.1.2.4. Perspectives de nouveaux ophtalmologistes.....	20
1.2.1.3. Les orthoptistes.....	24
1.2.1.3.1. Définition.....	24
1.2.1.3.2. Champs de compétence.....	24
1.2.1.3.3. Démographie.....	26
1.2.1.3.4. Evolution de l'exercice.....	26
1.2.1.4. Les opticiens lunetiers.....	27
1.2.1.4.1. Définition.....	27
1.2.1.4.2. Champ de compétence.....	27
1.2.1.4.3. Démographie.....	30
<b>1.3. Confrontation de l'offre et de la demande en soins ophtalmologiques.....</b>	<b>31</b>
<b>1.4. Un rapport qui devrait faire date.....</b>	<b>32</b>
<b>1.5. Caractéristiques de la médecine générale en Haute-Vienne.....</b>	<b>33</b>
1.5.1. Définition.....	33
1.5.2. Champs de compétences : Référentiel métier et compétences.....	34
1.5.3. Démographie des médecins généralistes en Haute-Vienne.....	35
<b>2. Matériels et méthodes.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1. Objectifs de l'étude.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2. Méthodes.....</b>	<b>36</b>
2.2.1. Type d'étude.....	36
2.2.2. Population étudiée.....	36
2.2.3. Recueil d'information.....	36
2.2.4. Analyse statistique.....	37

<b>3. Résultats</b> .....	<b>38</b>
<b>3.1. Données générales de l'échantillon</b> .....	<b>38</b>
3.1.1. Statistiques en rapport avec l'âge .....	38
3.1.2. Statistiques sur le sexe .....	39
3.1.3. Statistiques sur l'éloignement par rapport à l'ophtalmologiste le plus proche .....	39
<b>3.2. Evaluation d'une impression générale de sollicitation</b> .....	<b>40</b>
<b>3.3. Evaluation de la sollicitation et du sentiment de compétence en fonction des domaines de compétence</b> .....	<b>41</b>
3.3.1. Problèmes ophtalmologiques aigus .....	41
3.3.2. Problèmes ophtalmologiques chroniques .....	43
<b>3.4. Evaluation de la pratique du dépistage et de la prévention</b> .....	<b>44</b>
<b>3.5. Les troubles de la réfraction</b> .....	<b>45</b>
<b>3.6. Actes et mesures réalisés par les médecins généralistes</b> .....	<b>47</b>
<b>3.7. Population médicale cible</b> .....	<b>49</b>
<b>4. Discussion</b> .....	<b>50</b>
4.1. Biais de l'étude .....	50
4.2. Pression de sollicitation .....	50
4.3. Evaluation du sentiment de compétence .....	51
4.4. Actes réalisés et demande de formation .....	51
4.5. Cas particulier de la prescription de lunettes .....	51
4.6. Code de déontologie médicale : règles communes à tous les modes d'exercice .....	52
4.7. Interprétation du code de déontologie : intégration des compétences du médecin généraliste au service de la filière visuelle .....	52
4.8. Les possibilités de financement .....	54
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>56</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>58</b>
<b>Table des annexes</b> .....	<b>60</b>
<b>Table des figures</b> .....	<b>68</b>

## Tables des abréviations

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**(B)AV** : (Baisse) d'Acuité Visuelle

**CARMF** : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

**CESE** : Conseil Economique, Social et Environnemental

**CH(R)U** : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire

**CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**CNGE** : Collège National de Généralistes Enseignants

**CREGAS** : Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquée de la Santé

**CSP** : Code de Santé Publique

**DMLA** : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**FO** : Fond d'œil

**HCAAM** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MG** : Médecin Généraliste

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**TASO** : Technicien Aide Soignant en Ophtalmologie

**TO** : Tension Oculaire

**SNOF** : Syndicat National des Ophtalmologistes de France

# 1. Introduction

## 1.1. La demande de soin ophtalmologique en Haute Vienne

### 1.1.1. Indicateurs démographiques généraux

Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> Janvier 2013, la population de la Haute-Vienne était de 377 482 habitants.

Pour rappel : l'indice de vieillissement est défini comme le nombre de personnes de 65ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Le même institut a établi des projections départementales et régionales de population d'ici à l'horizon 2040. Certaines de ces données sont rassemblées dans la figure 1 :

	2014	2024	2040
Approximation de la population totale de la Haute Vienne	380 000	400 000	420 000
Pourcentage de population de plus de 65ans en Haute-Vienne	22,10%	25,4%	28,8%
Pourcentage de population de plus de 65 ans en France	18,2%	21,6%	25,7%
Indice de vieillissement en Haute Vienne	100,5	120,9	142,5
Indice de vieillissement en France	75,2	91,5	114,7

**Figure 1** : Projection des indicateurs démographiques d'ici à 2040

Le constat est clair : la population des personnes d'âge supérieur à 65 ans est plus importante en Haute Vienne que dans le reste de la France. Celle-ci va progresser d'ici à 2040 bénéficiant d'un double effet levier : tout d'abord par une augmentation de la part de celle-ci au profit des autres classes d'âge (cf. indice de vieillissement figure 1) mais aussi par une augmentation de la population générale de la Haute Vienne.

### **1.1.2. Des besoins de santé plus importants**

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) prévoit, à l'échelle du territoire national, une augmentation de 10 à 20% de la demande générale de consultation entre 2003 et 2025 selon l'évolution du comportement de la population [1].

L'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a identifié lors de différents travaux que les besoins sont plus prégnants qu'ailleurs : « de part les caractéristiques de sa population, l'une des plus âgées d'Europe et l'une des plus défavorisées économiquement de l'hexagone, le Limousin se caractérise tout naturellement par des indicateurs nettement plus péjoratifs qu'au niveau national » [2]. La prévalence de certaines pathologies liées au vieillissement est donc nettement majorée.

« Le lien entre vieillissement et recours aux soins est difficile à quantifier précisément » [3]. Le rapport sur la permanence des soins et la présence médicale du Conseil économique, social et environnemental du Limousin tente de l'expliquer par deux facteurs :

- *Un effet vieillissement stricto sensu* : l'augmentation d'une partie de la population (la plus âgée) entraîne une augmentation mécanique de la consommation de soins. En revanche, celle-ci ne devrait être responsable que d'un dixième de la croissance de dépenses de santé dans les vingt prochaines années.
- *Un effet indirect du vieillissement* : « Il est possible que l'amélioration globale de l'état de santé, les progrès médicaux et techniques, les changements d'organisation ou de comportement (développement de la prévention notamment) viennent modifier le profil de dépenses de santé par âge ». Cela reste tout de même difficile à quantifier.

La situation de vieillissement de la population crée de nouveaux besoins de santé et appelle de facto les territoires exposés à un accroissement de son offre de soins en contrepartie. Ainsi la DRESS dans son rapport de projections nationales et régionales sur la démographie médicale à l'horizon 2030 affirme en juin 2009 que « la baisse de la densité médicale calculée par rapport à la population âgée, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant de 60 ans ou plus, serait continue de 2006 à 2030 ». De façon générale, la France

aura dans les années à venir proportionnellement moins de médecins pour répondre à cette nouvelle demande de soins.

### 1.1.3. Prévalence des troubles ophtalmologiques

En 2002, plus d'un Français sur deux se déclarait touché par des problèmes ophtalmologiques [4] mettant les pathologies ophtalmologiques sur le podium des causes les plus fréquentes de morbidité. Ainsi la presbytie et la myopie occupent respectivement la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> place après le surpoids et devant l'HTA, la migraine ou l'arthrose par exemple.

La prévalence des affections oculaires progresse avec l'âge : de plus de 10% avant l'âge de 10 ans à plus de 90% après 60 ans [5].

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a publié un rapport datant de Septembre 2003 sur la démographie en ophtalmologie en 2000-2020. Il a été rédigé par des membres du CREGAS (Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquée de la Santé) et des ophtalmologistes. Ce travail a eu notamment pour but d'étudier la prévalence des pathologies les plus fréquemment rencontrées en consultation ophtalmologique et d'estimer le recours aux soins. Pour se faire, les auteurs ont réalisé une revue de littérature internationale en retenant cinq pathologies qu'ils estimaient les plus courantes : les troubles de la réfraction, la cataracte, le glaucome chronique à angle ouvert, les rétinopathies diabétiques et la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA).

Ainsi apprenons-nous que :

- La prévalence de la DMLA croit fortement à partir de 75 ans atteignant 4,59% de la tranche d'âge 75-84 ans et 13,05% des patients de plus de 85 ans [6].
- La prévalence de la cataracte croit progressivement avec l'âge passant d'une fourchette de 4,2 à 10% entre 43 et 64 ans jusqu'à 60 à 67% après 85 ans [7].
- La prévalence du glaucome à angle ouvert augmente aussi avec l'âge : passant de moins de 1% avant 40 ans à une fourchette comprise entre 2,16 et 8,2% après 80 ans. Plus globalement, entre 1,1 et 3% de la population de plus de 40 ans serait atteinte de glaucome et plus de 50% des patients atteints l'ignorerait.
- La prévalence des troubles de la réfraction représentent l'atteinte la plus fréquente en ophtalmologie et augmente avec l'âge passant de 16,56% avant 15 ans à plus de 90% après 65 ans. Il est à noter une progression rapide du risque entre 40 et 54 ans avec une augmentation de la prévalence de 41 à 83% de la population liée à l'apparition de la presbytie [8].

- Une étude de la CNAMTS [9] met en évidence l'augmentation de la prévalence du diabète en fonction de l'âge passant de moins de 0,02% avant 5 ans à 13,96% entre 75 et 79 ans. La progression a été estimée à environ 30% en 20 ans entre 2000 et 2020. Les rétinopathies diabétiques suivraient la même croissance et pourraient toucher 1,2 million de personnes en France d'ici 2020.

Le nombre de consultations ophtalmologiques par an pour 100 habitants par rapport à l'âge permet de mettre en évidence que la consommation de consultations est plus importante aux âges extrêmes de la vie. Les plus consommateurs sont les enfants avec plus d'une consultation par an chez les moins de 10 ans. Les âges intermédiaires consomment grossièrement entre 30 et 50 consultations par an pour 100 habitants. Un rebond s'établit ensuite entre 55 et 65 ans en fonction du sexe et culmine à 90 consultations par an pour 100 habitants entre 70 et 79 ans [10].

L'augmentation des besoins de consultations d'ophtalmologie est quant à lui estimé entre 18,9 et 20% entre 2000 et 2020 [11] sur le territoire national.

## **1.2. L'offre de soin ophtalmologique en Haute-Vienne**

### **1.2.1. La filière visuelle en Haute-Vienne**

#### **1.2.1.1. Définition**

Classiquement, en France, la filière de soin visuelle est définie par trois acteurs [12]:

- Les ophtalmologistes
- Les orthoptistes
- Les opticiens-lunetiers

#### **1.2.1.2. Les ophtalmologistes**

##### **1.2.1.2.1. Définition et champs de compétence**

L'académie française d'ophtalmologie (AFO) définit en 2002 l'ophtalmologiste comme *« un docteur en médecine spécialisé qui se donne pour mission, dans le cadre de sa formation médicale générale et spécialisée, la surveillance, l'amélioration ou le maintien de la santé de l'appareil visuel et de ses annexes. L'Ophtalmologiste organise le colloque singulier et prescrit les investigations nécessaires, y compris celles qui relèvent d'autres disciplines. Il pratique les actes techniques, optiques et d'imagerie utiles à l'établissement du diagnostic, ainsi que les actes médicaux, réfractifs et chirurgicaux appropriés. Il recherche, traite et surveille les manifestations ophtalmologiques des affections de l'ensemble de l'organisme en collaboration avec ses confrères des autres disciplines. Il évalue l'urgence et la prend en charge. L'Ophtalmologiste prend des mesures thérapeutiques et en surveille les*

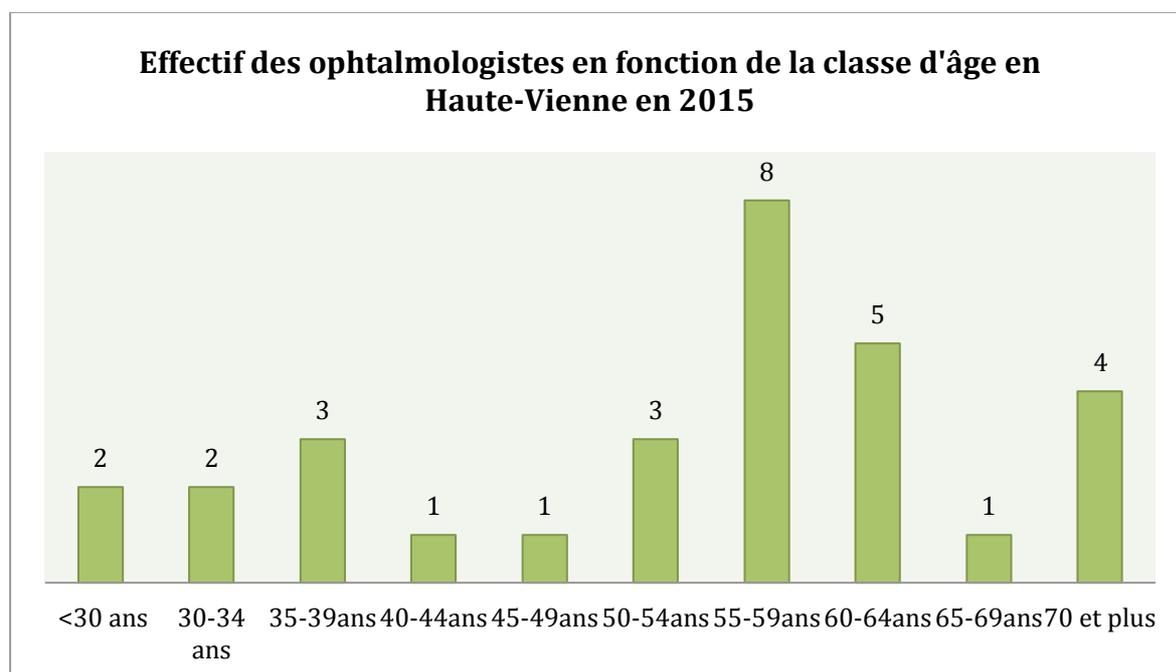
conséquences. En matière de santé publique, il joue un rôle central dans la prévention de la malvoyance et de la cécité en participant aux démarches de dépistage et d'information, en proposant les solutions adaptées au maintien de l'intégrité de l'appareil visuel. Il participe aux activités et aux structures de la recherche médicale ».

#### 1.2.1.2.2. Démographie

#### 1.2.1.2.3. Le constat

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2015, la Haute-Vienne comptait 30 ophtalmologistes salariés, libéraux ou à activité mixte contre 33 en 2013 [13] et 2014 [14].

La figure 2 indique leur répartition en fonction de la classe d'âge [15].



**Figure 2** : Effectif des ophtalmologistes en fonction de la classe d'âge en Haute-Vienne en 2015

Cet histogramme nous montre que la répartition est déséquilibrée avec une proportion très importante des ophtalmologistes ayant 55 ans et plus.

Selon la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), l'âge moyen de départ en retraite des médecins est de 65,26 ans en 2010. Cette statistique associée à la lecture de la figure 2 nous permet de dire que l'on peut s'attendre au départ de 18 praticiens à la retraite soit 60% de l'effectif actuel d'ici 10ans.

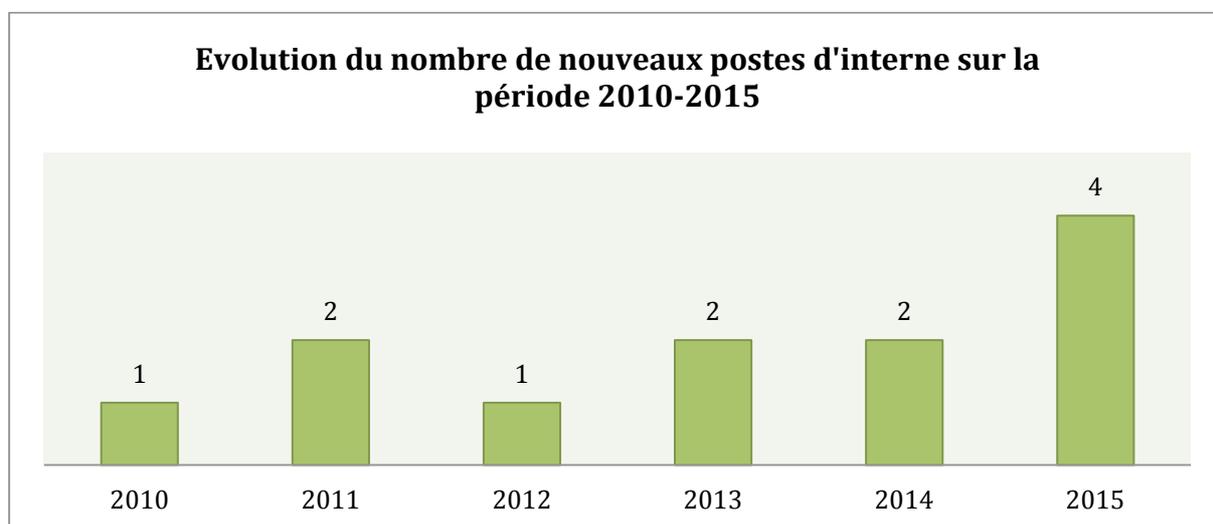
#### 1.2.1.2.4. Perspectives de nouveaux ophtalmologistes

Le renouvellement des spécialistes est assuré par l'arrivée des internes ayant validé le DES d'ophtalmologie après un internat de 5 ans. Le nombre d'internes formés dépend du

nombre de postes offerts à l'issue de l'examen classant national (ECN), dont les tendances sont déterminées par arrêté ministériel pour 4 ans et affinées tous les ans. La répartition de ces postes étant réalisée à partir de subdivisions régionales, il n'est pas possible d'obtenir de statistiques à l'échelle du département.

Pour compenser le départ en retraite des ophtalmologistes dans les dix prochaines années, il convient de regarder l'évolution du nombre de postes offerts aux nouveaux internes sur la période 2010-2020. Malheureusement nous ne disposons, pour le moment, que de données sur la période de 2010 à 2018 via les arrêtés du 12 Juillet 2010 (pour la période 2010-2014) et du 10 Juillet 2014 (pour le période 2014-2018).

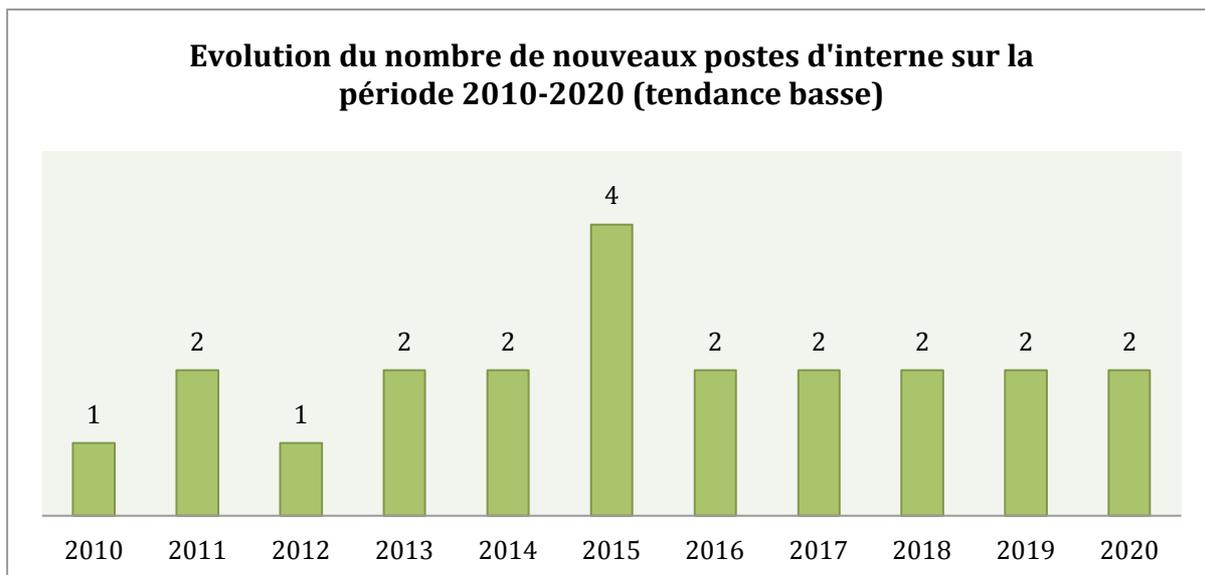
La figure 3 reprend l'évolution du nombre de nouveaux postes sur la période 2010-2015 selon les données des arrêtés.



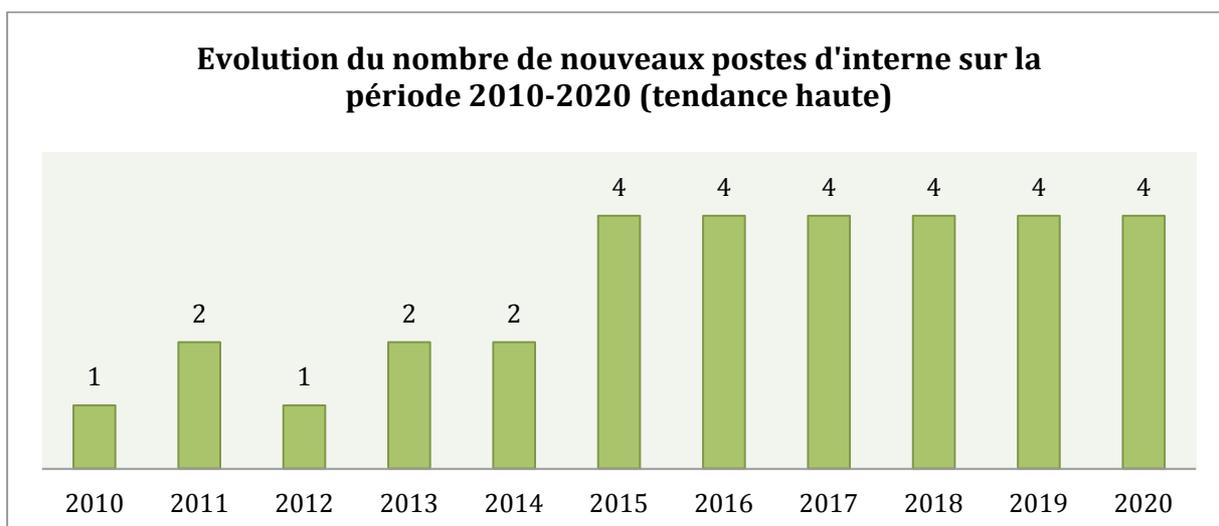
**Figure 3** : Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2015

Il apparaît dans la figure 3 que 2015 soit une année de rupture avec décision par l'arrêté du 9 Juillet de la même année d'un doublement des effectifs. Nous n'avons pas, au moment où ces lignes sont écrites, de chiffres précis à partir de 2016. C'est pourquoi nous avons procédé à l'établissement de deux projections :

- Une projection basse, illustrée par la figure 4, qui se base sur les tendances dessinées par l'arrêté quadri-annuel relatif à la période 2014-2018.
- Une projection haute (figure 5) se basant sur une poursuite l'effectif de l'année 2015.



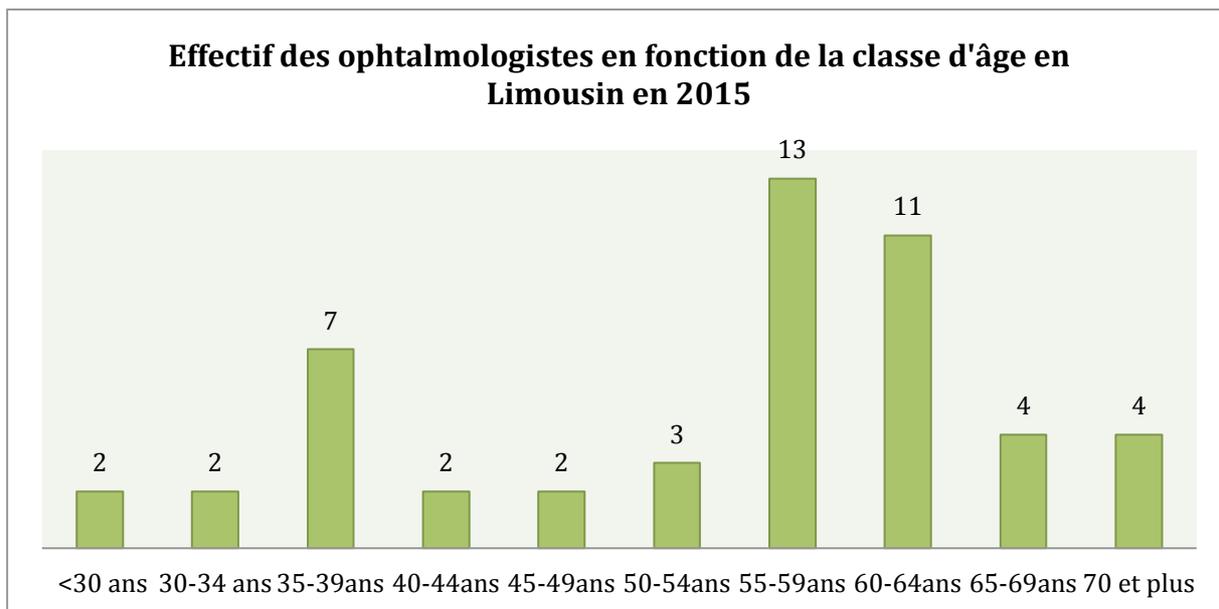
**Figure 4 :** Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2020 (tendance basse)



**Figure 5 :** Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2020 (tendance haute)

Sur cette période 2010-2020 de 11 années, la tendance basse montre l'arrivée de 22 nouveaux internes et la tendance haute 32.

Afin d'effectuer une comparaison fiable, la figure 6 reprend l'effectif des ophtalmologistes en fonction de l'âge en Limousin en 2015 [16].



**Figure 6** : Effectif des ophtalmologistes en fonction de la classe d'âge en Limousin en 2015

D'ici 10 ans, le nombre de départ à la retraite potentiel d'ophtalmologiste en Limousin est de 32 soit 64% de l'effectif total.

En prenant en compte des approximations et hypothèses discutables et difficilement quantifiables (comme le fait que le bilan des installations d'ophtalmologistes extra régionaux et des départs d'ophtalmologistes régionaux soit stable mais aussi que chaque nouvel interne valide son DES d'ophtalmologie) on peut conclure que :

- Selon la perspective pessimiste l'effectif global des ophtalmologistes limousins risque de subir une perte nette de 10 praticiens d'ici 10 ans soit 20% de l'effectif actuel. La densité en ophtalmologistes tomberait alors à 5,42/100000 habitants (en se basant sur les données INSEE de la population du Limousin au 1<sup>er</sup> Janvier 2013) contre 6,8/100000 habitants en 2015 selon la DREES.
- Selon la perspective optimiste l'effectif global des ophtalmologistes du limousin devrait rester parfaitement stable. Il semblerait que cette projection soit celle qui s'approchera le plus de la réalité dans les années à venir : il ne serait pas question de la remettre en cause au moment où nous écrivons ces lignes.

La situation de la démographie des ophtalmologistes de notre région n'est donc pas très favorable avec au mieux un statu quo pendant les dix prochaines années. Il semble tout de même que si l'arrivée de nouveaux diplômés reste sur des bases hautes au delà de 2020 et compte tenu du profil démographique de la profession la situation pourrait s'améliorer après 2025.

### **1.2.1.3. Les orthoptistes**

#### **1.2.1.3.1. Définition**

L'article L4342-1 du code de santé publique définit l'orthoptiste comme « toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'orthoptie ».

L'orthoptie étant définie par le même article depuis Novembre 2007 comme consistant « en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision. »

#### **1.2.1.3.2. Champs des compétences**

Le domaine des compétences des orthoptistes est réglementé par le code de santé publique. L'acquisition de celles-ci se fait au terme d'une formation de 3 ans et de la validation d'un diplôme d'état.

Les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou sous la responsabilité d'un médecin (cf. article L. 4342-1 du code de santé publique).

Mais, l'article R. 4342-2 prévoit que sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Cela montre bien la complémentarité qu'il peut y avoir entre ces deux professions allant bien plus loin qu'une relation hiérarchique que peut laisser supposer le premier article.

Les articles R. 4342-3 à R. 4342-8 déterminent les actes auxquels les orthoptistes sont habilités.

De façon non exhaustive, ceux ci prévoient que:

- Les orthoptistes sont seuls habilités, sur prescription médicale et dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, à effectuer les actes professionnels suivants :

1° Détermination subjective et objective de la fixation et étude des mouvements oculaires ;

2° Bilan des déséquilibres oculomoteurs ;

3° Rééducation des personnes atteintes de strabisme, d'hétérophories, d'insuffisance de convergence ou de déséquilibres binoculaires ;

4° Rééducation des personnes atteintes d'amblyopie fonctionnelle.

Ils sont en outre habilités à effectuer les actes de rééducation de la vision fonctionnelle chez les personnes atteintes de déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle.

- Les orthoptistes sont habilités à participer aux actions de dépistage organisées sous la responsabilité d'un médecin.

- Les orthoptistes sont habilités, sur prescription médicale, à effectuer les actes professionnels suivants :

1° Périmétrie ;

2° Campimétrie ;

3° Etude de la sensibilité au contraste et de la vision nocturne ;

4° Exploration du sens chromatique ;

5° Rétinographie non mydriatique.

L'interprétation des résultats reste de la compétence du médecin prescripteur.

- Les orthoptistes sont habilités à participer, sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, aux enregistrements effectués à l'occasion des explorations fonctionnelles suivantes :

1° Rétinographie mydriatique ;

2° Electrophysiologie oculaire.

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

- Sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, les orthoptistes sont habilités à réaliser les actes suivants :

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

Enfin et afin de clarifier l'ensemble des compétences de façon extrêmement précise, les législateurs ont établi un référentiel d'activités publié en annexe de l'arrêté du 20 Octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste.

#### **1.2.1.3.3. Démographie**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2014, la Haute Vienne comptait 19 orthoptistes à activité libérale, salariée ou mixte [17] contre 13 en 2008 et 11 en 2004.

Cette hausse du nombre d'orthoptistes dans notre département s'inscrit dans une tendance nationale avec une augmentation de l'effectif de 60% sur la même période (source DREES).

#### **1.2.1.3.4. Evolution de l'exercice**

Avant les années 2000, l'orthoptie se limitait à la rééducation orthoptique et à l'examen des déséquilibres oculomoteurs. Grâce à la publication de deux décrets (en 2001 et en 2007), la profession a fortement évolué vers une plus grande autonomie et un élargissement du champ de compétence.

En ce sens, l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 pousse encore plus loin la démarche. Elle permet aux professionnels de santé de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités (ou d'actes de soins) ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3 du code de santé publique. Ces derniers donnant toutes latitudes aux ARS de les organiser.

Ainsi a-t-on pu voir, par exemple, la mise en place de protocoles de délégation de tâches pour :

- Les patients nécessitant un contrôle de la vue ou se plaignant d'une baisse de vision,
- Les patients atteints de pathologies chroniques de la rétine comme une DMLA ou une rétinopathie diabétique
- Les patients atteints d'un glaucome dans de nombreuses régions.

D'autres permettent un bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ou chez les adultes de 16 à 50 ans. La réalisation de photographie de fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique fait aussi partie de ces protocoles.

Cette évolution législative associée à une augmentation de la démographie s'inscrit très clairement dans le sens d'une complémentarité ophtalmologiste/orthoptiste accrue. Elle permet aux orthoptistes d'avoir une plus grande autonomie. Cela prend la forme d'une « pré consultation » ophtalmologique où l'orthoptiste réalise les premières étapes de l'examen clinique et les examens complémentaires (champ visuel, tomographie en cohérence optique...) qu'il juge nécessaire sans avoir besoin d'une ordonnance médicale au préalable. L'interprétation de ceux-ci reste sous l'entière et unique responsabilité du médecin. L'objectif de la délégation de tâche est de permettre aux spécialistes en ophtalmologie de gagner du temps, d'améliorer leur efficacité individuelle pour tenter de répondre à la demande.

#### **1.2.1.4. Les opticiens lunetiers**

##### **1.2.1.4.1. Définition**

Le Larousse définit l'opticien comme « *une personne qui vend ou fabrique des instruments d'optique et/ou, surtout, des verres correcteurs et des lentilles de contacts* ».

##### **1.2.1.4.2. Champ de compétence**

La profession a pour caractéristique d'être à la fois commerciale et paramédicale. En ce sens, l'opticien a l'obligation de s'inscrire au registre du commerce et a le droit de faire de la publicité mais son activité est très encadrée par le code de santé publique (CSP).

L'article L. 4362-9 du CSP précise que la délivrance de verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact correctrices est réservée aux personnes autorisées à exercer la profession d'opticien-lunetier. Une double dérogation a été mise en place :

1. Les verres loupes peuvent être vendus en pharmacie.
2. Les produits d'entretien sont vendus par les opticiens.

Pour le moment, les articles L. 4362-10 et L. 4362-11 prévoient que :

- la délivrance de verres correcteurs est subordonnée à l'existence d'une prescription médicale en cours de validité,
- les opticiens peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret (à l'exclusion de celles établies pour les personnes de moins de seize ans et sauf opposition du médecin).

Pour le moment car, la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques dite « loi Macron » propose une modification de l'article L. 4362-10.

Le décret n° 207-553 du 13 Avril 2007 précise quant à lui les conditions d'adaptation par l'opticien de la prescription médicale. Pour cela, il faut que l'ophtalmologiste n'ait pas mentionné de manière expresse l'impossibilité d'adaptation, qu'il ait prescrit la première correction pour les patients presbytes et que l'opticien informe le prescripteur lorsque la correction est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale.

Ce même décret impose aux opticiens notamment de s'interdire toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction. En outre, l'opticien doit informer la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical (cf article L. 4362-10 alinéa 4).

La délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement a fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique par la Haute autorité de santé (HAS) en Mars 2011.

Celle-ci a tenté de façon non exhaustive, de clarifier la situation en répondant aux questions suivantes :

*1. Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?*

Les situations ou circonstances associées pour lesquelles il est recommandé que le médecin prescripteur limite le renouvellement avec adaptation sont :

- les troubles de réfraction suivants :
  - myopie  $\geq - 6$  dioptries et/ou longueur axiale  $\geq 26$  mm,
  - changement d'axe  $\geq 20^\circ$  en cas d'astigmatisme  $\geq 0,75$  dioptrie,
  - pour toute amétropie, une modification d'1 dioptrie ou plus en 1 an ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome,
  - hypertension intraoculaire isolée,
  - pathologies rétinienne (dont DMLA, rétinopathie diabétique...),
  - cataracte et autres anomalies cristalliniennes,
  - tumeurs oculaires et palpébrales,
  - antécédents de chirurgie réfractive,
  - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère et datant de moins de 3 ans,
  - anomalies cornéennes (notamment greffe de cornée, kératocône, kératopathies, dystrophie cornéenne...),
  - amblyopie bilatérale,
  - diplopie récente et/ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
    - diabète,
    - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante),
    - hypertension artérielle mal contrôlée,
    - sida,
    - affections neurologiques à composante oculaire,
    - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
  - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours, notamment :
    - corticoïdes,
    - antipaludéens de synthèse,
    - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

*2. Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?*

Lorsque l'acuité visuelle n'est pas connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute meilleure acuité visuelle corrigée inférieure à 10/10 de loin et/ou plus faible que Parinaud 2 de près.

Lorsque l'acuité visuelle est connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci

oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute baisse de la meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la précédente mesure.

Il est recommandé que l'opticien oriente la personne vers l'ophtalmologiste :

- en cas de modification de la réfraction  $\geq 1$  dioptrie sur 1 an (cylindre et/ou sphère) ;
- en cas de changement d'axe  $\geq 20^\circ$  chez une personne présentant un astigmatisme  $\geq 0,75$  dioptrie ;
- pour toute création ou modification de la correction prismatique.

S'il oriente la personne vers l'ophtalmologiste, il est recommandé que l'opticien remette à la personne le compte rendu du contrôle de la réfraction en vue de la consultation ophtalmologique. Il peut également adresser ce compte rendu à l'ophtalmologiste choisi par la personne. Le compte rendu doit préciser :

- le nom de l'opticien ;
- la date et la correction mentionnées sur l'ordonnance initiale ;
- la date de l'examen par l'opticien ;
- les résultats de la réfraction et de l'acuité visuelle obtenus ;
- toute autre information utile dans le respect du secret professionnel.

Il est recommandé qu'une copie du compte rendu soit archivée par l'opticien et incluse dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place.

Dans le cas où l'opticien sollicite personnellement l'ophtalmologiste choisi par la personne pour un rendez-vous urgent, il est recommandé que l'ophtalmologiste reçoive la personne dans le délai le mieux adapté compte tenu des renseignements transmis par l'opticien.

#### **1.2.1.4.3. Démographie**

Le titre d'opticien-lunetier est obtenu par la validation d'un brevet de technicien supérieur ou d'un brevet professionnel au terme d'une formation de 2 ans. Il y avait, en 2005, 47 formations différentes en France contre six 25 ans plus tôt.

La démographie de cette profession n'est pas soumise à des quotas. C'est pourquoi nous avons pu voir le nombre d'opticiens progresser de manière très conséquente ces dernières années.

La DREES répertorie dans ses séries statistiques, tous les ans au 1<sup>er</sup> Janvier, les professions de santé par département. Les opticiens étaient en Haute Vienne 75 en 2005, 91 en 2010 et 143 en 2015. Le gain d'effectif est donc d'environ 91% sur 10 ans.

### **1.3. Confrontation de l'offre et de la demande en soins ophtalmologiques**

Comme nous venons de le voir, la demande de soins ophtalmologiques va progresser en Haute Vienne dans les années à venir de manière très significative du fait de l'association de différents facteurs :

- 1) Progression annoncée de l'effectif global de population du département,
- 2) Vieillissement de la population,
- 3) Progression avec l'âge de la prévalence des principales pathologies ophtalmologiques.

Parallèlement, les ophtalmologistes pourront de moins en moins répondre à cette demande dans des délais acceptables du fait d'une démographie non favorable. La filière a amorcé une mutation depuis quelques années en se dirigeant vers une délégation de tâches permettant une plus grande interaction entre les différents acteurs. Ainsi de nouvelles responsabilités incombent aux autres professions traditionnelles.

Malheureusement, l'expérience nous montre que le délai de rendez-vous est toujours très important (de l'ordre de plusieurs mois en Haute Vienne) et reste mal vécu par les patients.

Quid des opticiens ?

La profession d'opticien lunetier est la seule parmi celle décrite qui ait à la fois une croissance soutenue de sa démographie et un bon maillage territorial. On peut être amené naturellement à se poser la question de savoir s'ils pourraient contribuer à répondre à la demande. Le projet de loi Macron, libéralisant la prescription de lunettes, semble vouloir aller en ce sens. Or, cette stratégie se heurte à deux écueils :

- Premièrement, d'après un rapport du SNOF sur les besoins en ophtalmologistes réalisé en 2011, la population des plus de 60 ans représentera environ la moitié des porteurs de lunettes en 2025. Cette population sera également suivie par les ophtalmologistes pour des pathologies comme le glaucome ou la DMLA par exemple et auront un renouvellement

optique dans le même temps sans grande perte de temps. Les consultations à but uniquement réfractif ne devraient représenter (toujours d'après le même rapport) qu'environ 10% de l'activité ophtalmologique globale. Par conséquent si gain il existe, il ne se fera qu'à la marge.

- Deuxièmement, d'après le SNOF, les opticiens n'ont pas de formation médicale et ne sont pas en capacité d'effectuer de dépistage. Ce que craignent les ophtalmologistes peut être illustré par l'exemple suivant. Un patient de 45 -50 ans consultant un ophtalmologiste pour la première fois se plaint d'une baisse d'acuité visuelle en rapport avec une presbytie. Celui-ci vient essentiellement pour une prescription de lunettes. L'examen clinique peut cependant permettre de dépister précocement des pathologies d'évolution insidieuse au pronostic fonctionnel ou vital sombre comme un glaucome, une DMLA ou bien un mélanome. Un tiers des patients venus pour se faire renouveler des lunettes se verrait ainsi diagnostiquer un autre problème médical.

Faisant la synthèse de cela, le rapport du SNOF cité plus haut affirme (p.82) qu' « il apparaît ainsi qu'à l'avenir, le problème essentiel est bien celui de l'accès aux soins et à la prévention et non aux prescriptions optiques, qui se fera au décours d'un examen ayant aussi une autre justification »

#### **1.4. Un rapport qui devrait faire date**

Sur demande du Ministère de la Santé, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) via le Dr Voynet a effectué un rapport sur la restructuration de la filière visuelle. L'objectif était de trouver des solutions pour réduire de moitié le délai d'attente moyen constaté pour une consultation chez un ophtalmologiste d'ici 2017. Celui-ci a été rendu public le 14 Septembre 2015.

Les motifs généraux de renoncement aux soins sont :

- Le délai moyen d'attente (estimé au niveau national entre 60 et 111 jours en fonction des études pour l'ophtalmologie),
- le coût des soins et l'importance des dépassements d'honoraires (56% des ophtalmologistes français effectueraient des dépassements d'honoraires),
- l'éloignement (98% de la population française habiterait à moins d'une demi heure de l'ophtalmologiste le plus proche).

Le constat est le même que celui que nous faisons au niveau de la Haute Vienne en terme démographique et de difficultés d'accessibilité. Les avancées législatives passées y sont saluées mais décrites comme ne permettant pas de répondre à la hausse de la

demande (estimé au niveau national à environ 800 000 actes médicaux et chirurgicaux par an jusqu'en 2025). Il est souligné qu'il n'existe aucune « solution miracle » et que les propositions faites dans le cadre de cette mission n'auront d'effet qu'avec le temps.

Il est tout de même proposé de :

- Renforcer l'offre de soins ophtalmologiques,
- Conforter le travail de l'orthoptiste,
- Clarifier le rôle de l'opticien,
- Compléter la formation des acteurs de la filière visuelle.

Le détail des recommandations sont inscrites en annexe 1.

Le rapport a été écrit grâce à un travail réalisé en deux phases :

- Une première phase d'analyse globale avec revue de littérature sur les nombreux rapports publiés sur le sujet et de rencontre avec les différents acteurs concernés (pouvoirs publics, financeurs, professionnels de la filière visuelle, engagés ou non dans des pratiques innovantes, syndicats professionnels, usagers, parlementaires..) « pour recueillir leur diagnostic et leurs propositions ».
- . Une deuxième phase de mise en place des mesures et de vérification de l'adhésion des acteurs interrogés.

Le point commun entre tous les rapports déjà écrits est le fait que la place, la fonction, le rôle du médecin généraliste y sont quasi systématiquement étudiés. Le rapport Voynet stipule cependant que « les pistes explorées [...] supposent [...] une clarification du rôle du médecin généraliste, aujourd'hui réduit à sa plus simple expression » et qu'il s'agit d'« un des points que la mission n'a pas été en mesure d'explorer ».

Il apparaît donc que la question de la place du médecin généraliste dans la filière visuelle soit à la fois un sujet d'interrogation et une question d'actualité à laquelle nous tenterons de répondre grâce à notre étude.

## **1.5. Caractéristiques de la médecine générale en Haute-Vienne**

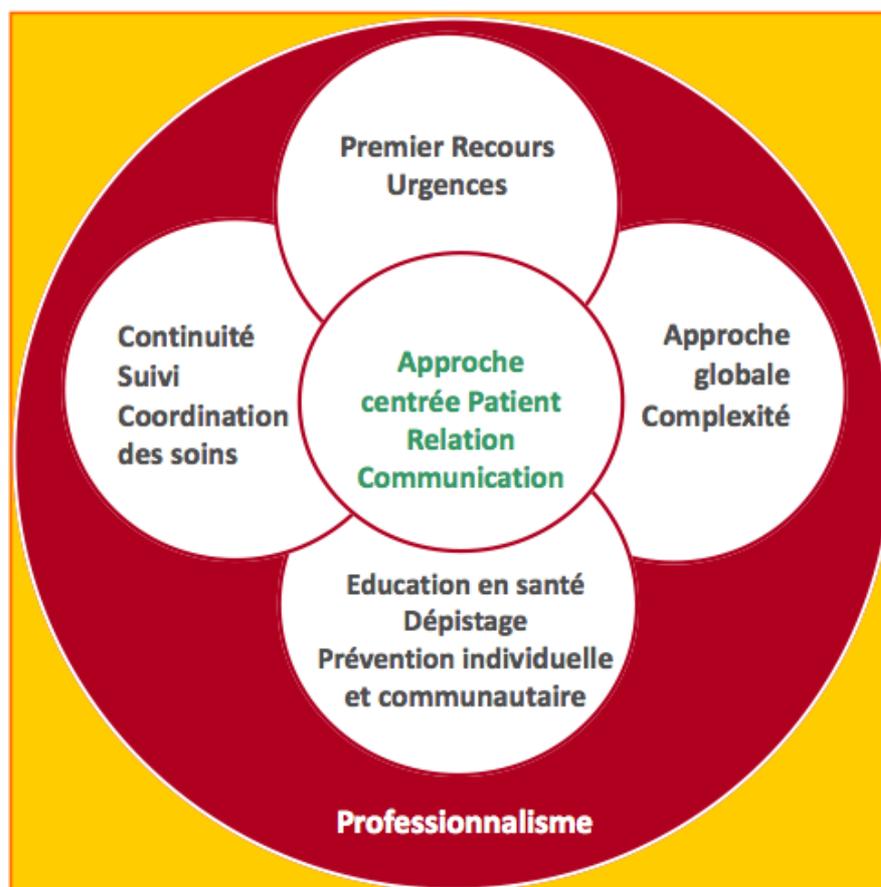
### **1.5.1. Définition**

Définition Olesen (2000) « Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de

problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale» [18].

### 1.5.2. Champs de compétences : Référentiel métier et compétences

La Société Européenne de médecine générale - médecine de famille a établi en 2002 une définition des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. Le Collège National de Généralistes Enseignants (CNGE) en a retiré un référentiel métier et compétences des médecins généralistes illustré par la figure 7 ci-après.



**Figure 7** : Marguerite des compétences principales de la spécialité médecine générale [19]

Cette marguerite représente les six compétences principales de la spécialité de médecine générale. Chaque pétale imageant les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice.

### **1.5.3. Démographie des médecins généralistes en Haute-Vienne**

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2015 la DRESS établissait le nombre de médecins généralistes actifs en Haute-Vienne à 743. Parmi ceux-ci : 426 sont des libéraux exclusifs, 85 ont une activité mixte et 232 sont salariés. La densité départementale est de 170,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants, régionale de 150,8 et nationale de 133,5. La Haute-Vienne est donc particulièrement bien dotée en généralistes.

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2000, l'effectif total de 670 comprenait 508 généralistes libéraux ou à activité mixte.

Ces chiffres montrent une évolution des pratiques dans les 15 dernières années vers le salariat: l'effectif de médecins libéraux est resté stable au contraire de celui des médecins salariés qui a progressé de 43%. Cette tendance est confirmée par le fait que le conseil de l'ordre des médecins du Limousin déclare que 78,7% des nouveaux inscrits s'orientent vers une activité salariée.

Selon l'ORS en 2003, 97% des médecins généralistes installés l'étaient en secteur 1 et pratiquaient donc le tarif opposable.

Il est difficile d'obtenir des projections sur la démographie des médecins généralistes haut viennois dans les années à venir. Plusieurs éléments permettent tout de même de donner une tendance.

La densité médicale toutes spécialités confondues du Limousin devrait être de 10% supérieur à la moyenne nationale en 2030 [20]. Cette apparente situation favorable doit être pondérée par le fait que la densité médicale subira tout de même une perte d'environ 1,6% de ses effectifs (prouvant la grande difficulté d'autres régions). La perte d'effectif en médecins généralistes devrait se situer aux alentours de 2% d'ici 2018 selon le conseil de l'ordre. Les projections de l'ORS montrent un remodelage de la structure de l'offre de soins : quand les zones urbaines verront leur effectif de médecins généralistes croître, celui des zones urbaines et rurales devrait diminuer assez fortement accroissant encore les inégalités déjà présentes. Selon la DRESS l'activité médicale devrait se concentrer de plus en plus autour des CHU.

Dans ce contexte, on peut penser que la Haute-Vienne plus urbaine et possédant un CHU devrait capter d'avantage l'activité médicale au détriment de la Corrèze et surtout de la Creuse.

## **2. Matériels et méthodes**

### **2.1. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes en ophtalmologie.

Les objectifs secondaires cherchaient à déterminer le besoin de formation et la volonté d'investissement supplémentaire dans la discipline ophtalmologique.

### **2.2. Méthodes**

#### **2.2.1. Type d'étude**

Pour répondre à nos questions, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive de pratique du 26 Janvier au 31 Mars 2015.

#### **2.2.2. Population étudiée**

Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de la Haute-Vienne inscrits au conseil de l'ordre, installés et en activité. La liste nous a été transmise par l'ordre des médecins de la Haute-Vienne.

#### **2.2.3. Recueil d'information**

Chaque médecin a reçu une enveloppe A5 sur lequel était inscrit le nom de l'expéditeur afin de parer à d'éventuelles erreurs d'adresse ou du listing fourni. Chaque enveloppe contenait :

- Une lettre à l'entête du service d'ophtalmologie du CHRU de Limoges expliquant la démarche de l'étude en vue d'une thèse. Celle-ci était co-signée par un Professeur d'ophtalmologie, un Professeur de médecine générale, un médecin généraliste installé - Directeur de thèse et l'interne la préparant.
- Un questionnaire sur feuille A4 recto verso
- Une enveloppe A5 pré-timbrée et pré-remplie avec l'adresse du doctorant.

Le questionnaire figurant en annexe 2 était composé de 10 questions, avec entre 1 et 7 items.

Les objectifs principaux dans la fabrication de celui-ci ont été :

- Facilité de compréhension
- Simplification des possibilités de réponses
- Graphisme aéré

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, la fabrication du questionnaire a cherché à favoriser un taux de réponse le plus important possible en jugeant sur des critères subjectifs qualitatifs pour se rendre compte d'une impression globale, d'un ressenti des médecins. Nous sommes partis du principe que des demandes trop pointues en terme de pourcentage par exemple n'auraient pas été fiables (la plupart des programmes d'aide à la prescription ne permettant pas la réalisation d'études épidémiologiques de sa patientèle) et auraient été beaucoup trop fastidieuses pour les généralistes interrogés. Cela aurait probablement impacté le taux de retour global des questionnaires.

Des médecins généralistes installés ont testé le questionnaire préalablement à l'envoi pour juger de la bonne compréhension de celui-ci.

Les courriers ont été envoyés le 26 Janvier en laissant au panel 6 semaines pour répondre jusqu'au 5 Mars. En réalité la date butoir de prise en compte des réponses était le 31 Mars. Nous n'avons réalisé aucune relance par mail ou par téléphone car nous avons considéré que le taux de réponses au questionnaire serait un moyen de connaître l'intérêt des généralistes pour la problématique.

La construction du questionnaire s'est faite en se basant à la fois sur le référentiel métier des généralistes et sur les grandes pathologies pourvoyeuses de soins en ophtalmologie. Ainsi nous l'avons découpé en plusieurs parties : données générales de l'échantillon, pathologies aiguës, pathologies chroniques, réfraction, dépistage/prévention, volonté de formation sur différents sujets.

#### **2.2.4. Analyse statistique**

Le recueil des données et l'analyse ont été réalisés grâce au logiciel Excel.

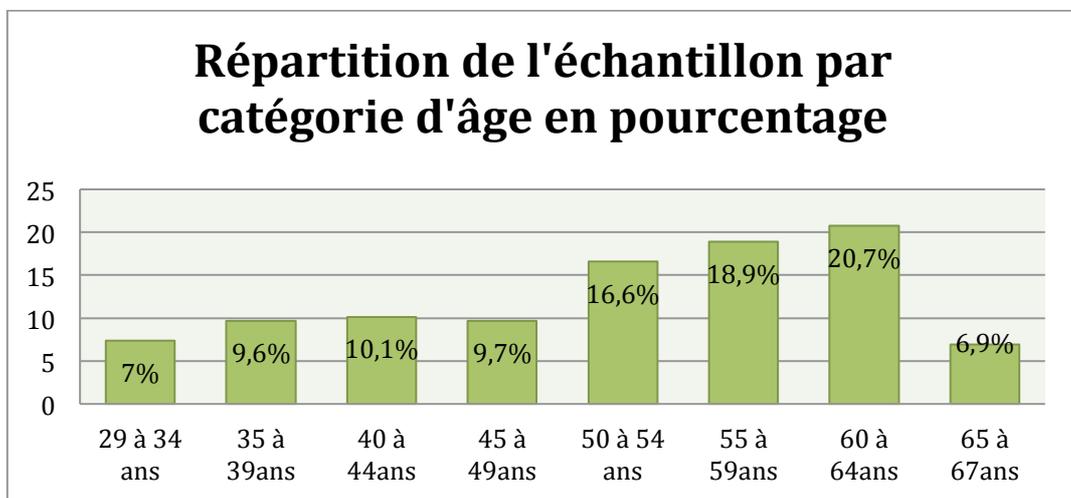
### 3. Résultats

Sur les 422 médecins répondant aux critères d'inclusion, 222 ont retourné leur questionnaire avant la date butoir. Trois questionnaires sont revenus après le 31 mars et n'ont donc pas été analysés. Le taux de réponse global est donc de 52,6%. Cependant, 2 questionnaires n'avaient pas été remplis pour cause de départ en retraite et de changement d'orientation professionnelle imminent.

#### 3.1. Données générales de l'échantillon

##### 3.1.1. Statistiques en rapport avec l'âge

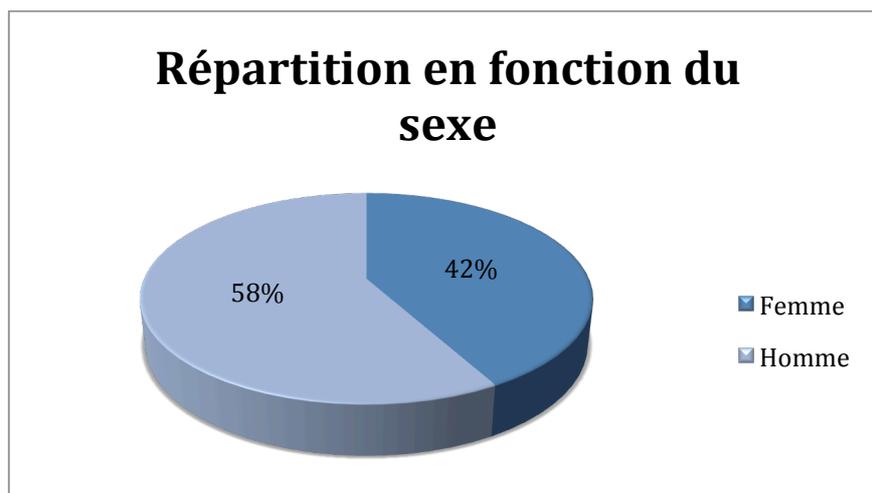
L'âge moyen des sujets ayant répondu est de 51,52 ans soit 51 ans 6 mois et 7 jours. Le plus jeune a 29 ans et le plus âgé 67. La répartition de l'échantillon se fait comme indiqué sur la figure 8:



**Figure 8 :** Répartition de l'échantillon en pourcentage en fonction de la classe d'âge

Ainsi nous pouvons remarquer que 63,1 % de l'échantillon a plus de 50 ans et que 6,9% des généralistes ayant répondu travaillent après 65 ans.

### 3.1.2. Statistiques sur le sexe



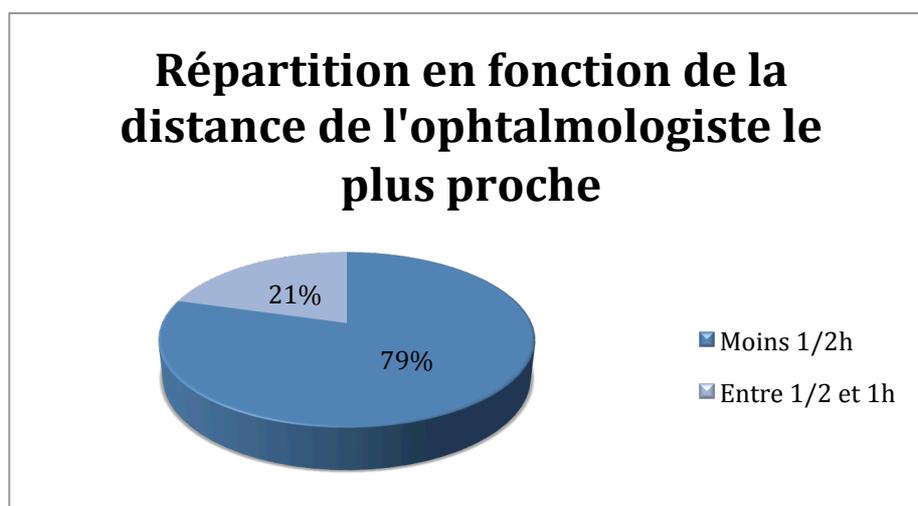
**Figure 9** : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

Le diagramme en figure 9 montre que la profession reste encore une profession majoritairement masculine représentant 58% des médecins ayant répondu.

### 3.1.3. Statistiques sur l'éloignement par rapport à l'ophtalmologiste le plus proche

Nous avons demandé aux sujets interrogés combien de temps leur fallait-il pour rejoindre l'ophtalmologiste le plus proche avec 3 réponses possibles (Figure 10):

- Moins d'une demi heure
- Entre une demi heure et une heure
- Plus d'une heure

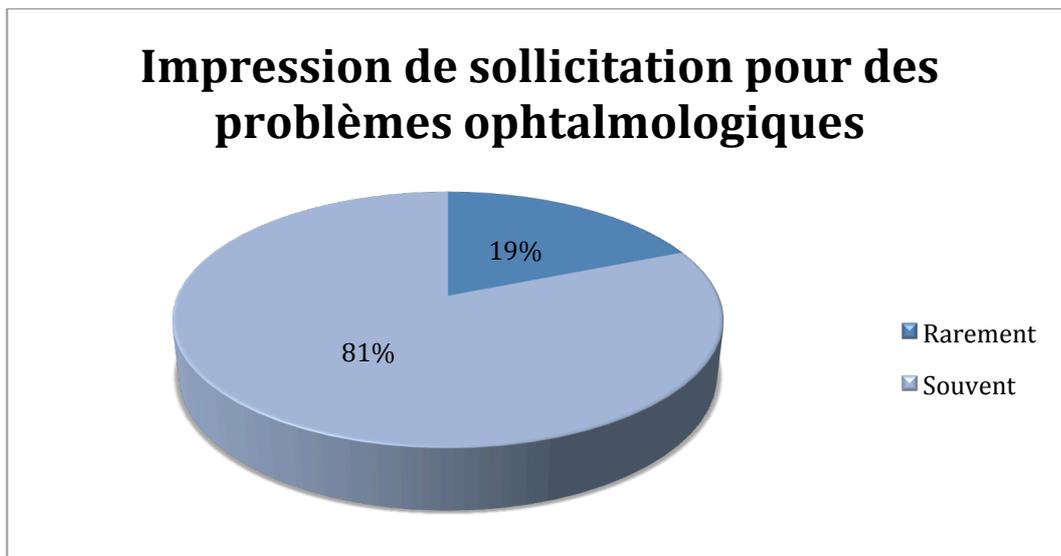


**Figure 10** : Répartition des médecins généralistes par rapport à l'ophtalmologiste le plus proche

Aucun généraliste n'a déclaré se trouver à plus d'une heure d'un spécialiste en ophtalmologie et plus des  $\frac{3}{4}$  se disent être à moins d'une demi heure. Persistent tout de même 21% se situant à plus d'une demi heure de trajet.

### 3.2. Evaluation d'une impression générale de sollicitation

Nous avons cherché à réaliser une évaluation subjective d'« impression de sollicitation » pour savoir s'il existe une pression de demande de soins ophtalmologiques des patients envers leur médecin généraliste. Les résultats sont retranscrits dans la figure 11:

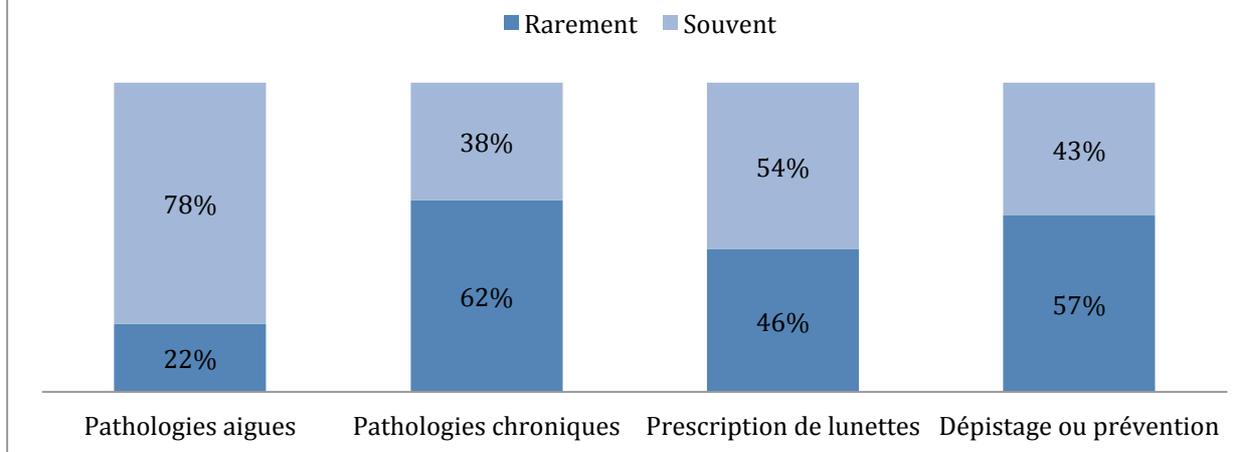


**Figure 11** : Evaluation de l'impression de sollicitation des médecins généralistes pour des problèmes ophtalmologiques

Le résultat est sans appel avec 81% des interrogés ayant répondu se trouvant souvent sollicités pour des causes ophtalmologiques.

La troisième question du questionnaire avait pour objectif d'affiner cette impression de sollicitation générale dans chacun des grands cadres du champ d'action de la médecine de famille. Voici les réponses illustrées par la figure 12 :

## Evaluation de l'impression de sollicitation en fonction du domaine de compétence



**Figure 12 :** Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du domaine de compétence

Les réponses mettent en évidence que les médecins généralistes de la Haute-Vienne se sentent respectivement à 78% et 54% souvent sollicités pour des pathologies aiguës et des demandes de prescription de lunettes. En revanche, ils ne se trouvent que rarement sollicités à respectivement 62 et 57 % pour des problèmes de pathologies chroniques ou pour du dépistage et de la prévention.

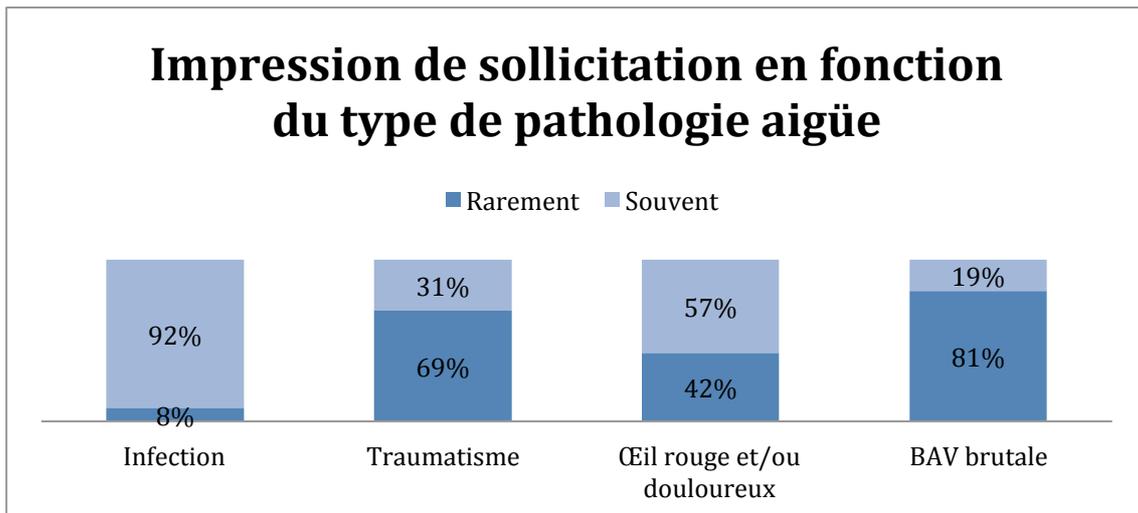
### 3.3. Evaluation de la sollicitation et du sentiment de compétence en fonction des domaines de compétence

La partie suivante du questionnaire avait pour but d'évaluer la prévalence des familles de pathologies (ou situations cliniques) à l'intérieur des domaines de compétence mais aussi de savoir si les médecins généralistes s'estimaient compétents pour traiter directement le problème. L'objectif étant de savoir ce que les généralistes pensaient être de leur ressort.

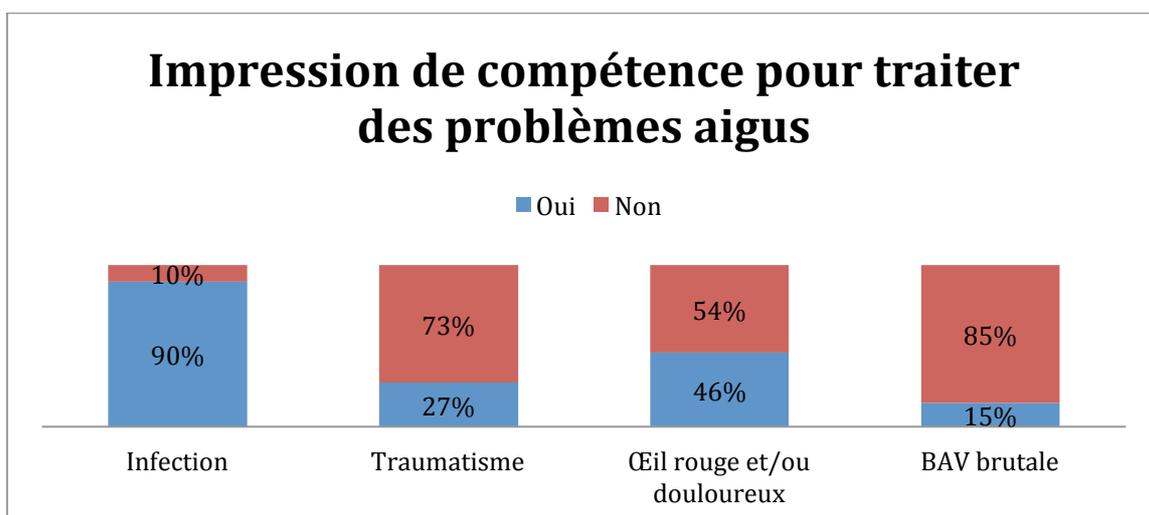
#### 3.3.1. Problèmes ophtalmologiques aigus

Nous avons interrogé l'échantillon sur les infections, les traumatismes ainsi que sur les situations d'œil rouge et douloureux et de baisse d'acuité visuelle brutale dans le cadre des pathologies oculaires aiguës.

Les résultats sont consignés dans les figures 13 et 14 :



**Figure 13 :** Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du type de problème aigu



**Figure 14 :** Evaluation du sentiment de compétence en pourcentage en fonction du type de problème aigu

Nous pouvons conclure de ces deux figures les choses suivantes :

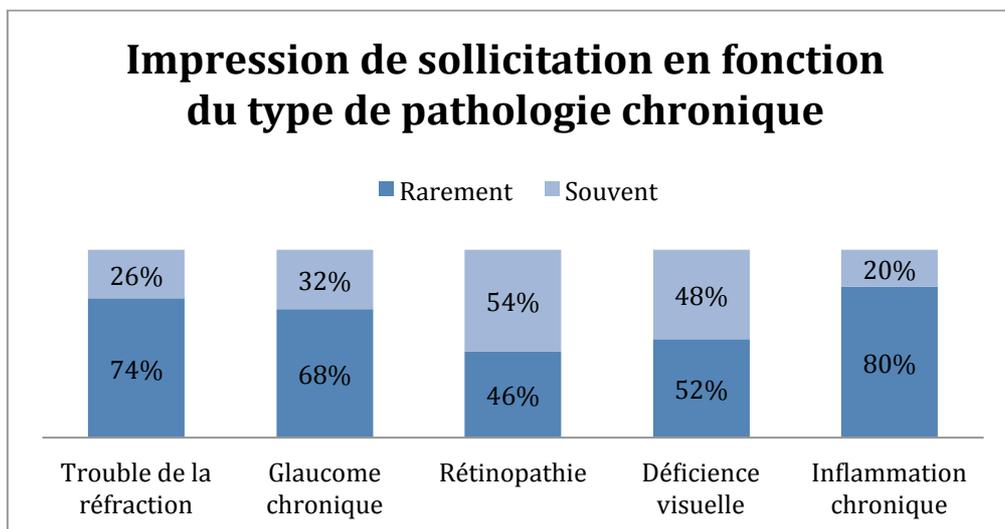
- Les généralistes se sentent à 92% souvent confrontés à des infections oculaires et compétents pour 90% d'entre eux à les traiter.
- Ils se trouvent pour 69% d'entre eux rarement confrontés à des traumatismes oculaires et ne se sentent pas capables de les traiter pour 73%.

- La troisième situation est plus partagée : 57% des médecins se trouvent souvent confrontés à un patient se plaignant d'un œil rouge et /ou douloureux mais 54% ne s'estiment pas compétents pour les traiter.
- Concernant la baisse d'acuité visuelle brutale : 81% des médecins généralistes sont rarement consultés pour ce motif et 85% ne se trouvent pas compétents pour en initier le traitement.

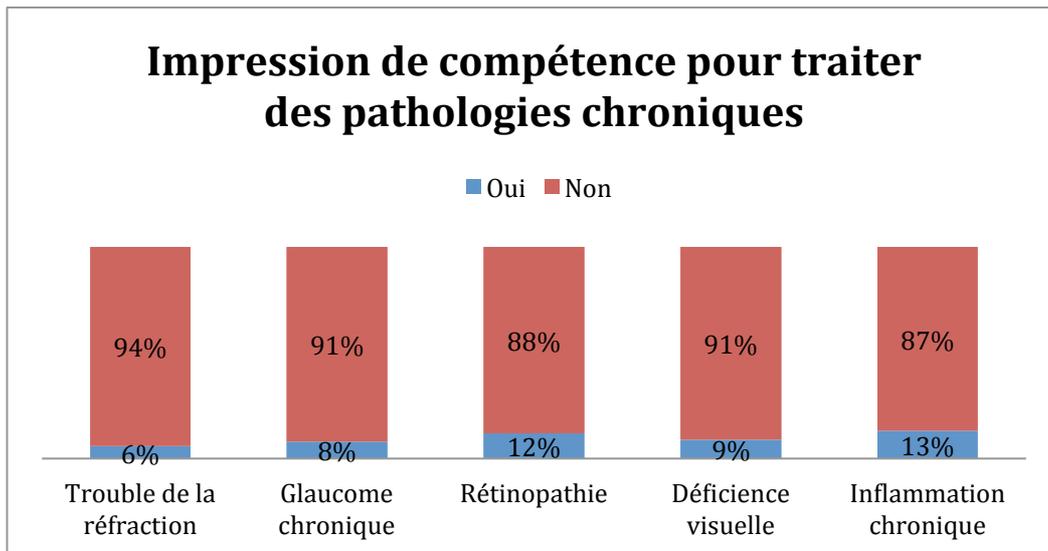
### 3.3.2. Problèmes ophtalmologiques chroniques

La cinquième question correspondait à l'évaluation de la demande vis à vis des pathologies chroniques et du sentiment de compétence à les traiter ressenti par les médecins généralistes.

Les résultats sont retranscrits dans les figures 15 et 16:



**Figure 15 :** Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du type de problème chronique



**Figure 16 :** Evaluation du sentiment de compétence en pourcentage en fonction du type de problème chronique

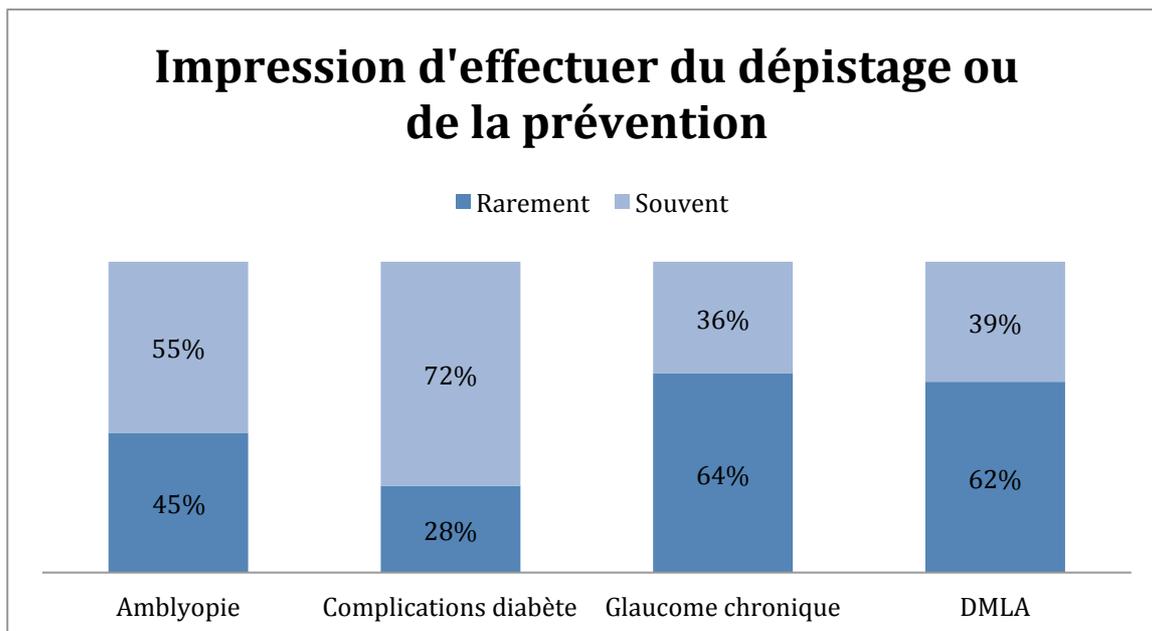
Les résultats montrent que :

- Les médecins sont rarement sollicités pour : des troubles de la réfraction dans 74% des cas, un glaucome chronique dans 68% des cas et une inflammation chronique dans 80% des cas.
- Ils se sentent souvent sollicités pour d'autres pathologies chroniques comme les rétinopathies (54%) ou la déficience visuelle (48%).
- De manière générale, ils ne se sentent majoritairement pas compétents pour les traiter (environ 90%). A noter tout de même que 12% des répondants se sentent capables de traiter les rétinopathies et 13% les inflammations chroniques.

### 3.4. Evaluation de la pratique du dépistage et de la prévention

Une des compétences du métier de généraliste est d'effectuer du dépistage et de la prévention. Nous avons voulu savoir avec la question 8 de notre questionnaire si les médecins interrogés étaient sensibilisés à la recherche de pathologies oculaires potentiellement graves et invalidantes. Nous avons sélectionné à ce titre 4 problèmes oculaires : les signes de DMLA, de glaucome chronique ou de complications liées au diabète et l'amblyopie.

Les réponses sont consignées dans l'histogramme suivant (figure 17):



**Figure 17 :** Evaluation de l'impression d'effectuer du dépistage et de la prévention en pourcentage pour l'amblyopie, les complications du diabète, le glaucome chronique et la DMLA

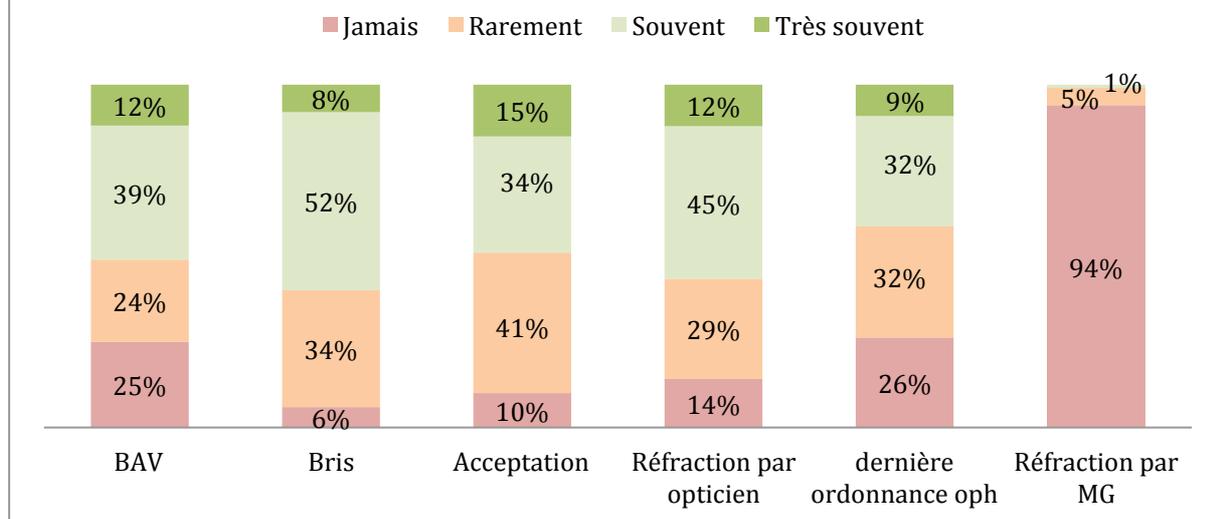
Ce graphique nous montre que :

- 55 et 72% des répondants disent rechercher souvent respectivement une amblyopie ou des complications liées au diabète.
- Seulement 36% et 39% des médecins recherchent respectivement un glaucome ou une DMLA.

### 3.5. Les troubles de la réfraction

Deux questions portaient sur les troubles de la réfraction. L'objectif était d'essayer de connaître via la question 6, l'origine de la prescription d'une paire de lunettes par les généralistes. Dans le cas où ils acceptaient de la faire, nous avons demandé par qui étaient réalisées les mesures de réfraction. Via la question 7, nous avons voulu savoir s'ils souhaiteraient bénéficier d'une formation sur le sujet. Les résultats de la question 6 sont présentés dans la figure 18.

## Etude de pratique des généralistes dans le cadre de la prescription de lunettes



**Figure 18** : Evaluation de la pratique des médecins généralistes dans le cadre de la prescription de lunettes

De façon légèrement majoritaire les médecins ayant répondu trouvent que l'origine de la prescription de lunettes est souvent ou très souvent une baisse d'acuité visuelle à 51%. Plus nettement, à 60%, celle-ci est causée souvent ou très souvent par des lunettes cassées.

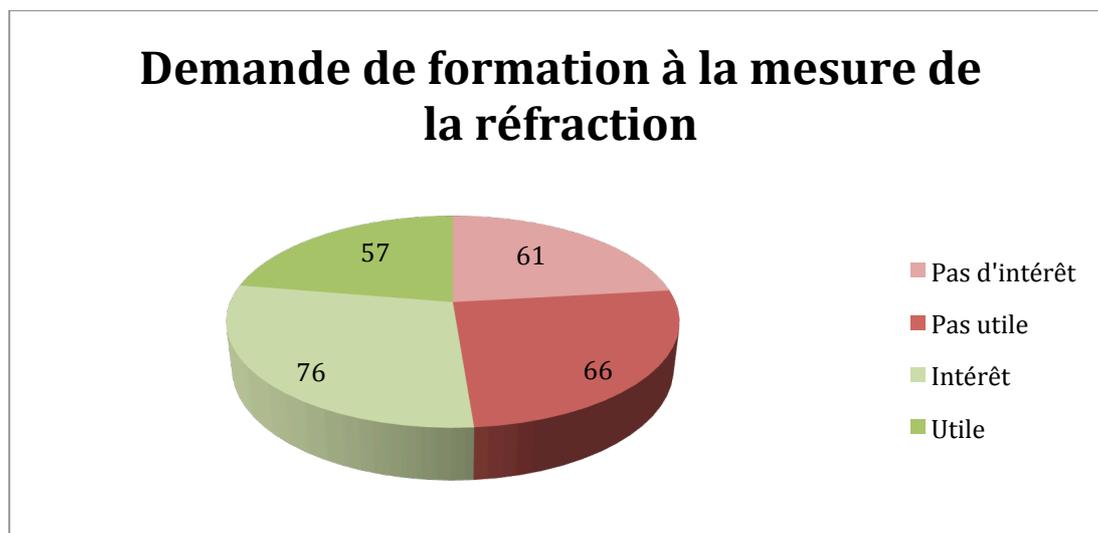
Les généralistes ne prescrivent rarement voir jamais de lunettes, dans 41% et 10% des cas. Ils le feraient souvent dans 34% des cas. 15% en prescrivent très souvent alors même que 94% d'entre eux déclarent ne jamais réaliser les mesures de réfraction.

La rédaction d'une ordonnance s'effectuerait souvent pour 45% voire très souvent pour 12% des répondants à partir des mesures de réfraction faites par l'opticien. Comparativement, 32% se servent souvent et 9% très souvent de la dernière ordonnance de l'ophtalmologiste.

Les généralistes prescrivent plus souvent une correction optique d'après des mesures faites par l'opticien plutôt que par un médecin spécialiste. Ces mesures n'étant que dans une très faible proportion vérifiées par le médecin généraliste.

Nous avons ensuite demandé aux médecins s'ils souhaiteraient être formés à la mesure de la réfraction. Nous leur avons demandé s'ils trouveraient cela utile ou non dans leur pratique et si cela les intéresserait ou non.

Les résultats obtenus sont regroupés dans le diagramme ci-dessous (figure 19):



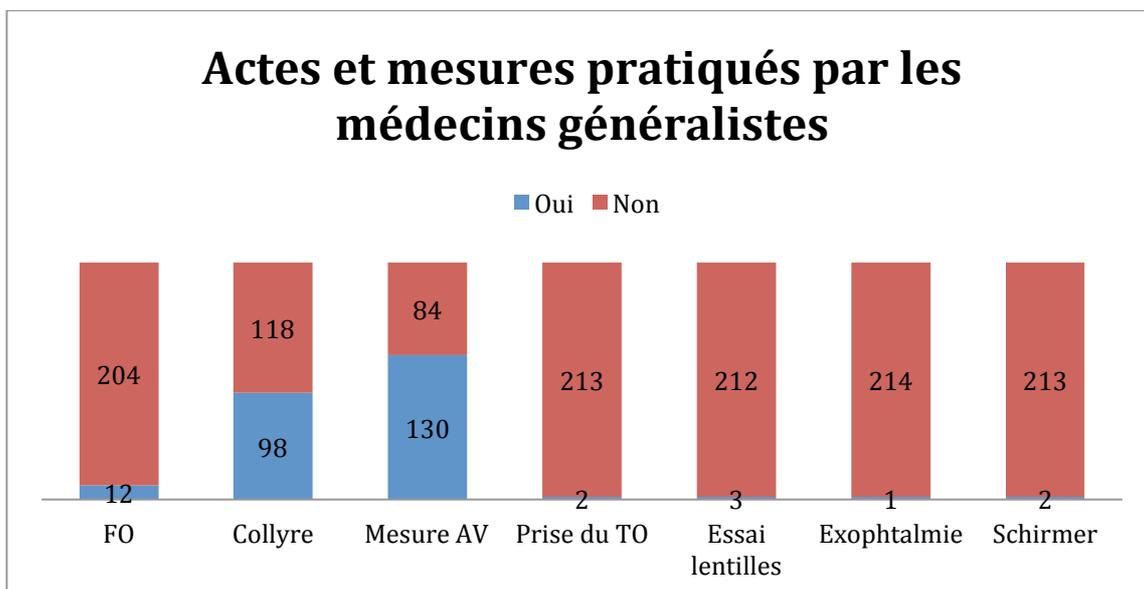
**Figure 19** : Evaluation en effectifs de la demande de formation à la mesure de la réfraction par les médecins généralistes

Ce diagramme nous montre qu'une majorité des généralistes de la Haute-Vienne souhaiterait être formée : 76 d'entre eux jugeant que cela les intéresserait et 57 que cela leur serait utile dans leur pratique.

### 3.6. Actes et mesures réalisés par les médecins généralistes

Les deux dernières questions avaient pour but de connaître ce que les médecins généralistes avaient pour habitudes de réaliser comme actes et mesures dans leur cabinet et s'ils souhaiteraient y être formé. Ainsi nous leur avons demandé s'ils réalisaient les fonds d'oeil, la mesure de l'acuité visuelle, de la tension oculaire et de l'exophtalmie mais aussi l'instillation de collyre, les essais de lentilles et le test de Schirmer.

La figure 20 résume les réponses apportées :



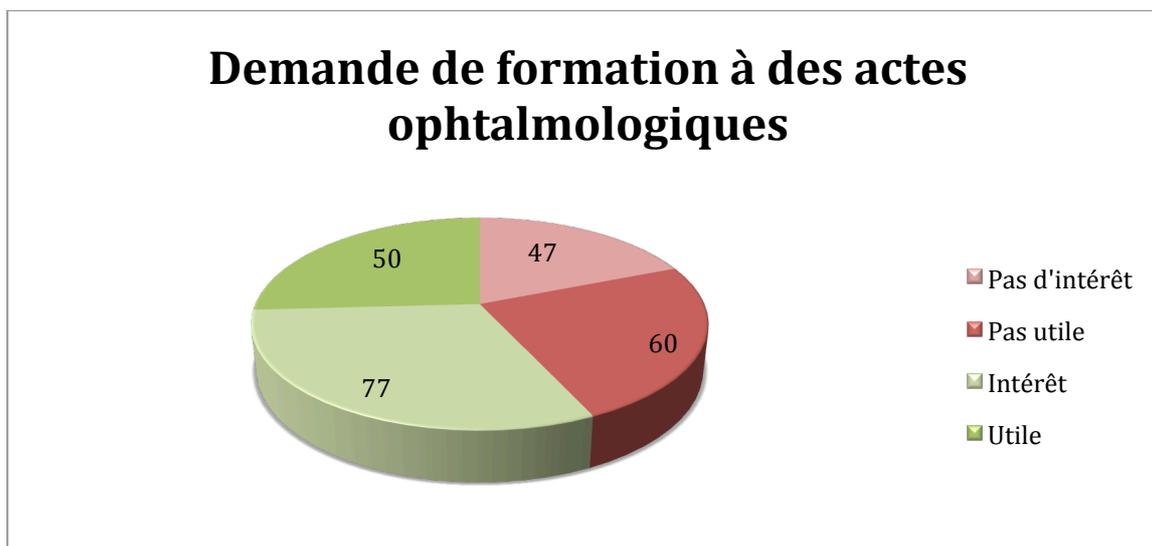
**Figure 20** : Evaluation des actes et mesures pratiqués par les généralistes en cabinet

Cette figure nous montre de façon assez nette que la mesure de l'acuité visuelle est réalisée par une majorité de médecins généralistes soit 130 médecins contre 84 qui ne la réalisent pas. Quarante vingt dix huit répondants instilleraient des collyres dans leur cabinet et 12 effectueraient des fonds d'oeil.

En revanche, la quasi totalité d'entre eux n'effectueraient ni la prise du tonus oculaire, ni la mesure de l'exophtalmie, ni le test de Schirmer ou l'essai de lentilles.

Dans le but de faire ressortir une éventuelle demande de formation, nous leur avons aussi demandé s'ils jugeraient cela utile ou non et si cela les intéresserait dans leur pratique ou non.

Le diagramme en secteur ci dessous résume les résultats obtenus (figure 21):



**Figure 21** : Evaluation de la demande de formation à des actes et mesures ophtalmologiques

Cette figure met en lumière que 50 répondants jugent une formation utile et que 77 répondants trouveraient cette formation intéressante pour leur pratique.

### 3.7. Population médicale cible

Notre questionnaire étant anonyme, nous avons essayé de mettre en évidence une population que nous appellerons « population médicale cible » qui aurait été soit la population la plus sollicitée, soit la plus intéressée par une formation ou bien les deux : une population sollicitée qui souhaite se former.

Malheureusement nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de lien statistique nous permettant d'identifier précisément une population de ce type. Le seul lien statistique que nous ayons réussi à mettre en évidence est le fait que les répondants se disant souvent sollicités pour des problèmes ophtalmologiques souhaitent d'avantage être formés aux actes et mesures ophtalmologiques que ceux se disant rarement sollicités (Test de Kuskal Wallis :  $p=0,02$ ).

## 4. Discussion

### 4.1. Biais de l'étude

Nous avons choisi d'envoyer notre questionnaire aux médecins généralistes installés excluant les médecins généralistes remplaçants qui constituent pourtant un nombre significatif des praticiens de médecine générale. En 2008, 24% des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre se déclaraient remplaçant. Parmi ceux ci, 5 ans plus tard en 2013, ils étaient 7,9%. La difficulté de les contacter nous a fait renoncer. Cela entraîne inévitablement un biais de sélection qui sous estime de manière conséquente la part des jeunes médecins libéraux.

L'autre biais est un biais d'information lié au mode de réponse attendu. Ayant choisi d'obtenir un taux de réponse global au questionnaire le plus élevé possible, nous nous sommes orienté vers l'envoi d'un questionnaire avec des demandes rétrospectives plutôt que l'élaboration d'une étude prospective chiffrée plus contraignante. Conscients de la perte de fiabilité, nous avons essayé de contourner ce biais. Nous nous sommes donc orientés vers une étude subjective afin de tenter d'évaluer au mieux l'existence d'une pression de sollicitation, d'un sentiment de compétence et d'une demande de formation des médecins.

### 4.2. Pression de sollicitation

Les médecins interrogés se trouvaient très majoritairement souvent sollicités pour des problèmes ophtalmologiques. Il semble qu'il puisse cependant exister un biais d'interprétation. En effet, une pathologie de prévalence importante en médecine générale comme la conjonctivite entre à la fois dans le cadre de l'infection oculaire et de l'œil rouge. Cela provoque inévitablement un facteur de confusion.

Cette difficulté d'interprétation est aussi retrouvée dans l'item infection par exemple, qui regroupait des pathologies de gravité diverse allant de la conjonctivite virale à l'endophtalmie.

Cette pression de la demande se retrouve surtout au niveau des pathologies aiguës (comme les infections et la situation de l'œil rouge et /ou douloureux) et de la prescription de lunettes.

En terme de maladie chronique il semble que cela soit les rétinopathies et la déficience visuelle qui soit source de demande des patients.

Les généralistes de la Haute Vienne s'investissent dans le dépistage et la prévention recherchant pour les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux des complications de diabète et pour plus de la moitié une amblyopie.

Cette sollicitation des médecins généralistes peut s'expliquer (en plus de ce qui a été développé dans l'introduction) par le fait que les ophtalmologistes de Haute-Vienne cumulent tous les facteurs de risques de renoncement aux soins : délai d'obtention de rendez-vous long, installation de près de 75% des ophtalmologistes en activité libérale ou mixte en secteur 2 et un taux d'éloignement bien supérieur à la moyenne nationale (2% des français habiterait à plus d'une demi heure de l'ophtalmologiste le plus proche contre 21% en Haute Vienne d'après notre étude).

### **4.3. Evaluation du sentiment de compétence**

De manière générale on peut se rendre compte que les médecins généralistes ayant répondu ne se sentent globalement pas compétents pour traiter les problèmes ophtalmologiques à l'exception des infections et la situation d'un œil rouge et/ ou douloureux. Ceci met aussi en exergue, de la même manière que précédemment, un probable biais d'interprétation.

### **4.4. Actes réalisés et demande de formation**

Les actes et mesures que réalisent les médecins généralistes de la Haute Vienne sont surtout la mesure de l'acuité visuelle, un peu l'instillation de collyre et pour très peu d'entre eux la réalisation d'un fond d'œil.

En revanche la demande de formation dans les domaines de la mesure de la réfraction et des actes de l'examen ophtalmologique est forte. Cette donnée nous amène à penser que les résultats obtenus dans l'évaluation du sentiment de compétence pourraient être largement modifiés pour une partie d'entre eux. Cela pourrait aussi faire l'objet d'une autre étude avec une évaluation pré et post formation des médecins généralistes et comparaison entre les deux.

### **4.5. Cas particulier de la prescription de lunettes**

Ce qui peut être retenu des réponses à la question 6 du questionnaire est que 90% des médecins généralistes prescrivent des lunettes suite à un bris de lunettes ou d'une baisse d'acuité visuelle et 94% d'entre eux le font à « l'aveugle » ne réalisant pas eux mêmes les mesures de réfraction. Cette prescription se base plus souvent sur des données transmises par les opticiens que sur celles de l'ophtalmologiste.

Cela met en lumière l'immense problème d'accessibilité des patients aux ophtalmologistes pour des problèmes extrêmement courants. Il y a fort à parier que les réponses apportées auraient été très différentes en cas de meilleure accessibilité aux médecins spécialistes.

## **4.6. Code de déontologie médicale : règles communes à tous les modes d'exercice**

Les médecins généralistes sont soumis comme tous les médecins au respect du code de déontologie médicale (article R. 4127 du code de santé publique).

Trois articles permettent de donner un cadre général à la pratique :

- Article R. 4127-69 : *L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.*

- Article R. 4127-70 : *Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.*

- Article R. 4127-71 : *Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge (...)*

*Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.*

## **4.7. Interprétation du code de déontologie : intégration des compétences du médecin généraliste au service de la filière visuelle**

L'obtention du doctorat en médecine protège le médecin contre toute condamnation au titre de l'exercice illégal. La chambre criminelle de la Cour de cassation a en effet affirmé, par un arrêt rendu le 8 mars 2011, qu'il « *résulte de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique [relatif à l'exercice illégal de la médecine] qu'une personne qui remplit les conditions d'exercice de la médecine exigées par ce texte ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine lorsqu'elle sort des limites de sa spécialité ou de sa compétence.* »

L'article R. 4127-70 affirme le principe d'omnivalence du diplôme de médecin. L'interprétation qu'en fait le Conseil National de l'Ordre des Médecins est la suivante : « *Il appartient au médecin de décider, souvent seul, en conscience, du rôle qu'il peut jouer. La formation nouvelle de certains confrères généralistes, formés dans les services appropriés, confrontés régulièrement avec la médecine de catastrophe leur donne incontestablement toute aptitude à intervenir dans ce cadre et y exercer une large autonomie de décision.*

*Le code de déontologie montre bien où se situent réellement les inévitables limites de la règle de l'omnivalence du diplôme. Ce ne sont pas toujours celles du découpage administratif de la profession médicale, mais plutôt celles de la réelle expérience du praticien, en tenant compte aussi des circonstances particulières du moment. En cas de doute, le médecin doit penser qu'il aura à se justifier s'il y a litige ou contestation ».*

Le rapport d'information du Sénat datant de janvier 2014 (fait au nom de la commission des affaires sociales) sur la coopération entre professionnels de santé en conclut que « *si le fait pour un médecin d'exercer en dehors de sa spécialité ou de sa compétence n'est pas susceptible de sanction pénale en tant que tel, il est néanmoins passible de sanctions déontologiques prononcées par le Conseil de l'Ordre et d'une condamnation civile* ».

Pour éviter cela, le médecin généraliste devra justifier selon l'article R. 4127-70 de bonnes connaissances, d'une expérience et de moyens adéquat.

### **Un médecin généraliste dispose-t-il de connaissances ophtalmologiques ?**

D'un point de vue sémantique, le terme de « connaissance » de l'article R. 4127-70 a été préféré au terme de « compétence » du rapport sénatorial jugé plus équivoque et plus réducteur. Le code de déontologie est clair sur le sujet de la formation via l'article 11 disant que « *tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* ». Ainsi le conseil national de l'ordre commente les articles 11 et 70 en considérant que « *les connaissances (...) acquises pendant la formation universitaire doivent être entretenues, mises à jour, complétées* ».

Le programme universitaire officiel de l'ECN en ophtalmologie est détaillé en annexe 3.

Le rapport Voynet aborde le sujet en disant que « La mission ne verrait que des avantages à une meilleure formation des médecins de premier recours à la physiologie de l'œil et au dépistage des différentes pathologies de la vision, soit au cours des semestres de spécialisation en médecine générale, soit de façon optionnelle via un diplôme universitaire complémentaire »

### **De quelle expérience peut disposer un médecin généraliste?**

Celle-ci peut-être de nature multiple : stage d'externat, d'internat, libre ou bien dans le cadre d'une formation optionnelle.

## **De quels moyens peuvent disposer les médecins généralistes ?**

Les moyens à sa disposition doivent être en relation avec l'activité du médecin afin d'assurer une sécurité sanitaire et une bonne prise en charge des patients. Par conséquent, la question des moyens est directement liée avec l'investissement dans le domaine de l'ophtalmologie. Cet investissement est de deux ordres :

- **Motivationnel** : quel intérêt porte-il pour l'ophtalmologie ? Quelle est son envie d'implication ? Quel part de temps souhaite-t-il y consacrer ? Quels sont les besoins de sa patientèle ?
- **Financier** : L'acquisition d'un matériel de base associant des échelles d'acuité visuelle, des collyres (anesthésique, fluorescéine, vert de lissamine), d'un ophtalmoscope, de bandelettes de Schirmer et d'un exoptalmomètre de Hertel ne nécessite qu'un investissement de quelques centaines d'euros et peuvent déjà rendre de grands services en médecine générale. En revanche, celle d'un tonomètre à air (pour le dépistage) et de matériel pour la prescription de lunettes (réfractomètre automatique, jeux de verres et un projecteur de test) en nécessite un de plusieurs dizaine de milliers d'euros (entre 30 000 et 80 000 euros en fonction de la marque et du matériel choisi).

## **4.8. Les possibilités de financement**

Le temps moyen pour une consultation de médecine générale et d'ophtalmologie a été estimé à environ 16 min par la DREES dans l'étude « consulter un spécialiste à son cabinet » d'Octobre 2009. Ainsi aucune rémunération supplémentaire ne peut être espérée grâce à une augmentation du nombre d'actes.

La possibilité de financement de matériel dépend donc directement de celle de trouver des rémunérations annexes afin de pouvoir établir un investissement viable. La prise en compte de cette donnée est primordiale dans la mesure où l'examen ophtalmologique en lui même ne permet pas de complément de revenu très significatif en terme de cotation CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Les marges de manœuvres sont donc limitées mais deux solutions apparaissent tout de même afin de majorer le tarif de la consultation:

- La consultation d'un médecin généraliste en accès direct est cotée comme toutes les consultations à 23 euros pour les médecins en secteur 1 (Classification NGAP). L'examen du fond d'œil peut tout de même être coté 28,29 euros s'il est pratiqué avec un verre de contact et l'examen de la vision binoculaire 25,32 euros. Ces dernières rémunérations en CCAM ne peuvent être associées à une rémunération NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels). La consultation sera donc rémunérée soit 23 euros soit le montant de l'acte réalisé si celui-ci dépasse le tarif de la consultation.

Cela ne s'applique qu'à des situations assez particulières et ne peut garantir que des gains marginaux.

- L'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins est accessible depuis le 22 mars 2012 à toutes les spécialités, dont les médecins généralistes titulaires d'un diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale. Cela permet au médecin consultant de coter la consultation C2, soit 46 euros, sous certaines conditions ( avis ponctuel à la demande explicite du médecin traitant, obligation d'adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques, engagement à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser le médecin traitant la charge de surveiller l'application des prescriptions et obligation de ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents l'avis ponctuel et de ne pas le revoir dans les 4 mois suivants).

## 5. Conclusion

L'organisation de la filière visuelle a changé ces dernières années devant répondre à des difficultés d'accessibilité pour les patients. Les professions paramédicales de cette filière ont connu une progression de leur effectif et des redéfinitions successives de leurs compétences. Le but était de répondre à une demande croissante de soins ophtalmologiques liée à l'accroissement de la population âgée qui présente une forte prévalence de certaines pathologies oculaires. Malgré les efforts entrepris, la pression de la demande est restée à un niveau élevé et va encore progresser.

Les généralistes Haut-Viennois du fait de leur position dans notre système de soins, sont souvent sollicités par leur patientèle. Ils assument volontiers la prise en charge de certaines pathologies aiguës comme les infections et s'investissent dans le dépistage et la prévention de certaines pathologies chroniques.

La prise en charge des troubles de la réfraction est la situation mettant le plus en exergue les problèmes actuels en matière d'ophtalmologie. Notre étude met en évidence des difficultés majeures d'accessibilité aux ophtalmologistes pour des pathologies de forte prévalence. Les patients trouvent alors des alternatives en la personne de l'opticien et du médecin de famille pour obtenir une prescription de lunettes.

Des dispositions législatives, organisationnelles et de mode d'exercice peuvent permettre à un médecin généraliste d'effectuer des actes d'ophtalmologie. Si notre étude met en évidence que les médecins de famille, du fait de leur importante sollicitation par les patients et de certaines de leurs prises en charge, sont un acteur de la filière visuelle en Haute-Vienne, leur rôle peut être décrit comme « réduit à sa plus simple expression » (cf. rapport Voynet p34).

La question de la place du médecin généraliste se heurte à un flou lié aux limites de compétences et par conséquent au processus de formation. La détermination de ces limites pose indirectement les questions du rôle et des conditions de recours aux ophtalmologistes auxquelles les réponses sont susceptibles d'entraîner une restructuration en profondeur de l'organisation de l'ensemble de la filière. Notre travail n'a pas pour but d'y répondre car ceci relève de choix stratégiques nationaux de politique de santé qui dépassent totalement le cadre de notre étude. En revanche, elle pourrait servir de base de travail si des réflexions en ce sens devaient être engagées.

Dans ce cadre là, notre département possède une combinaison de caractéristiques spécifiques pouvant le rendre attractif à des expérimentations:

- Une population parmi les plus âgées d'Europe très demandeuse de soins envers ses médecins traitants.
- Une démographie des ophtalmologistes peu favorable contrastant avec la stabilité de celle des médecins généralistes.
- Des facteurs importants de non renoncement aux soins envers les médecins de famille : maillage territorial fort, tarification en secteur 1 extrêmement majoritaire et délais de rendez vous rapides.
- Une forte demande de formation de la part des praticiens.

## Références bibliographiques

- [1] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie(HCAAM), "Note Sur Les Conditions D'exercice et Les Revenus Des Médecins Libéraux."
- [2] Observatoire Régional de Santé (ORS) du Limousin, "Aide À L'identification Des Besoins de Santé En Région Limousin."
- [3] Denis MALABOU, Laurent DAUPHIN pour le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) du Limousin, *Permanence Des Soins et Présence Médicale En Limousin,p.101.*
- [4] Laurence Auvray,Anne Doussin,Philippe Le Fur, "Santé, Soins et Protection Sociale En 2002."
- [5] Laurence Auvray,Anne Doussin,Philippe Le Fur, "Santé, Soins et Protection Sociale En 2002."
- [6] W. Smith et al, "Risk Factors for Aged-Related Macular Degeneration, Pooled Findings from Three Continents."
- [7] ANAES, "Evaluation Du Traitement Chirurgical de La Cataracte de L'adulte."
- [8]G. de Pouvourville et al, "La Démographie En Ophtalmologie 2000-2020."
- [9] Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H, "Epidemiology of Diabetes in Metropolitan France."
- [10] G. de Pouvourville et al, "La Démographie En Ophtalmologie 2000-2020."
- [11] G. de Pouvourville et al, "La Démographie En Ophtalmologie 2000-2020."
- [12] HAS-recommandation des bonnes pratiques, "Troubles de La Réfraction - Délivrance de Verres Correcteurs Par Les Opticiens Dans Le Cadre D'un Renouvellement," 4.
- [13] Laurence Auvray, Anne Doussin, and Philippe Le Fur, "Santé, Soins et Protection Sociale En 2002."
- [14] DREES, "Tableau de Synthèse Sur Les Effectifs de Médecins Au 1er Janvier 2014."
- [15] DREES, "Tableau de Synthèse Sur Les Effectifs de Médecins Au 1er Janvier 2015."
- [16] DREES, "Tableau de Synthèse Sur Les Effectifs de Médecins Au 1er Janvier 2015."
- [17] Daniel SICART, DREES, "Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2014."
- [18] WONCA Europe, "La Définition Européenne de La Médecine Générale Ou de Famille."
- [19] C.Attali et P.Bail, "Groupe niveau de Compétence' Du CNGE."

[20] Denis MALABOU, Laurent DAUPHIN pour le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) du Limousin, *Permanence Des Soins et Présence Médicale En Limousin*.

## **Table des annexes**

<b>Annexe 1. Recommandations de la mission Voynet.....</b>	<b>61</b>
<b>Annexe 2. Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de la Haute-Vienne.....</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 3. Programme d'ophtalmologie de l'examen classant national 2013 par le collège des ophtalmologistes de France.....</b>	<b>67</b>

# Annexe 1. Recommandations de la mission Voynet

## Renforcer l'offre de soin ophtalmologique

- Encourager les ophtalmologistes qui le souhaitent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans.
- Inciter fortement à l'accroissement de la part d'activité réalisée à tarif opposable, avec fixation d'un seuil minimal de 30 % au moins de l'activité à tarif opposable.
- Impulser l'élargissement du champ des coopérations au titre de l'article 51 de la loi HPST au suivi des pathologies chroniques.
- Mettre à l'étude un mécanisme de soutien au travail aidé en secteur 1, dans les seules zones sous-denses, réservé aux praticiens s'engageant sur des critères précis d'accueil et de permanence des soins. Mettre à l'étude un mécanisme incitant à la constitution de provisions dédiées à l'indemnisation des salariés au moment de la cessation d'activité.
- Limiter la cotation des actes en AMY de l'orthoptiste aux seuls actes de rééducation visuelle et aux actes qui ne sont pas suivis de la cotation d'une consultation ou de deux actes techniques par l'ophtalmologiste.
- Accompagner l'expérimentation de pôles ophtalmologiques multi-sites, chargés d'une mission de santé sur un territoire ou en direction d'une population.
- Réévaluer la cotation du bilan de la vue, moyennant une limitation stricte de la cotation d'actes techniques pour cette indication.

## Conforter le travail de l'orthoptiste

- Permettre explicitement, en modifiant à cet effet l'article L4342-1 du code de la santé publique, la réalisation par l'orthoptiste des actes prévus dans des protocoles de prise en charge écrits et signés par le médecin selon les recommandations de la HAS.
- Autoriser et simplifier les procédures de transmission de données concernant l'identité de l'assuré (par l'auxiliaire médical qui réalise l'examen) et la facturation de l'acte d'interprétation (par l'ophtalmologiste qui le réalise à distance et hors de la présence du patient).
- Reconnaître aux orthoptistes le droit de prescrire le matériel de rééducation orthoptique (caches oculaires pour rééducation de l'amblyopie, prismes provisoires, filtres d'occlusion partielle, aides visuelles, pansements, petit matériel).
- Impulser la mise en place d'un (ou de) protocole(s) de coopération « bilan visuel et prescription de corrections visuelles », associant la réalisation d'un bilan visuel par

l'orthoptiste libéral, la télé-expertise et la prescription par l'ophtalmologiste.

- Elargir le décret d'acte des orthoptistes, pour permettre la montée en puissance des coopérations, en précisant les modalités de prescription (ordonnance ou protocole de prise en charge) et les conditions de réalisation.
- Confier à la Haute autorité de santé le soin d'élaborer des recommandations pour le parcours de soins des patients, tant pour les demandes de renouvellement de prescriptions optiques que pour les principales pathologies, afin de clarifier ce qui peut être réalisé dans le temps de la pré-consultation par l'orthoptiste et ce qui doit rester du champ exclusif de l'ophtalmologiste.
- Elargir la nomenclature des actes d'orthoptie aux actes permettant de consolider la place de l'orthoptiste dans les coopérations.

### **Clarifier le rôle de l'opticien**

- Systématiser, en sanctionnant la violation répétée des bonnes pratiques, le compte-rendu d'intervention à l'ophtalmologiste et le retour vers l'ophtalmologiste en cas de modification de la vue supérieure à 1 dioptrie et/ou de suspicion de pathologie associée.
- Abroger l'obligation de mentionner l'écart inter-pupillaire sur l'ordonnance.
- Autoriser explicitement l'opticien-lunetier à conserver, avec l'accord du patient, une copie des ordonnances pendant leur durée de validité.
- Revenir pour toute délivrance d'un équipement de vue correcteur à une obligation de fournir une ordonnance dont la durée de validité doit tenir compte de l'âge du patient et de son état de santé.
- Revenir sur l'inscription dans l'article L4362-10 du code de la santé publique de toute référence au délai pendant lequel l'opticien-lunetier peut renouveler et adapter une prescription de lunettes ; fixer ce délai par décret, en l'adaptant à l'âge et à l'état de santé du patient.
- Elargir les compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes, formés explicitement à cet effet, à l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices ainsi qu'à l'adaptation des lentilles, sur prescription, dans des conditions qui devront être précisées dans un guide de bonnes pratiques élaborées sous l'autorité de la HAS.
- Elargir aux lentilles correctrices le principe du renouvellement et de l'adaptation d'une correction optique par l'opticien-lunetier, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les lunettes, et sous réserve d'une information systématique de l'ophtalmologiste

prescripteur en cas de modification de la prescription initiale.

- Mettre à l'étude la participation d'opticiens lunetiers au dépistage des amétropies et autres pathologies de l'œil, en excluant que ce dépistage soit suivi d'un acte de vente quel qu'il soit et en précisant que ce dépistage ne saurait remplacer la consultation chez l'ophtalmologiste en cas de présomption d'anomalie réfractive ou de pathologie de l'œil.

### **Compléter la formation des acteurs de la filière visuelle**

- Généraliser les stages à l'extérieur du service formateur du CHU, avec au moins deux semestres à l'extérieur, l'un dans un hôpital général, l'autre chez un « praticien agréé - maître de stage ». Modifier à cet effet la maquette du DES d'ophtalmologie.
- Augmenter le nombre de contrats d'engagement de service public offert aux étudiants à l'issue des ECN dans les régions sous-dotées en ophtalmologie.
- Augmenter le nombre des places offertes aux étudiants en orthoptie en l'adaptant à la réalité géographique et démographique de la profession. Assurer le financement des écoles d'orthoptie et de la coordination entre elles, et notamment des dotations horaires d'enseignement et des plateformes en ligne développées pour faciliter la mutualisation des ressources.
- Accélérer la mobilisation pour adapter les enseignements des écoles d'orthoptie aux exigences du décret d'actes. Lever l'incertitude quant à la reconnaissance du grade de licence et à l'intégration dans le schéma LMD.
- Sans attendre, la mission préconise de mettre de l'ordre dans l'offre surabondante et inégale de formation au BTS d'opticien-lunetier.
- Procéder, dans le respect des travaux antérieurs, à la refonte de la formation des opticiens-lunetiers et à leur intégration dans le schéma LMD.
- Diligenter une mission commune IGAS – IGAENR pour expertiser la faisabilité d'un socle commun aux études paramédicales du secteur visuel.
- Mettre à l'étude sans tarder le chantier de définition d'un master de santé visuelle, dans les UFR de médecine, ouvert aux titulaires d'une licence d'optique-lunetterie, d'une capacité professionnelle d'orthoptie ou d'une licence de sciences optiques.

# Annexe 2. Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de la Haute Vienne

## La place de l'ophtalmologie dans la pratique du médecin généraliste

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

Voici le questionnaire pour lequel je sollicite votre bienveillante participation dans le cadre de ma thèse sur la « place du médecin généraliste au sein de la filière visuelle en Haute-Vienne ».

**Je vous remercie de me le retourner dûment rempli (via l'enveloppe timbrée jointe) avant le 5 mars 2015.**

Si vous souhaitez les résultats de ce questionnaire ou un exemplaire de ma thèse, merci

- de m'indiquer votre adresse mail : .....@.....

- ou de me contacter à l'adresse suivante : [clementmunier@live.fr](mailto:clementmunier@live.fr)

Bien confraternellement,

Clément Munier (interne de médecine générale)

Âge : ..... ans Sexe :  Féminin  Masculin

1°) Votre cabinet est séparé de l'ophtalmologiste le plus proche de

Moins d' ½ h

Entre ½ h et 1h

Plus d'1h

2°) Vous avez l'impression d'être sollicité pour des problèmes ophtalmologiques

Rarement

Souvent

3°) Vous êtes confronté à l'ophtalmologie dans le cadre

• D'une pathologie aiguë :

Rarement

Souvent

• D'une pathologie chronique :

Rarement

Souvent

• D'une prescription de lunettes :

Rarement

Souvent

• D'une démarche de dépistage ou de prévention :

Rarement

Souvent

4°) Dans le cadre des pathologies aiguës suivantes :

a) A quelle fréquence avez-vous l'impression d'y être confronté ?

b) Pensez vous avoir les compétences suffisantes pour la prendre en charge?

• Une infection (conjonctivite, kératite, dacryocystite...) :

a)  Rarement

Souvent

b)  Oui

Non

• Un traumatisme (choc direct, corps étranger...) :

a)  Rarement

Souvent

b)  Oui

Non

• Un œil rouge et/ou douloureux :

a)  Rarement

Souvent

b)  Oui

Non

- Une baisse d'acuité visuelle brutale :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non

**5°) Dans le cadre des pathologies chroniques suivantes :**

**a) A quelle fréquence avez-vous l'impression d'y être confronté ?**

**b) Pensez vous avoir les compétences suffisantes pour la prendre en charge?**

- Un trouble de la réfraction :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non
- Un glaucome chronique :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non
- Une rétinopathie (diabétique, hypertensive, dégénérative...) :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non
- Des troubles liés à la déficience visuelle :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non
- Une inflammation chronique :
  - a)  Rarement  Souvent
  - b)  Oui  Non

**6°) Concernant la prescription de lunettes,**

- L'objet de cette prescription est une baisse d'acuité visuelle :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent
- Le patient a cassé sa précédente paire de lunettes :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent
- Les mesures de réfractations sont faites par vos soins :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent
- Le patient vient avec des mesures réalisées par l'opticien :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent
- Vous recopiez l'ordonnance faite lors de la dernière consultation avec l'ophtalmologiste :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent
- Vous acceptez de prescrire des lunettes :
  - Jamais  Rarement  Souvent  Très souvent

**7°) Souhaiteriez-vous être formé à la mesure de la réfraction ? (plusieurs réponses admises)**

- Cela ne m'intéresserait pas
- Cela ne me serait pas utile dans ma pratique
- Cela me serait utile dans ma pratique
- Cela m'intéresserait

**8°) Dans le cadre de la prévention et du dépistage des pathologies oculaires, vous recherchez**

- Une amblyopie de l'enfant :
  - Rarement  Souvent
- Des signes de complications liées au diabète :
  - Rarement  Souvent

- Des signes de glaucome :  
 Rarement                       Souvent
- Des signes de DMLA :  
 Rarement                       Souvent

**9°) Parmi ces gestes, lesquels pratiquez-vous ?**

- Le fond d'œil :  
 Oui                                       Non
- L'instillation de collyre (anesthésique, fluorescéine...) :  
 Oui                                       Non
- La mesure de l'acuité visuelle :  
 Oui                                       Non
- La prise du tonus oculaire :  
 Oui                                       Non
- L'essai de lentilles :  
 Oui                                       Non
- La mesure de l'exophtalmie :  
 Oui                                       Non
- Le test de Schirmer :  
 Oui                                       Non

**10°) Souhaiteriez-vous être formé aux actes précédents ? (plusieurs réponses admises)**

- Cela ne m'intéresserait pas
- Cela ne me serait pas utile dans ma pratique
- Cela me serait utile dans ma pratique
- Cela m'intéresserait

### **Annexe 3. Programme d'ophtalmologie de l'examen classant national 2013 par le collège des ophtalmologistes de France (COUF)**

Item 9– Prélèvement de cornée à but thérapeutique

Item 44 – Suivi d'un nourrisson

Item 127 – Cataracte

Item 127– Dégénérescence maculaire liée à l'âge

Item 102 – Œil et sclérose en plaques

Item 197 – Greffe de cornée

Item 221 – Rétinopathie hypertensive – choroïdopathie hypertensive

Item 221– Neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA)

Item 221 – Occlusions artérielles rétiniennes (OACR)

Item 221 – Occlusions veineuses rétiniennes (OVCR)

Item 80 – Anomalies de la vision d'apparition brutale

Item 330 – Traumatismes oculaires

Item 330 – Brûlures oculaires

Item 81 – Oeil rouge et/ou douloureux

Item 245 – Rétinopathie diabétique (RD)

Item 82 – Glaucome chronique

Item 240 – Ophtalmopathie dysthyroïdienne

Item 84 – Pathologie des paupières

Item 83 – Réfraction et anomalies de la réfraction

Item 79 – Altération de la fonction visuelle

Item 100 – Diplopie

Item 50 – Strabisme de l'enfant

## Table des figures

<b>Figure 1</b> : Projection des indicateurs démographiques d'ici à 2040.....	16
<b>Figure 2</b> : Effectif des ophtalmologistes en fonction de la classe d'âge en Haute-Vienne en 2015 .....	20
<b>Figure 3</b> : Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2015 ....	21
<b>Figure 4</b> : Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2020 (tendance basse) .....	22
<b>Figure 5</b> : Evolution du nombre de nouveaux postes d'interne sur la période 2010-2020 (tendance haute) .....	22
<b>Figure 6</b> : Effectif des ophtalmologistes en fonction de la classe d'âge en Limousin en 2015 .....	23
<b>Figure 7</b> : Marguerite des compétences principales de la spécialité médecine générale .....	34
<b>Figure 8</b> : Répartition de l'échantillon en pourcentage en fonction de la classe d'âge .....	38
<b>Figure 9</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe.....	39
<b>Figure 10</b> : Répartition des médecins généralistes par rapport à l'ophtalmologiste le plus proche .....	39
<b>Figure 11</b> : Evaluation de l'impression de sollicitation des médecins généralistes pour des problèmes ophtalmologiques .....	40
<b>Figure 12</b> : Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du domaine de compétence.....	41
<b>Figure 13</b> : Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du type de problème aigu .....	42
<b>Figure 14</b> : Evaluation du sentiment de compétence en pourcentage en fonction du type de problème aigu .....	42
<b>Figure 15</b> : Evaluation de l'impression de sollicitation en pourcentage en fonction du type de problème chronique .....	43
<b>Figure 16</b> : Evaluation du sentiment de compétence en pourcentage en fonction du type de problème chronique .....	44
<b>Figure 17</b> : Evaluation de l'impression d'effectuer du dépistage et de la prévention en pourcentage pour l'amblyopie, les complications du diabète, le glaucome chronique et la DMLA .....	45
<b>Figure 18</b> : Evaluation de la pratique des médecins généralistes dans le cadre de la prescription de lunettes .....	46
<b>Figure 19</b> : Evaluation de la demande de formation à la mesure de la réfraction par les médecins généralistes .....	47
<b>Figure 20</b> : Evaluation des actes et mesures pratiqués par les généralistes en cabinet .....	48
<b>Figure 21</b> : Evaluation de la demande de formation à des actes et mesures ophtalmologiques .....	49

# Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



**Clément MUNIER**

## **Place du médecin généraliste dans la filière visuelle en Haute-Vienne**

### **Etude de pratique des médecins généralistes de la Haute Vienne**

Résumé : La demande de soins ophtalmologiques va progresser en Haute-Vienne dans les années à venir devant la combinaison d'une hausse de la population générale et des morbidités oculaires liées au vieillissement de la population. L'évolution démographique des ophtalmologistes n'est pas favorable et va compliquer les conditions d'accès aux soins alors que les médecins généralistes vont connaître une démographie stable. L'objectif principal de notre étude était d'effectuer un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la Haute Vienne en matière d'ophtalmologie. Notre étude a été menée en envoyant un questionnaire anonyme à tous les médecins généralistes du département installés en libéral sans effectuer de relance. Sur 422 questionnaires envoyés, 52,6% nous sont parvenus de Janvier à Mars 2015. 81% des médecins généralistes s'estimaient souvent sollicités pour des problèmes ophtalmologiques. 92% se sentaient souvent sollicités pour des problèmes d'infection et 90% compétents pour les traiter. 72% disaient rechercher des complications de diabète et 55% une amblyopie. 90% des généralistes acceptaient de prescrire des lunettes, dans 86% des cas à partir de mesures de réfraction faites par l'opticien et dans 74% à partir de la dernière ordonnance de l'ophtalmologiste. La cause de cette prescription est estimée par les médecins généralistes comme due à un bris de lunettes à 94% et à 75% à une baisse d'acuité visuelle. 133 et 127 répondants trouvaient respectivement une formation à la réfraction et aux actes ophtalmologiques utile ou intéressante. 12 disaient pratiquer des fonds d'oeil, 98 disaient instiller des collyres et 130 disaient effectuer des mesures d'acuité visuelle. Notre étude montre que les médecins généralistes sont un acteur de la filière visuelle de la Haute-Vienne et pourrait servir de base de travail si des réflexions pour les y intégrer institutionnellement devaient être engagées.

Mots-clés : médecin généraliste, filière visuelle, étude de pratique, ophtalmologie.

Abstract : The need for ophthalmic care will increase in Haute-Vienne in the upcoming years due to the combined increase of general population and aging-linked ocular morbidities. The evolution of ophthalmologists demography is not favorable, leading to complicated access to care, in contrast with the evolution of general practioner (GP) demography that is expected stable. The main objective of our study was to report the current situation of visual care practiced by GP in Haute-Vienne in 2015. Our study was conducted by sending an anonymous questionnaire to every established liberal GP in the county. Of 422 questionnaires sent, 52,6% came back from January to March 2015. 81% of GP reported frequent referrals for ophtalmics problems. 92% reported being often asked for infections and 90% felt qualified to treat them. 72% reported looking for diabetes complications and 55% for amblyopia. 90% of GPs accepted to prescribe glasses, in 86% of cases from optician refraction data and in 74% from the last ophtalmolgist precription. The cause of this prescription was related by GPs to broken glasses in 94% and in 75% to decreased visual acuity. 133 and 127 GPs declared learning ot refraction techniques respectively useful, or interesting. 12 reported making funduscopy, 98 instillation of eye drops et 130 measuring visual acuity. Our study shows that GPs are actors of visual network, and could be serve as a working database in eventual upcoming discussions on the institutional integration of GPs to this network.

Keywords : general practioner, visual network, study of practices, ophthalmology.