

Année 2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Joachim FAROUZ

Né le 21/01/1985 à BORDEAUX (33)

Titre

Dans les déserts médicaux, est-il envisageable de déléguer aux médecins généralistes la prise en charge des troubles de la réfraction ? Exemple, en Indre.

Présentée et soutenue publiquement le **jeudi 04 octobre 2018** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pierre-Jean PISELLA, Ophtalmologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Philippe DESMACHELIER, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – La Réunion

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique

HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas..... Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe..... Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste..... Radiologie pédiatrique
PIVER Éric..... Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille..... Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Néphrologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess..... Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie..... Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse..... Médecine Générale
MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM – CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre-Jean PISELLA qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Vous avez été la première personne que j'ai rencontrée alors que je balbutiais dans ce projet. Vous m'avez soutenu, même contre vos confrères, et je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU qui a accepté d'encadrer et de diriger cette thèse. C'est grâce à vous que j'ai pu me lancer dans ce travail et l'amener à son terme.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT, pour avoir répondu à mon appel à l'aide et avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour le jugement et pour l'expérience que vous pourrez apporter à ce travail.

A Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER qui a bien voulu répondre à mon interview et m'apporter la confirmation que le projet que je soutiens a du sens. Merci de bien avoir voulu participer à mon jury de thèse.

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ qui a été ma tutrice et soutien durant mes années d'internat et grâce à qui j'ai pu trouver un directeur de thèse.

A ma mère, à la fois douce et sévère, toujours derrière moi pour me faire avancer. Toujours dans le coup, dans la vie privée comme dans la vie professionnelle, avec des idées à foison, elle est une source d'inspiration pour ma pratique future.

A mon père qui m'a fait pénétrer dans le monde de la médecine dès ma plus jeune enfance, qui tenait à ce que j'aie la « rage » dans tout ce que j'entreprenais et qui savait être là quand j'avais besoin de « coups de pieds » pour avancer, ou d'aide pour me relever.

A mes frères Nat et Yohan sur qui j'ai toujours pu compter lorsque j'en avais besoin. Leur intelligence, leur réussite ont toujours été des stimulants, des exemples pour moi. Mention particulière pour Nat qui a bien voulu m'aider à la relecture de ce manuscrit.

A Chanelle, Sophie, mes belles-sœurs qui ont fait de mes frères des hommes heureux et qui m'ont soutenu.

A Léna et Oriana, mes nièces qui ont illuminé ma vie.

A Aviva ma tante qui a toujours été de bons conseils ! A Yan, Tom et maintenant Hélène et Rosa, mes cousins, cousine et petite-cousine.

A ma grand-mère Marcelle dont la tendresse, l'amour et l'humanisme dont elle fait preuve me guident au quotidien.

A mes grands-parents Marc, Soly et Mady qui m'ont entouré de leur amour, qui ont partagé avec moi leurs expériences et m'ont fait progresser. J'aurais aimé partager ce moment avec vous.

A Emmanuelle et Karine qui m'ont supporté et encouragé durant la première année de médecine. On a pris des chemins différents et la vie nous a un peu séparé, mais votre amitié m'est chère et je ne vous oublie pas !

A Émeline et Cecilia qui ont dû faire les frais de ma folie durant un semestre à Dreux, et qui m'ont accordé leur amitié ! Elles ont fait de mon internat une expérience humaine inoubliable !

A tous ces co-internes, amis d'un semestre et plus, qui ont adouci la rudesse de l'internat !

Au Docteur Christian VILAIN et à toute l'équipe de médecine de Montargis qui ont donné un sens à ma vocation.

A toutes celles et ceux que j'ai pu oublier de citer dans ces lignes et qui ont toujours été avec moi.

... Et surtout à toi Céline, l'amour de ma vie. Malgré mes sauts d'humeurs et mes faiblesses, tu restes à mes côtés, me soutiens dès que je faiblis, et m'appuie et m'encourage dans tout ce que je fais. Tu es mon rayon de soleil, ma source d'énergie. Continuons à avancer ensemble !

RESUME

Introduction : Dans les déserts médicaux, les difficultés d'accès aux ophtalmologistes sont un problème de santé publique important, alors même que la majorité des français sont porteurs de corrections oculaires. Le médecin généraliste reste plus accessible. Dès lors, dans ces territoires, est-il envisageable de déléguer la prise en charge des troubles de la réfraction aux médecins généralistes après une formation complémentaire ?

Méthode : L'Indre a été choisie comme exemple pour cette étude : des questionnaires distincts ont été envoyés aux médecins généralistes et ophtalmologistes du département, puis des entretiens ont été menés auprès d'acteurs de la filière visuelle.

Résultats : 110 des 155 médecins généralistes ont répondu. 42% d'entre eux seraient intéressés par une formation en ophtalmologie et 53% seraient prêts à faire de la réfractométrie. Quatre ophtalmologistes parmi les six que compte l'Indre ont répondu. Deux d'entre eux seraient favorables à ce que les médecins généralistes pratiquent la réfractométrie et feraient confiance à leur bilan.

Discussion : La prise en charge par les médecins généralistes de la réfractométrie est possible dans les déserts médicaux, mais non sans frein : le temps, le financement de l'équipement, la rémunération, la non-détection d'autres pathologies. Par ailleurs, des solutions reposant sur la coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes sont en cours de développement.

Conclusion : Si la pratique de la réfractométrie semble envisageable en médecine générale, de nombreuses questions restent en suspens. Une étude nationale et une expérimentation seraient nécessaires afin de répondre à ces questions.

Mots clefs : Médecins Généralistes, Ophtalmologistes, Orthoptistes, Troubles de la réfraction, Désert médical, Accessibilité.

ABSTRACT

Introduction: While the majority of French people need to wear ocular corrections, the lack of access to ophthalmologists in medically underserved areas is a serious public health problem. General practitioners are more accessible. Therefore, in these regions, is it possible to delegate the care of refractive disorders to general practitioners after specific training?

Method: The department of Indre was selected as an example for this study: separate questionnaires were sent to the department's general practitioners and ophthalmologists, then interviews were conducted with players in the vision care sector.

Results: 110 of 155 general practitioners responded. 42% of them would be interested in receiving an ophthalmology training and 53% would be willing to practice refractometry. Four ophthalmologists out of the six in the department responded. Out of the four, two would be in favour of general practitioners practicing refractometry and would trust their diagnosis.

Discussion: The practice of refractometry by general practitioners is possible in medically underserved areas, but obstacles remain: time, the financing of equipment, the standards for consultation fees, the non-detection of other pathologies. Meanwhile, solutions based on cooperation between orthoptists and ophthalmologists are being developed.

Conclusion: If the practice of refractometry seems feasible in general medicine, many questions remain unresolved. A national study and experimentation would be needed to answer these questions.

Keywords: Generals Practitioners, Ophthalmologists, Orthoptists, Refractive disorders, Medically underserved area, Accessibility.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	7
REMERCIEMENTS	8
RESUME	10
ABSTRACT	11
TABLE DES MATIERES	12
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
1. LA FILIERE VISUELLE	16
2. TROUBLES DE LA REFRACTION ET PRESCRIPTION DE LUNETTES	17
RAPPELS ET DEFINITIONS (2):	17
TROUBLE DE LA REFRACTION EN OPHTALMOLOGIE :	18
3. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ACTUELLE ET PROBLEME D'ACCESSIBILITE	19
DEMOGRAPHIE MEDICALE	19
Les ophtalmologistes :	19
Les orthoptistes :	20
DESERTS MEDICAUX ET ACCESSIBILITE AUX SOINS OPHTALMOLOGIQUES	21
Quelques chiffres (9):	22
DELAI D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS OPHTALMOLOGIQUE	22
L'EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE L'INDRE	23
QUELQUES CHIFFRES (7)(8):	23
4. MESURES ACTUELLES MISES EN PLACE POUR AMELIORER LA SITUATION	24
5. PROJET PROPOSE	25
6. OBJECTIF DE L'ETUDE :	27
MATERIELS ET METHODES	28
1. METHODES ET POPULATIONS	28
2. RECUEIL DES DONNÉES	29
ÉTUDES AUPRES DES OPHTALMOLOGISTES ET DES MEDECINS GENERALISTES :	29

RESULTATS	30
1. GENERALITES DES POPULATIONS ETUDIEES	30
LES MEDECINS GENERALISTES	30
	31
LES OPHTALMOLOGISTES	31
2. REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES	33
RESULTATS PAR QUESTION	33
COMPARAISON ENTRE QUESTIONS	39
Quels sont les freins à l'intégration d'une telle pratique à celles des médecins généralistes ?	
Analyse des commentaires libres.	45
3. REPONSES DES OPHTALMOLOGISTES	47
RESULTATS PAR QUESTION	47
COMPARAISONS ENTRE QUESTIONS	54
RESULTATS DES QUESTIONS A COMMENTAIRE LIBRE	55
4. INTERVIEWS	55
MADAME LAURENCE CASIER : ORTHOPTISTE LIBERALE	55
DOCTEUR PHILIPPE DESMARCHELIER : MEDECIN GENERALISTE	57
MONSIEUR DOMINIQUE HARDY ET MADAME ANNE DU PEUTY	59
DOCTEUR THIERRY BOUR, PRESIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES OPHTALMOLOGISTES DE FRANCE	60
DISCUSSION	63
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	74
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES OPHTALMOLOGISTES	74
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES	75
ANNEXE 3 : QUELS SONT LES FREINS A L'INTEGRATION D'UNE TELLE PRATIQUE A CELLES DES MEDECINS GENERALISTES ?	
COMMENTAIRES LIBRES	77

LISTE DES ABREVIATIONS

SNOF : Syndicat National des Ophtalmologistes de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCA : Maître de Conférence Associé

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

DGAC : Direction Générale de l'Aviation Civile

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

INTRODUCTION

Les Français sont de plus en plus concernés par les problèmes de vue : plus de trois français sur quatre ont une correction oculaire, proportion qui augmente avec l'âge. Dès lors, l'accès aux soins oculaires devient un sujet clef de santé publique.

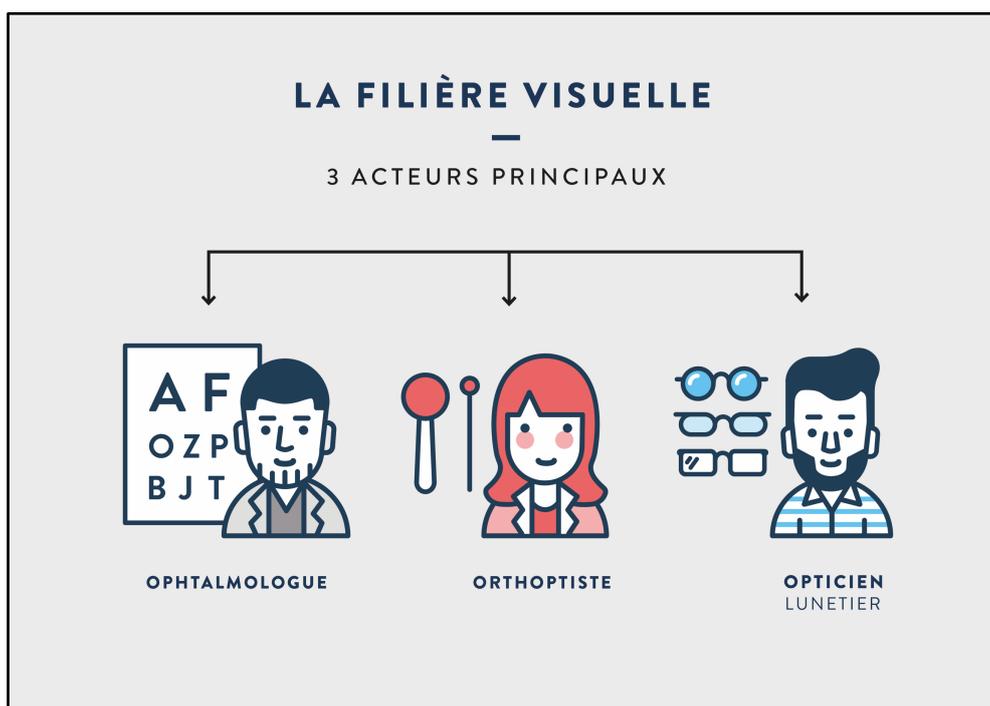
L'un des freins à cet accès est un délai d'attente très long pour l'obtention d'un rendez-vous avec un ophtalmologiste. Ceci peut s'expliquer par différents facteurs : le vieillissement démographique de la profession, un nombre d'internes formés insuffisant, l'inégale répartition des professionnels de la filière sur le territoire.

Ceci est d'autant plus vrai dans certains territoires considérés comme des « déserts médicaux » où le déficit en professionnels de santé, toutes spécialités confondues, rend cet accès aux soins encore plus complexe. Le département de l'Indre en est un bon exemple.

Plusieurs mesures sont mises en place ou à l'essai pour essayer d'endiguer ces problèmes : le renforcement du rôle des orthoptistes et l'amélioration de la coopération orthoptistes/ophtalmologistes, la télémédecine, etc. Si ces mesures ont pu diminuer le délai pour l'obtention d'un rendez-vous, celui-ci reste encore long.

L'objet de ce travail est de proposer une mesure complémentaire faisant entrer le médecin généraliste dans la filière visuelle. Les médecins généralistes, même dans les territoires où leur nombre est insuffisant, restent les spécialistes les plus accessibles, ce qui pourrait favoriser l'accès aux soins oculaires. Ils pourraient notamment participer au dépistage des troubles de la réfraction, les conduisant à la prescription de moyens correcteurs visuels dans des conditions sûres pour le patient.

1. LA FILIÈRE VISUELLE



La filière visuelle est composée de trois acteurs complémentaires :



L'ophtalmologiste (ou ophtalmologue) : professionnel médical et chirurgical de l'œil et de ses annexes, docteur en médecine. Il prescrit lunettes de vue et lentilles de contact. Il dépiste les maladies de l'œil et prescrit les soins appropriés. Il pratique la chirurgie de l'œil et de ses annexes.

Il est un médecin de premier recours. Toute personne peut le consulter sans être préalablement dirigée par son médecin traitant. Contrairement à ce qui se pratique dans beaucoup d'autres spécialités, il réalise toutes les étapes de la prise en charge médicale, c'est à dire de l'interrogatoire à la prescription, en passant par la réalisation des examens complémentaires nécessaires. Il est le chef d'orchestre de la filière visuelle.



L'orthoptiste : professionnel de santé paramédical. Il réalise sur prescription médicale des actes de rééducation, de dépistage et d'exploration de la vision. Il est devenu ces dernières années le collaborateur privilégié de l'ophtalmologiste.

Le travail d'un ophtalmologiste aidé d'un orthoptiste devient la règle générale.



L'opticien : professionnel de santé non médical, il est le seul expert de la filière dans la taille des verres. Il délivre des lunettes de vue et des lentilles de contact sur prescription médicale.

Depuis la parution de deux décrets (en 2007 et 2016) (1), il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, sous certaines conditions, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance, la prescription de verres correcteurs ou de lentilles de contact.

Classiquement, le patient présentant des troubles de la vision prend rendez-vous avec un ophtalmologiste. Celui-ci pratique un examen clinique et des examens complémentaires qui lui permettent de poser un diagnostic pouvant conduire à la prescription de moyens correcteurs visuels - le patient sera alors dirigé vers l'opticien -, et/ou à la prescription de bilans complémentaires avec rééducation - il sera dirigé vers un orthoptiste -.

Depuis quelques années, avec l'élargissement des compétences de l'orthoptiste et l'amélioration de la coopération orthoptiste/ophtalmologiste, d'autres schémas se sont intégrés au parcours classique. Ils seront détaillés par la suite.

2. TROUBLES DE LA REFRACTION ET PRESCRIPTION DE LUNETTES

RAPPELS ET DEFINITIONS (2):

La réfraction se définit comme le changement de direction d'un rayon lumineux à la traversée d'une surface séparant deux milieux transparents d'indices différents.

L'œil est un système optique complexe. Les rayons lumineux vont traverser plusieurs milieux transparents (la cornée, la chambre antérieure, le cristallin, le vitré) avant d'être

transformés en signaux électriques transmis au cortex cérébral par l'intermédiaire du nerf optique et des voies optiques.

Dans l'œil optiquement normal ou emmétrope, les rayons se concentrent sur la rétine et ainsi une image située à l'infini se formera sur la rétine et apparaîtra comme nette.

A l'opposé, un œil amétrope est un œil pour lequel il existe des troubles de la réfraction pouvant être :

- *Une myopie* : l'œil est trop convergent ou trop long par rapport à sa convergence et l'image d'un objet se formera en avant de la rétine. Celle-ci sera vue floue.
- *Une hypermétropie* : l'œil n'est pas assez convergent ou trop court par rapport à sa convergence. L'image se formera en arrière de la rétine.
- *Un astigmatisme* : le plus souvent il s'agit d'un défaut de sphéricité de la face antérieure de la cornée, la réfraction ne sera pas la même selon le plan dans lequel se trouve le rayon incident. L'image d'un point ne sera pas punctiforme mais formée de deux lignes perpendiculaires

Les moyens optiques comme les lunettes ou les lentilles de contact sont des dispositifs permettant de corriger ces troubles de la réfraction.

TROUBLES DE LA REFRACTION EN OPHTALMOLOGIE :

Plus de trois Français sur quatre ont une correction oculaire. Une proportion qui augmente avec l'âge : 55% des moins de 35 ans, 84% des plus de 35 ans et 98% des plus de 65 ans (3)

D'après le dernier rapport du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) datant de 2011 (4), la proportion de patients consultant pour un motif réfractif (lié à une correction optique et aboutissant éventuellement à la prescription de moyens correcteurs visuels) représente 30%, et un quart d'entre eux sont des enfants de moins de seize ans. Il est à noter que, parmi ces patients, 36% s'avèrent présenter un problème autre qui nécessite une prise en charge plus poussée.

En 2006, les examens ayant un motif réfractif ne représentaient que 17% de l'activité globale d'un ophtalmologiste. En 2025, 25% de l'activité des ophtalmologues libéraux aboutiraient à la prescription d'optiques médicales.

Le renouvellement par des opticiens sur prescription, dont la possibilité date de moins de trois ans, représente 17% de l'ensemble des lunettes délivrées. La part de renouvellement avec adaptation est de 40% parmi ces 17%, soient environ 7% des lunettes délivrées.

En 2011, la progression depuis dix ans des troubles de la réfraction dans la population n'a concerné que les plus de 50 ans. L'estimation à 2025 ne montre une augmentation que de 12% et ne devrait concerner que les plus de 60 ans, qui ont besoin d'un suivi ophtalmologique régulier.

3. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ACTUELLE ET PROBLEME D'ACCESSIBILITE

DEMOGRAPHIE MEDICALE

LES OPHTALMOLOGISTES :

Le nombre d'ophtalmologues en France, tous modes d'exercice confondus (libéral, salarié, mixte, remplaçant) ne cesse de diminuer depuis 2010 (5). Cette tendance devrait se poursuivre jusqu'en 2028, puis devrait s'inverser à partir de cette date (6).

Il est à noter que le nombre d'ophtalmologues salariés devrait quant à lui augmenter de manière continue (5): + 48% entre 2012 et 2040. 22% des ophtalmologues salariés exercent en centre de santé ; ils représentent plus de 80% des salariés ne travaillant pas à l'hôpital.

En 2018, on compte 4953 ophtalmologues sur le territoire, tous modes d'exercice confondus (7). Leur âge moyen est de 54 ans.

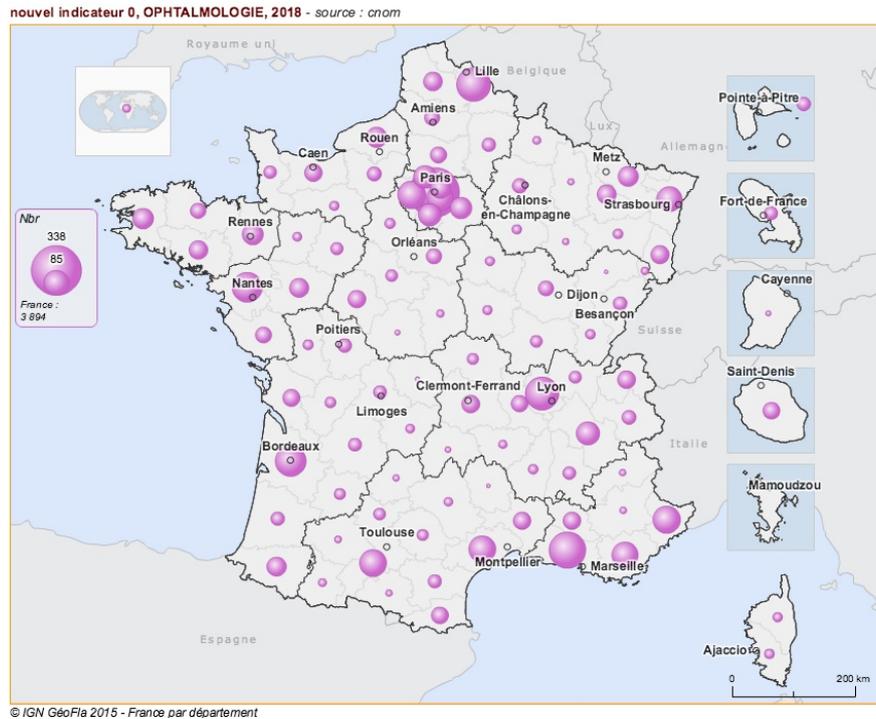


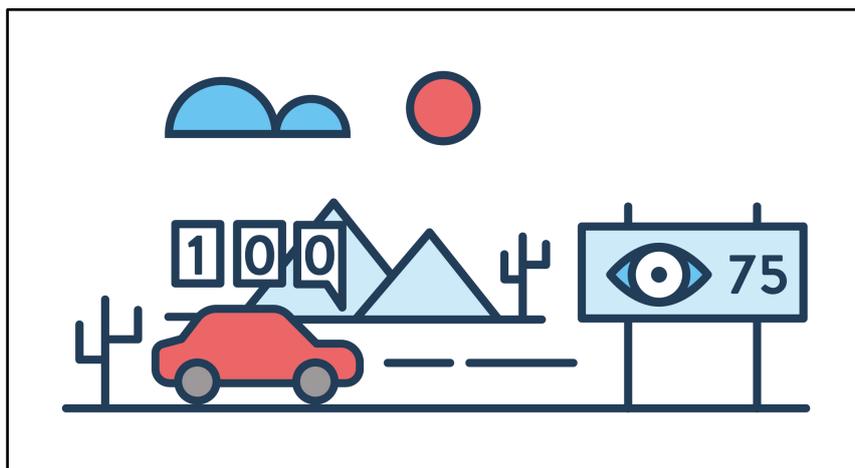
FIGURE 1 - NOMBRE D'OPHTALMOLOGISTES PAR DEPARTEMENT, CNOM 2018

LES ORTHOPTISTES :

On dénombre en France 4643 orthoptistes en activité (8), dont 2940 libéraux, 603 salariés hospitaliers et 1100 salariés extrahospitaliers. La densité nationale moyenne, tous modes d'exercice confondus, est de sept orthoptistes pour 100 000 habitants.

La répartition des orthoptistes est assez hétérogène sur le territoire français, avec des concentrations plus importantes dans les grandes villes (Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille, Toulouse).

DESERTS MEDICAUX ET ACCESSIBILITE AUX SOINS OPHTALMOLOGIQUES



Le terme de « désert médical » n'a de sens que dans le langage médiatique à destination du grand public. On pourrait définir un désert médical comme un territoire où l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population.

On préférera s'intéresser à l'accessibilité au sein d'une commune ou d'un bassin de vie, avec un indicateur qui est l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Celui-ci tient compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Une zone « sous-dense » se définit comme un territoire où l'on compte moins de 2,5 consultations par an et par habitant (5) .

Associé à un problème démographique, il existe également un problème d'inégale répartition des ophtalmologues sur le territoire. Cette inégale répartition des médecins peut nécessiter un effort de déplacement important pour les individus les plus éloignés de l'offre et les moins mobiles, et représenter alors une barrière potentielle à l'accès aux soins. En effet, les faibles revenus, les bénéficiaires de la CMU-C, les chômeurs et les inactifs consultent davantage près de chez eux (9).

Il existe une concentration de l'activité de médecine spécialisée dans les pôles urbains. Cette concentration est renforcée par un choix d'exercice en groupe, de plus en plus fréquent, notamment parmi les jeunes spécialistes : 70% des spécialistes de moins de 50 ans exercent en groupe. Les jeunes spécialistes sont moins bien répartis sur le territoire : de 19 à 47% du territoire, selon les spécialités, n'a pas de spécialiste de moins de 55 ans.

D'autre part, lorsque l'offre libérale est faible sur un territoire, l'offre de consultations externes à l'hôpital l'est également (10).

QUELQUES CHIFFRES (9):

- 1% de la population française habite dans une zone d'emploi sans ophtalmologue libéral ou mixte. 6% habitent dans une zone d'emploi sans ophtalmologue de moins de 55 ans
- Les 25% des zones d'emploi les mieux dotées en ophtalmologistes ont une accessibilité 1,9 fois supérieure aux 25% des zones les moins bien dotées. Cette différence monte à 2,3 si l'on ne prend en compte que les médecins de moins de 55 ans
- 23% de la population réside à plus de 15 minutes en voiture d'un ophtalmologue et pour 10% des recours en ophtalmologie le temps de trajet dépasse les 43 minutes
- Le temps minimal pour recourir à l'ophtalmologiste le plus proche est de 8 minutes, et le temps réalisé pour rejoindre le suivant est de 13 min
- Pour les habitants des communes à l'APL le plus bas, le temps de trajet moyen est de 48 minutes.

DELAI D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS OPHTALMOLOGIQUE

Un des problèmes actuels est le délai, hors urgences, d'accès à la filière visuelle. En effet, les délais pour avoir un rendez-vous avec un ophtalmologiste sont beaucoup plus longs que pour beaucoup d'autres spécialistes.



La délégation de tâches et la mise en place de protocoles organisationnels entre ophtalmologistes et orthoptistes a permis d'améliorer grandement le délai de prise en charge.

Cependant, celui-ci reste élevé. En moyenne ce délai est de trois à six mois et peut aller jusqu'à plus d'un an dans certaines zones sous-denses.

Plusieurs facteurs concourent à cette situation :

- Le vieillissement de la population
- La démographie médicale : l'inadéquation entre le nombre d'ophtalmologistes et d'orthoptistes formés et les besoins
- L'inégale répartition sur le territoire des ophtalmologistes

L'EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE L'INDRE



Le département de l'Indre est un des départements où le nombre d'ophtalmologistes, mais également le nombre de spécialistes (y compris en médecine générale) est le plus faible.

Ce département est caractérisé par une diminution continue de la démographie médicale depuis plusieurs années.

Pour ce territoire, la difficulté d'accès aux soins se manifeste par des délais élevés mais aussi et surtout par d'importantes distances à parcourir pour trouver certaines spécialités. Certaines spécialités ne sont pas ou peu représentées au niveau local, et la continuité de service est régulièrement menacée. Les patients sont obligés de se rendre dans les grandes villes, où, pour certaines spécialités, des délais importants sont par ailleurs observés (ophtalmologie, endocrinologie, orthodontie...). Les populations dont la mobilité est limitée (les personnes âgées, les personnes en situation précaire) sont *a priori* les plus exposées aux conséquences de ces contraintes (11).

QUELQUES CHIFFRES (7)(8):

- Nombre d'ophtalmologues libéraux ou mixtes : 6
- Densité médicale en ophtalmologistes tous modes d'exercice confondus en activité régulière : 2,6/100 000 (moyenne en France de 7,4)
- Nombre de médecins généralistes libéraux : 119
- Densité en médecins généralistes libéraux : 50,6/100 000 (moyenne nationale 72,7)
- Nombre d'orthoptistes, tous modes d'exercice confondus : 3
- Densité en orthoptistes : 1,3/100 000 habitants

4. MESURES ACTUELLES MISES EN PLACE POUR AMELIORER LA SITUATION

Le SNOF, dans un communiqué de son président en 2014, puis dans sa récente campagne ZERODELAI (2017) (12), estime que ce problème de délai d'accès aux soins peut être résolu de manière rapide (2022 ?) en travaillant sur certains axes et à condition d'être suivi par les pouvoirs publics :

- Augmenter le nombre d'internes en ophtalmologie et le nombre d'orthoptistes formés, en adéquation avec les besoins.
- Favoriser et améliorer la coopération avec les orthoptistes, grâce aux protocoles organisationnels. Notamment, favoriser l'accès au secteur 1 de la délégation de tâches.

En 2011, dans son rapport sur la filière visuelle (4), le SNOF estimait que « la délégation aux orthoptistes, associée à un réajustement des effectifs d'internes, permettrait de couvrir les besoins de santé (en nombre d'actes) en totalité à l'horizon 2020, à 85% à l'horizon 2025 ». Une enquête réalisée au cours du premier semestre 2018 montre que 60% des adhérents au SNOF utilisent le travail aidé (13).

Aujourd'hui les contrats de coopération permettent d'augmenter la rentabilité de l'ophtalmologiste lorsque celui-ci travaille avec un orthoptiste dans le même cabinet ou centre. Ceci permet de diminuer les délais d'attente en augmentant le nombre de patients vus par le couple ophtalmologiste/orthoptiste.

Des initiatives sont également mises en place pour agir sur le problème de mauvaise répartition territoriale.

Ainsi la délégation de tâches permet à des orthoptistes de réaliser des mesures dans leurs cabinets, mesures analysées en différé par l'ophtalmologiste qui rédige alors l'ordonnance. Parmi les protocoles déjà en place en 2018, on peut citer :

- **Le protocole Muraine (14)**, premier protocole de coopération en télémédecine au niveau national. Il permet aux orthoptistes de réaliser l'ensemble du bilan visuel au sein d'une structure à distance et de télétransmettre les résultats du bilan pour interprétation aux ophtalmologistes, sans présence du patient.

- **Le RNO (15)**: ce protocole organisationnel autorise l'orthoptiste à réaliser un bilan visuel en l'absence de l'ophtalmologiste dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez les patients de 6 à 50 ans avec lecture médicale du dossier en différé.

De telles initiatives sont souvent mises en place dans des maisons de santé pluri-professionnelles, avec la participation des médecins généralistes et le financement des Agences Régionales de Santé (ARS).

D'autres pistes ont également été évoquées :

- **Dans son rapport de 2015 l'IGAS (16)** recommandait de confier « aux orthoptistes, aux opticiens lunetiers, optométristes ou non, voire aux médecins généralistes, la prise en charge des soins de première intention, au risque de détecter moins rapidement ou moins systématiquement des pathologies oculaires, réservant l'accès à l'ophtalmologiste aux situations pathologiques avérées »
- **La nouvelle convention (24 juin 2017) (17)** signée entre les orthoptistes et l'assurance maladie prévoit une expérimentation permettant aux médecins généralistes de renouveler une ordonnance de lunettes en collaboration avec l'orthoptiste. Ce programme pilote, dans le cadre d'un travail en coopération au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, devait normalement débiter le 1^{er} janvier 2018.

5. PROJET PROPOSE

Actuellement, il n'y a généralement que deux portes d'entrée pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles de la réfraction : soit en prenant rendez-vous avec un ophtalmologiste (qu'il travaille seul ou en coopération avec un orthoptiste à qui il

délèguera les mesures), soit en prenant rendez-vous avec un orthoptiste travaillant à distance avec un ophtalmologiste.

Malgré les initiatives et efforts mis en place, l'accessibilité à ces deux portes d'entrée reste difficile et ce plus particulièrement dans les territoires sous-denses, comme l'Indre.

Dès lors, on pourrait imaginer une troisième porte d'entrée qui serait celle du médecin généraliste, notamment dans les zones sous-dotées, où malgré les difficultés rencontrées par les généralistes, ceux-ci restent plus accessibles.

Il s'agirait de mettre en place un protocole de coopération entre ophtalmologiste, médecin généraliste et éventuellement orthoptiste.

Dans cette thèse il a été envisagé le projet suivant (Figure 2) :

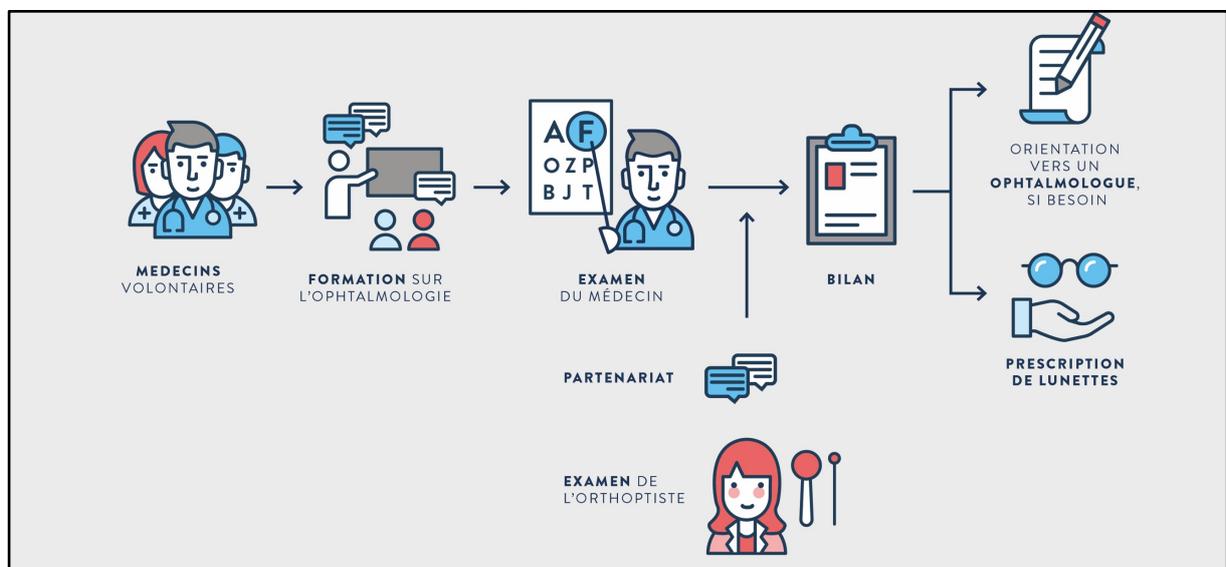


FIGURE 2 - PROJET DE THESE

1. Sur la base du **volontariat**, des médecins généralistes suivront une **formation adaptée en ophtalmologie**.
2. **Seul ou en partenariat avec un orthoptiste**, le médecin généraliste prendra en charge des patients présentant des troubles de la réfraction.

3. Si le patient ne présente aucune comorbidité et que l'examen visuel ne trouve rien d'autre qu'un trouble de la réfraction, alors le médecin généraliste pourra prescrire ou renouveler une prescription de moyens correcteurs visuels.

4. Dans les autres cas, **le médecin généraliste réorientera le patient vers un ophtalmologue.**

6. OBJECTIF DE L'ETUDE :

L'objectif de cette étude est de savoir si le projet proposé ci-dessus est envisageable, notamment dans les déserts médicaux.

Pour faciliter cette étude et pour les raisons sus-citées, le choix du département de l'Indre a été fait pour servir d'exemple.

MATERIELS ET METHODES

1. METHODES ET POPULATIONS

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour répondre de manière plus précise à la question posée.

Une étude qualitative a été menée auprès de deux types de populations à l'aide de questionnaires spécifiques à chaque population :

- Les médecins généralistes libéraux en activité installés dans l'Indre, qui sont au nombre de 155.
- Les ophtalmologistes de l'Indre, en activité, tous modes d'exercice confondus, au nombre de 6.

Des interviews ont été menées auprès de différents acteurs de la filière visuelle :

- Une orthoptiste : Mme Laurence CASIER (orthoptiste libérale dans l'Eure)
- Un médecin généraliste : Dr Philippe DESMARCHELIER (MCA - DMG - Université de la Réunion)
- Des représentants de la délégation pour l'Indre de l'ARS Centre - Val de Loire
- Le président du SNOF : Dr Thierry BOUR

2. RECUEIL DES DONNEES

ÉTUDES AUPRES DES OPHTALMOLOGISTES ET DES MEDECINS GENERALISTES :

Les questionnaires à destination des ophtalmologistes (annexe 1) et des généralistes (annexe 2) ont été réalisés à l'aide du logiciel en ligne SurveyMonkey®. Un site internet a été créé à l'aide du logiciel Sparkle® (<http://www.mg-ophtalmo.fr>), afin d'introduire le contexte et le projet défendu. Les participants pouvaient répondre aux questionnaires en ligne.

La diffusion s'est faite de deux façons :

- Par e-mail, via l'aide du conseil départemental de l'ordre des médecins. Un texte pré-rédigé lui a été communiqué et le conseil l'a transmis à sa liste de diffusion.
- Par voie postale : un courrier contenant une fiche introductive, le questionnaire et une enveloppe-réponse timbrée a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes et ophtalmologistes de l'Indre.

Ainsi 155 questionnaires ont été envoyés aux 155 médecins généralistes de l'Indre et 6 questionnaires ont été envoyés aux 6 ophtalmologistes de l'Indre.

Le questionnaire à l'attention des médecins généralistes comportait 10 questions. La première partie du questionnaire (questions 1 à 7) cherchait à évaluer les caractéristiques de la population et les rapports des généralistes à l'ophtalmologie. La deuxième partie (questions 8 à 10) cherchait à connaître l'avis des médecins généralistes sur le projet défendu dans cette thèse. Il est à noter que la question 10 était une question ouverte laissant aux médecins généralistes la possibilité de s'exprimer librement sur la question posée.

Le questionnaire à l'attention des ophtalmologistes comportait 12 questions. La structure était comparable au questionnaire pour les généralistes avec une première partie (questions 1 à 8) qui cherchait à connaître la population des ophtalmologistes d'Indre et la deuxième partie (questions 9 à 12) qui cherchait à connaître l'avis des ophtalmologistes sur le projet de thèse. A noter que les questions 11 et 12 étaient des questions ouvertes laissant aux ophtalmologistes la possibilité de s'exprimer librement sur les questions posées.

Le recueil des réponses s'est fait de la mi-mai au 1^{er} juillet 2018.

RESULTATS

1. GENERALITES DES POPULATIONS ETUDIEES

LES MEDECINS GENERALISTES

Sur les 155 médecins généralistes ayant reçu le questionnaire, 110 y ont répondu.

L'échantillon est composé à 69% d'hommes et 31% de femmes (Figure 3), âgés de moins de 40 ans pour 13% d'entre eux, entre 40 et 50 ans pour 19%, entre 50 et 60 ans pour 30% et de plus de 60 ans pour 38% d'entre eux (Figure 4).

La population étudiée est composée de 70% d'hommes et de 30% de femmes. En se basant sur les données de la DREES de 2017(18) sur les médecins généralistes (tous modes d'exercice confondus) de l'Indre, la répartition en fonction de l'âge est la suivante : 13% ont moins de 40 ans, 16% ont entre 40 et 50 ans, 32% ont entre 50 et 60 ans et 39% ont plus de 60 ans. Ainsi, si l'on considère une marge d'erreur de 5% avec un niveau de confiance de 95%, on peut estimer les 110 répondants comme représentatifs de la population de médecins généralistes de l'Indre.

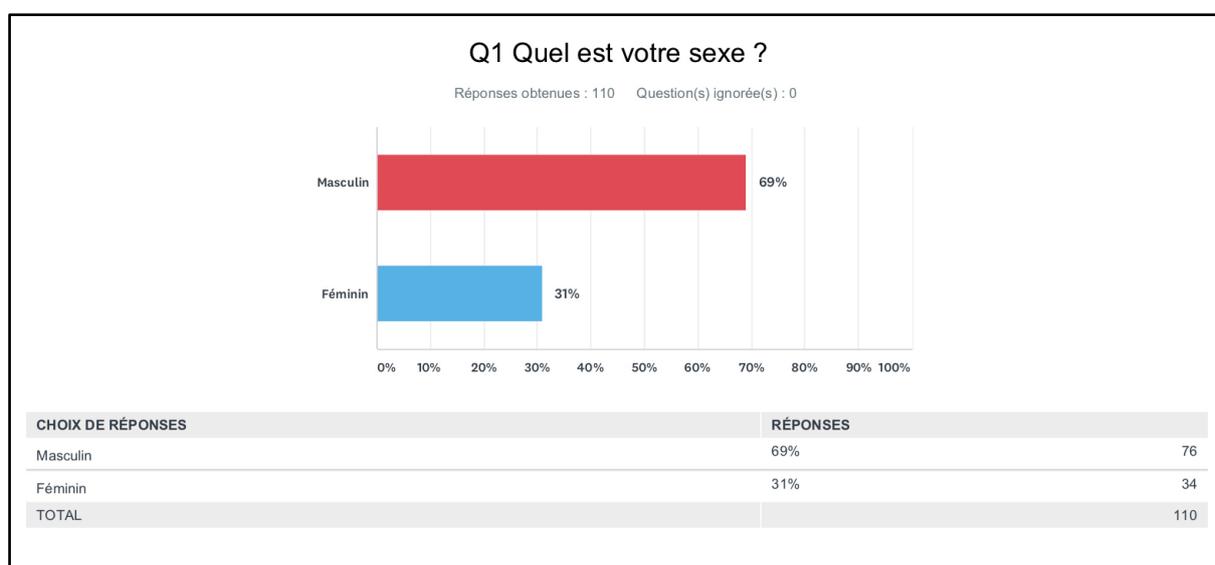


FIGURE 3 - REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES EN FONCTION DU SEXE.

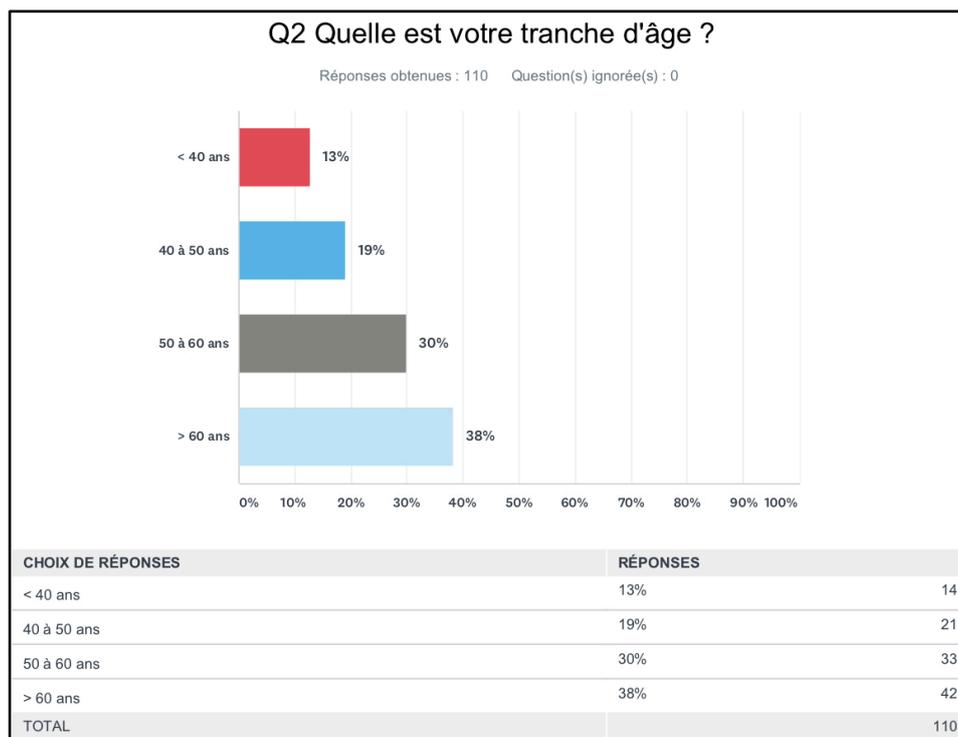


FIGURE 4 - REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES EN FONCTION DE L'AGE.

LES OPHTALMOLOGISTES

Sur les 6 ophtalmologistes ayant reçu le questionnaire, 4 y ont répondu.

L'échantillon est composé uniquement d'hommes (Figure 5), âgés (Figure 6) de moins de 40 ans pour 25% d'entre eux, entre 50 et 60 ans pour 25% et de plus de 60 ans pour 50% d'entre eux.

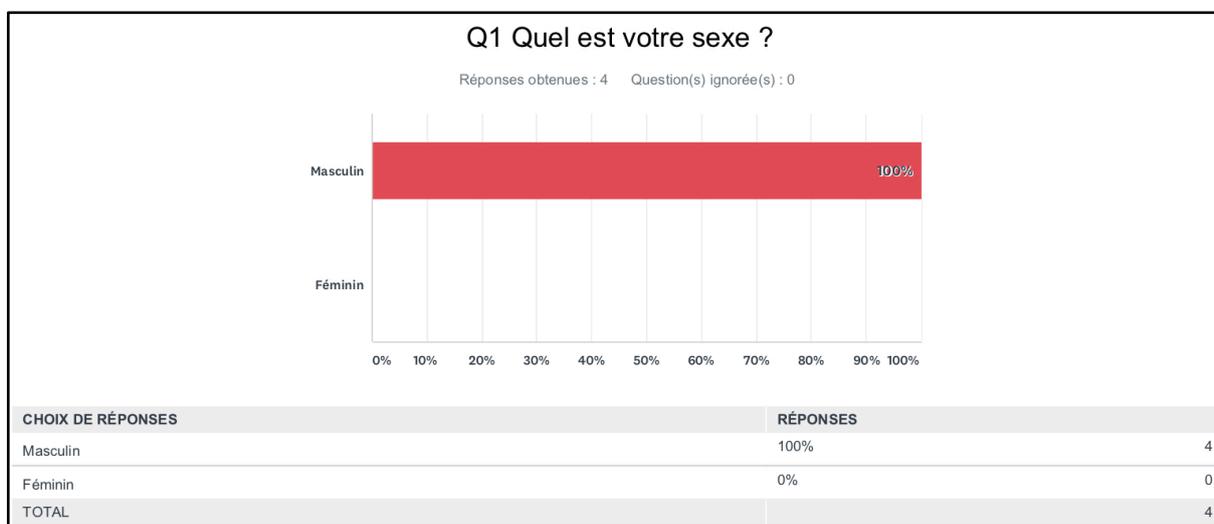


FIGURE 5 - REPARTITION DES OPHTALMOLOGISTES EN FONCTION DU SEXE.

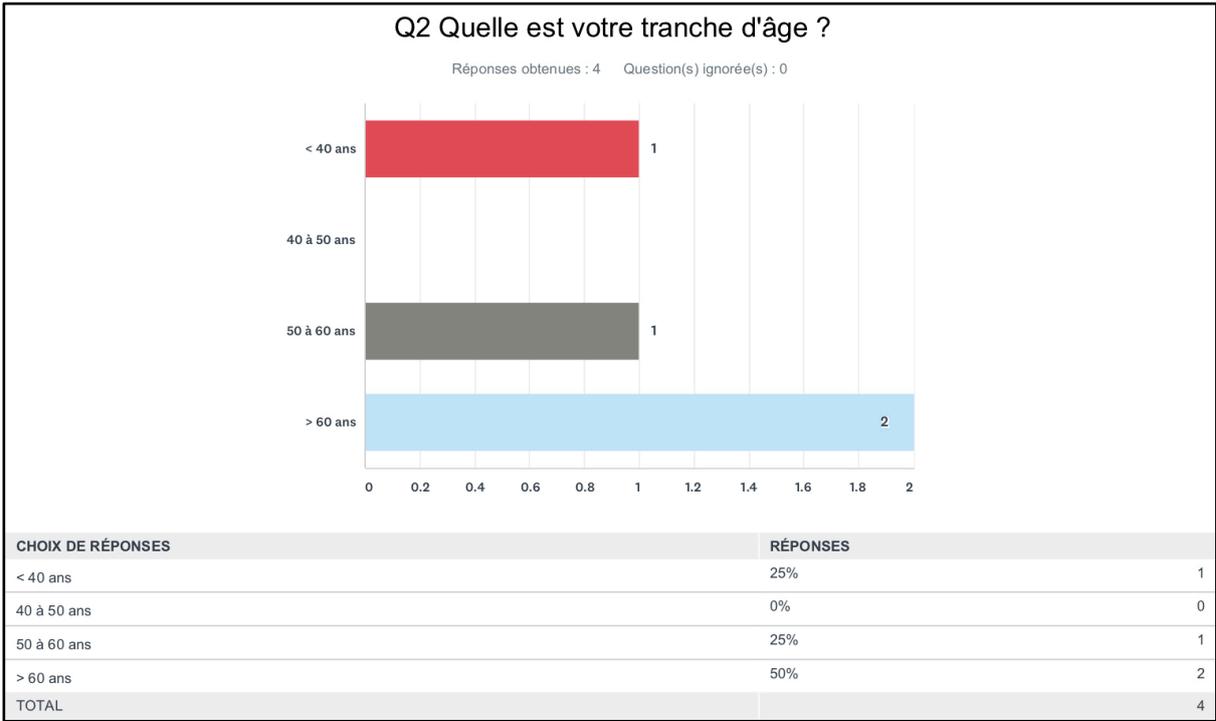


FIGURE 6 - REPARTITION DES OPHTALMOLOGISTES EN FONCTION DE L'AGE.

2. REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES

RESULTATS PAR QUESTION

Les médecins généralistes travaillent selon trois modes d'exercice (Figure 7) : soit seuls pour 39% d'entre eux, soit en groupes de médecins généralistes pour 39%, soit en groupes pluridisciplinaires pour 22%.

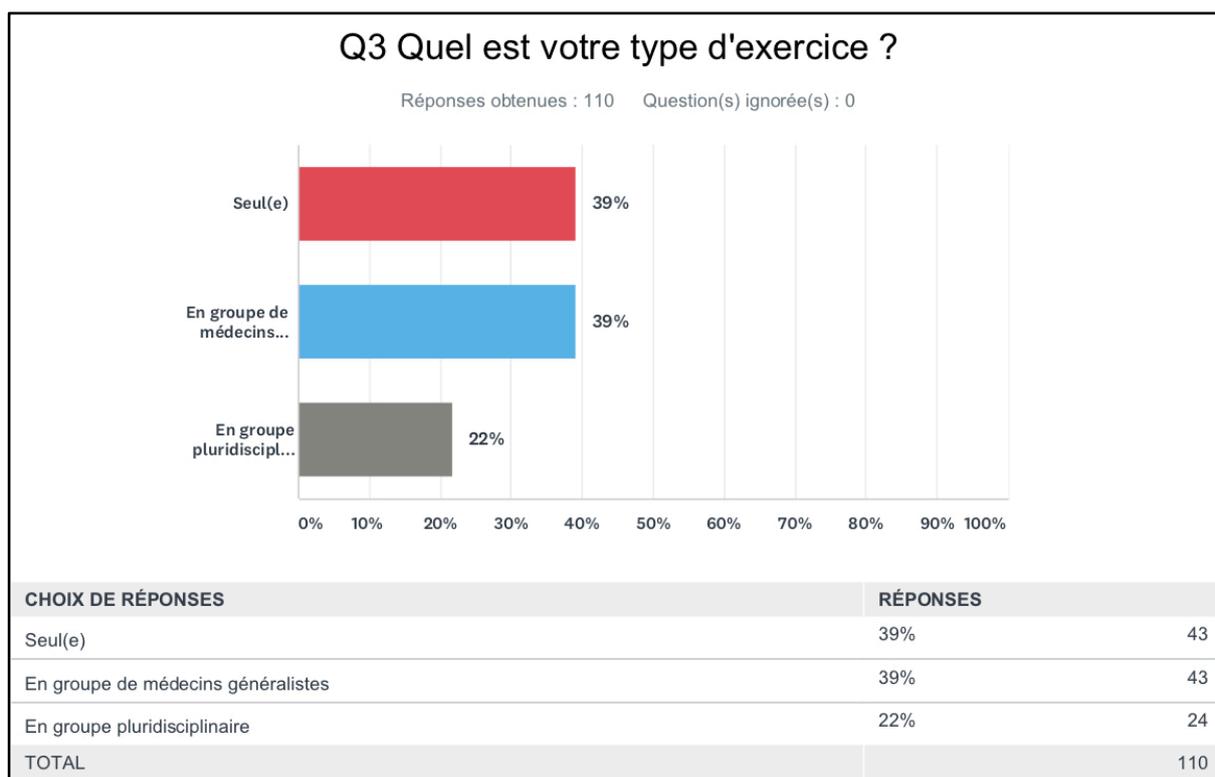


FIGURE 7 - TYPE D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES DE L'INDRE

A 99% (Figure 8), ils estiment que l'accès à un bilan ophtalmologique pour les patients ne présentant pas de comorbidité est difficile. Seuls 1% d'entre eux trouvent l'accès acceptable.

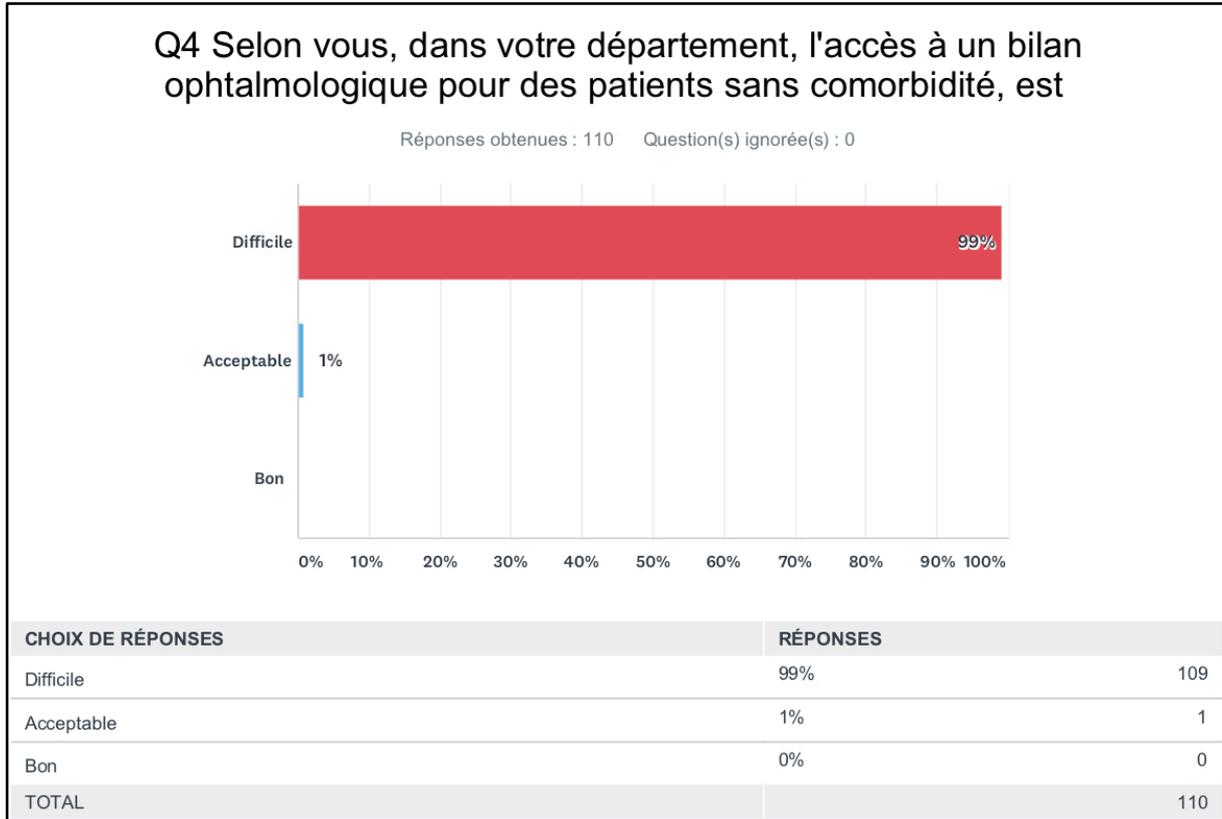


FIGURE 8 – L'ACCES A UN BILAN OPHTALMOLOGIQUE SELON LES MEDECINS GENERALISTES

Il est à noter que 92% d'entre eux (Figure 9) font des ordonnances pour des corrections oculaires, contre 8% qui n'en font pas.

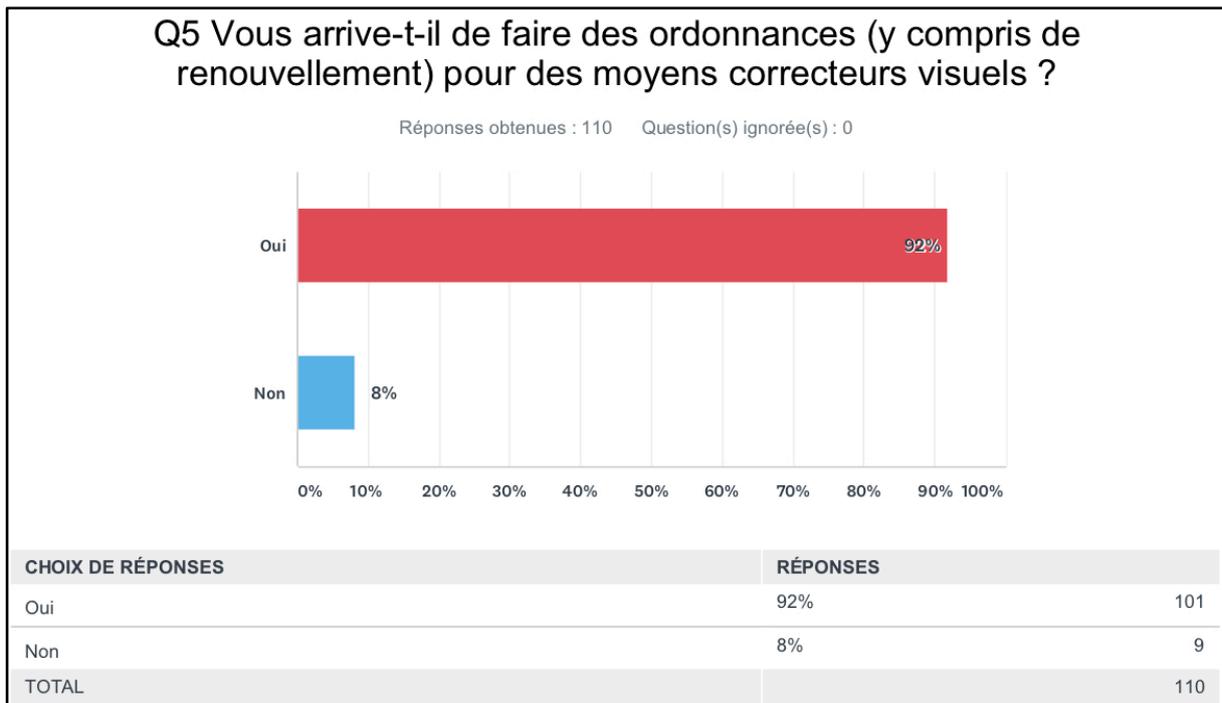


FIGURE 9 - VOUS ARRIVE-T-IL DE FAIRE DES ORDONNANCES POUR DES MOYENS CORRECTEURS VISUELS ?

Ils sont 87% se déclarant être régulièrement confrontés à des patients présentant des troubles visuels (Figure 10) et demandeurs d'un bilan ophtalmologique. 13% le sont rarement. Aucun médecin n'a répondu n'avoir jamais été confronté à une telle situation.

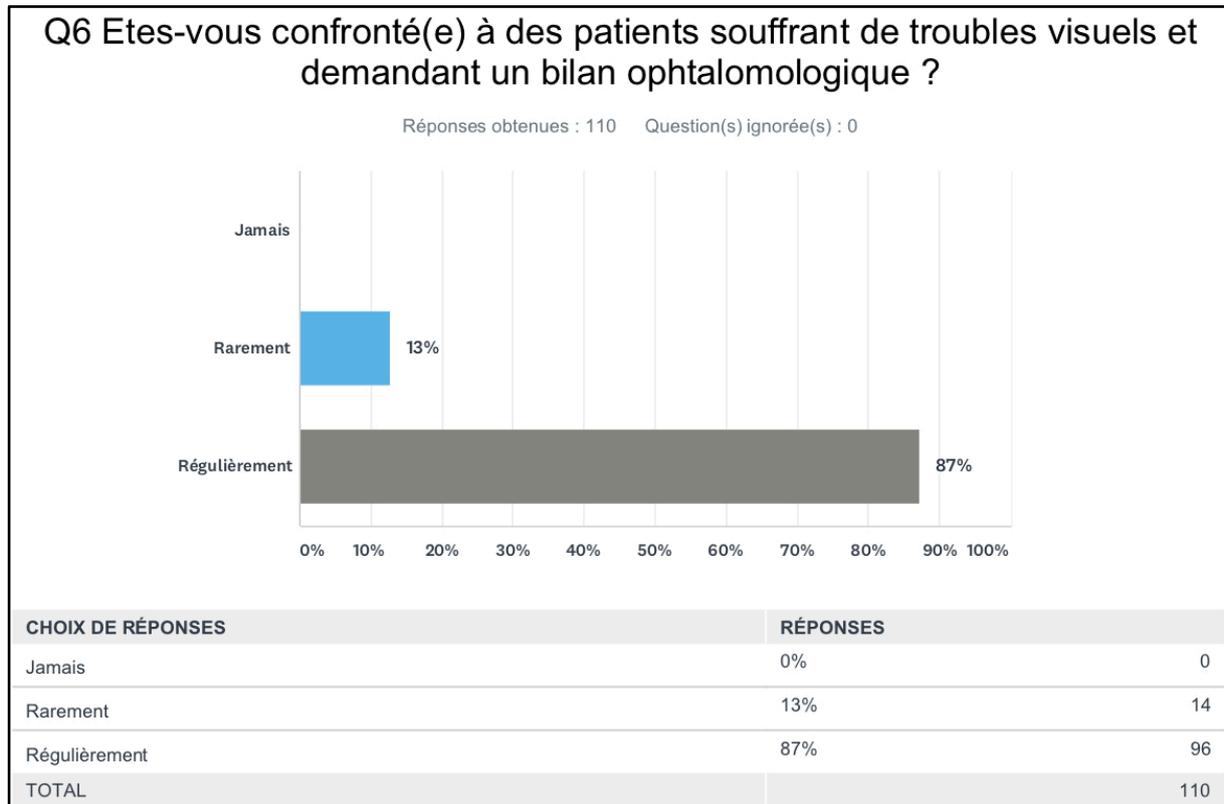


FIGURE 10 - MEDECINS GENERALISTES ET PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES VISUELS

71% des médecins généralistes sont en relation avec les ophtalmologistes proches de leur lieu d'installation (Figure 11), contre 29% d'entre eux qui ne le sont pas.

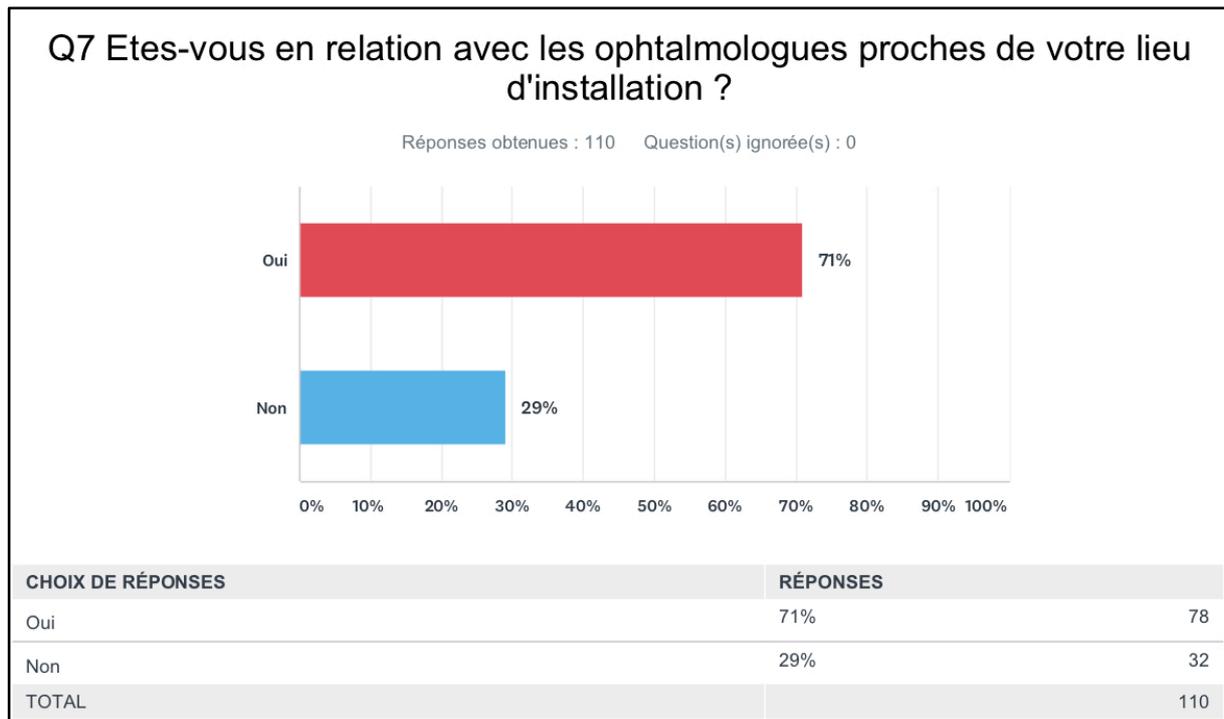


FIGURE 11 - RELATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET OPHTALMOLOGISTES

Une formation en ophtalmologie intéresserait 42% des généralistes contre 58% d'entre eux qui ne seraient pas intéressés (Figure 12).

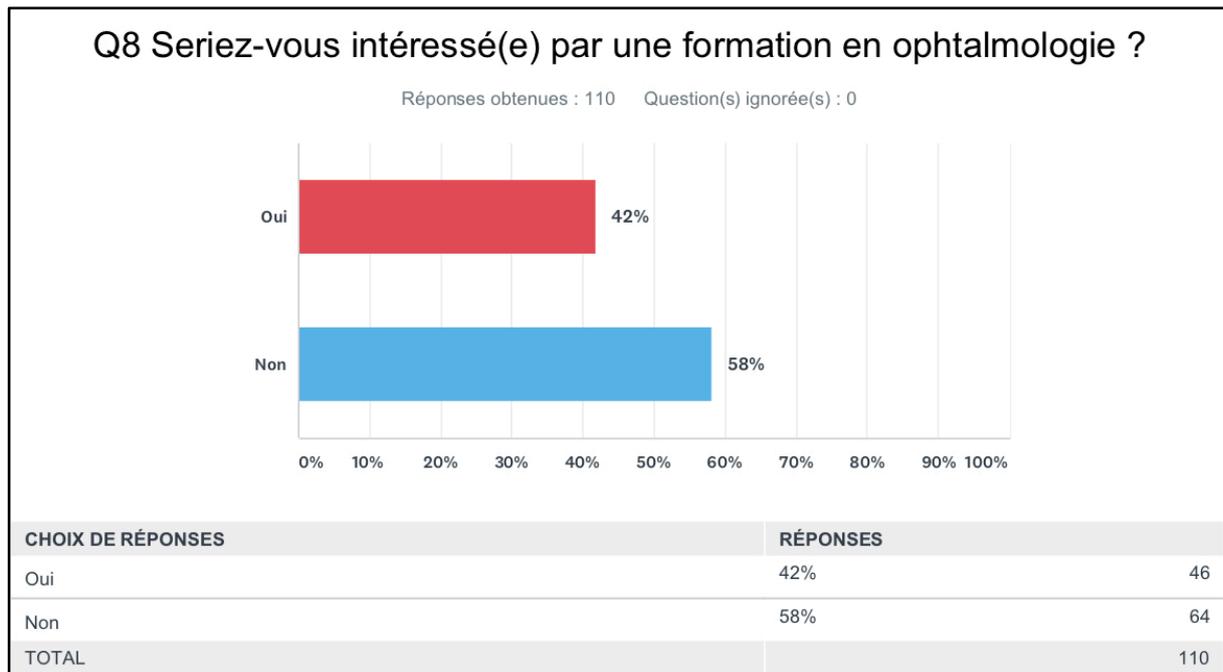


FIGURE 12 - INTERET POUR UNE FORMATION EN OPHTALMOLOGIE

Enfin, 53% d'entre eux estiment que la réfractométrie est intégrable à leurs pratiques, contre 47% d'entre eux qui ne le pensent pas (Figure 13).

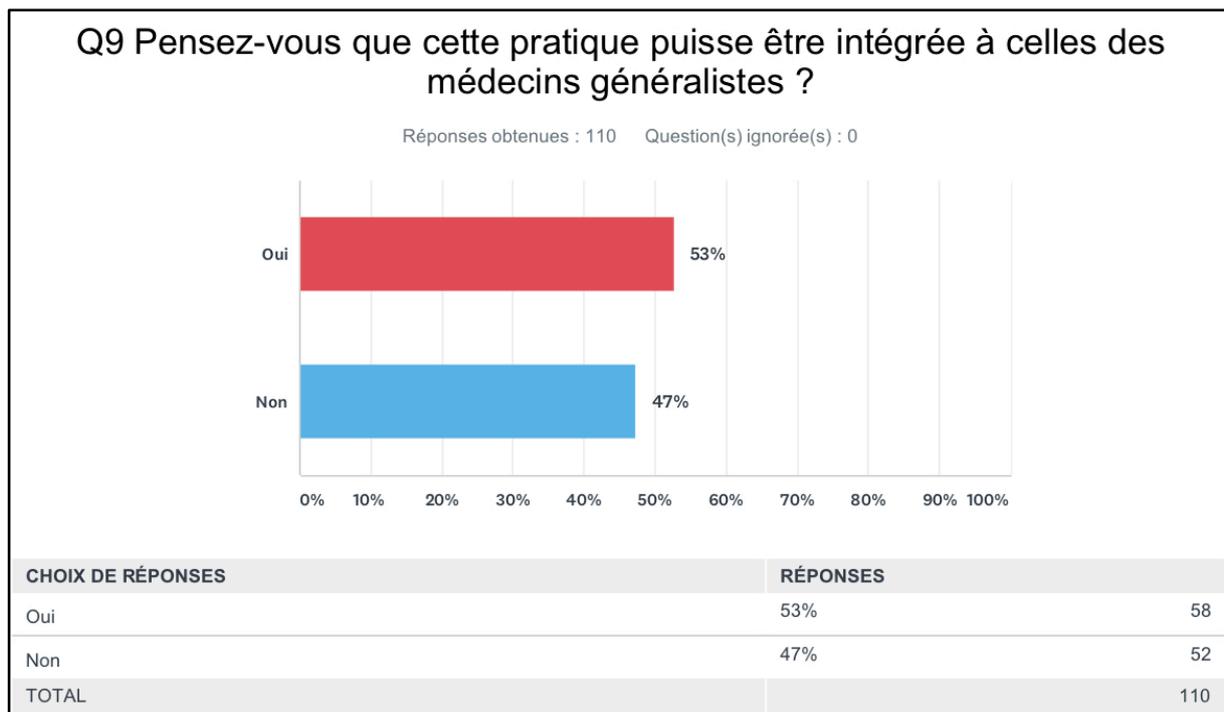


FIGURE 13 - PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE PUISSE ETRE INTEGREE A CELLES DES MEDECINS GENERALISTES ?

COMPARAISON ENTRE QUESTIONS

Il a été fait le choix de se concentrer sur les deux dernières questions.

Seriez-vous intéressé par une formation en ophtalmologie ? (Figure 14)

- Parmi les médecins généralistes intéressés :
 - 67% sont des hommes, 33% des femmes ($\chi^2 = 0,107$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
 - 17% ont moins de 40 ans, 9% entre 40 et 50 ans, 33% entre 50 et 60 ans et 41% ont plus de 60 ans ($\chi^2 = 6,206$; dII = 3 ; $p > 0,05$)
 - 33% exercent seuls, 41% en groupes de médecins généralistes, 26% en groupes pluridisciplinaires ($\chi^2 = 1,608$; dII = 2 ; $p > 0,05$)
 - 100% trouvent difficile l'accès au bilan ophtalmologique pour les patients sans comorbidité ($\chi^2 = 0,726$; dII = 2 ; $p > 0,05$)

- 96% d'entre eux font des ordonnances pour des corrections oculaires ($\chi^2= 1,547$; dll = 1 ; $p > 0,05$)
 - 89% sont régulièrement confrontés à des patients présentant des troubles visuels et demandeurs de bilans visuels, 11% n'y sont confrontés que rarement, aucun n'a répondu n'y être jamais confronté ($\chi^2= 0,246$; dll = 2 ; $p > 0,05$)
 - 80% sont en relation avec l'ophtalmologiste le plus proche, contre 20% qui ne le sont pas ($\chi^2= 3,478$; dll = 1 ; $p > 0,05$)
 - 80% pensent que la réfractométrie peut être intégrée à leurs pratiques, contre 20% d'entre eux qui ne le pensent pas ($\chi^2= 24,351$; dll = 1 ; $p < 0,001$)
- Parmi les médecins généralistes non intéressés :
- 70% sont des hommes, 30% des femmes ($\chi^2= 0,107$; dll = 1 ; $p > 0,05$)
 - 6% ont moins de 40 ans, 17% entre 40 et 50 ans, 18% entre 50 et 60 ans et 23% ont plus de 60 ans ($\chi^2= 6,206$; dll = 3 ; $p > 0,05$)
 - 28% exercent seuls, 24% en groupes de médecins généralistes, 12% en groupes pluridisciplinaires ($\chi^2= 1,608$; dll = 2 ; $p > 0,05$)
 - 98% trouvent difficile l'accès au bilan ophtalmologique pour les patients sans comorbidité, 2% trouvent l'accès acceptable ($\chi^2= 0,726$; dll = 2 ; $p > 0,05$)
 - 57% d'entre eux font des ordonnances pour des corrections oculaires, contre 7% d'entre eux qui n'en font pas ($\chi^2= 1,547$; dll = 1 ; $p > 0,05$)
 - 55% sont régulièrement confrontés à des patients présentant des troubles visuels et demandeurs de bilans visuels, 9% n'y sont confrontés que rarement, aucun n'a répondu n'y être jamais confronté ($\chi^2= 0,246$; dll = 2 ; $p > 0,05$)
 - 64% sont en relation avec l'ophtalmologiste le plus proche, contre 36% qui ne le sont pas ($\chi^2= 3,478$; dll = 1 ; $p > 0,05$)
 - 33% pensent que la réfractométrie peut être intégrée à leurs pratiques, contre 67% d'entre eux qui ne le pensent pas ($\chi^2= 24,351$; dll = 1 ; $p < 0,001$)

Q1. Quel est votre sexe ?

	Masculin		Féminin		Total	
Q8: Oui	67,39 %	31	32,61 %	15	41,82 %	46
Q8: Non	70,31 %	45	29,69 %	19	58,18 %	64
Total	69,09 %	76	30,91 %	34	100,00 %	110

Q2. Quelle est votre tranche d'âge ?

	< 40 ans		40 à 50 ans		50 à 60 ans		> 60 ans		Total	
Q8: Oui	17,39 %	8	8,70 %	4	32,61 %	15	41,30 %	19	41,82 %	46
Q8: Non	9,38 %	6	26,56 %	17	28,13 %	18	35,94 %	23	58,18 %	64
Total	12,73 %	14	19,09 %	21	30,00 %	33	38,18 %	42	100,00 %	110

Q3. Quel est votre type d'exercice ?

	Seul(e)		En groupe de médecins généralistes		En groupe pluridisciplinaire		Total	
Q8: Oui	32,61 %	15	41,30 %	19	26,09 %	12	41,82 %	46
Q8: Non	43,75 %	28	37,50 %	24	18,75 %	12	58,18 %	64
Total	39,09 %	43	39,09 %	43	21,82 %	24	100,00 %	110

Q4. Selon vous, dans votre département, l'accès à un bilan ophtalmologique pour des patients sans comorbidité, est

	Difficile		Acceptable		Bon		Total	
Q8: Oui	100,00 %	46	0,00 %	0	0,00 %	0	41,82 %	46
Q8: Non	98,44 %	63	1,56 %	1	0,00 %	0	58,18 %	64
Total	99,09 %	109	0,91 %	1	0,00 %	0	100,00 %	110

Q5. Vous arrive-t-il de faire des ordonnances (y compris de renouvellement) pour des moyens correcteurs visuels ?

	Oui		Non		Total	
Q8: Oui	95,65 %	44	4,35 %	2	41,82 %	46
Q8: Non	89,06 %	57	10,94 %	7	58,18 %	64
Total	91,82 %	101	8,18 %	9	100,00 %	110

Q6. Etes-vous confronté(e) à des patients souffrant de troubles visuels et demandant un bilan ophtalmologique ?

	Jamais		Rarement		Régulièrement		Total	
Q8: Oui	0,00 %	0	10,87 %	5	89,13 %	41	41,82 %	46
Q8: Non	0,00 %	0	14,06 %	9	85,94 %	55	58,18 %	64
Total	0,00 %	0	12,73 %	14	87,27 %	96	100,00 %	110

Q7. Etes-vous en relation avec les ophtalmologues proches de votre lieu d'installation ?

	Oui		Non		Total	
Q8: Oui	80,43 %	37	19,57 %	9	41,82 %	46
Q8: Non	64,06 %	41	35,94 %	23	58,18 %	64
Total	70,91 %	78	29,09 %	32	100,00 %	110

Q9. Pensez-vous que cette pratique puisse être intégrée à celles des médecins généralistes ?

	Oui		Non		Total	
Q8: Oui	80,43 %	37	19,57 %	9	41,82 %	46
Q8: Non	32,81 %	21	67,19 %	43	58,18 %	64
Total	52,73 %	58	47,27 %	52	100,00 %	110

FIGURE 14 - RESULTATS DE LA COMPARAISON DE LA QUESTION 8 AUX AUTRES QUESTIONS

Pensez-vous que cette pratique puisse être intégrée à celles des médecins généralistes ?

(Figure 15)

- Parmi les médecins généralistes qui pensent que c'est possible :
 - 72% sont des hommes et 28% des femmes ($\chi^2= 0,634$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
 - 17% ont moins de 40 ans, 9% entre 40 et 50 ans, 29% entre 50 et 60 ans, 45% ont plus de 60 ans ($\chi^2= 10,449$, dII = 3, $p < 0,02$)
 - 43% travaillent seuls, 36% travaillent en groupes de médecins généralistes et 21% travaillent en groupes pluridisciplinaires ($\chi^2= 0,838$; dII = 2 ; $p > 0,05$)
 - 100% considèrent que l'accès au bilan ophtalmologique pour les patients sans comorbidité est difficile ($\chi^2= 1,125$; dII = 2 ; $p > 0,05$)
 - 98% font des ordonnances pour des corrections oculaires, contre 2% d'entre eux qui n'en font pas ($\chi^2= 6,81$; dII = 1 ; $p < 0,01$)
 - 86% sont régulièrement confrontés à des patients présentant des troubles visuels et demandeurs de bilan visuel, 14% le sont rarement et aucun n'a répondu n'y être jamais confronté ($\chi^2= 0,126$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
 - 76% sont en relation avec l'ophtalmologiste le plus proche de leur lieu d'installation, contre 24% d'entre eux qui ne le sont pas ($\chi^2= 1,46$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
 - 64% sont intéressés par une formation en ophtalmologie contre 36% d'entre eux qui ne sont pas intéressés ($\chi^2= 24,351$; dII = 1 ; $p < 0,001$)

- Parmi les médecins généralistes qui pensent que ce n'est pas possible :
 - 65% sont des hommes et 35% des femmes ($\chi^2= 0,634$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
 - 8% ont moins de 40 ans, 31% entre 40 et 50 ans, 31% entre 50 et 60 ans, 31% ont plus de 60 ans ($\chi^2= 10,449$, dII = 3, $p < 0,02$)
 - 35% travaillent seuls, 42% travaillent en groupes de médecins généralistes et 23% travaillent en groupes pluridisciplinaires ($\chi^2= 0,838$; dII = 2 ; $p > 0,05$)

- 98% considèrent que l'accès au bilan ophtalmologique pour les patients sans comorbidités est difficile, 2% considèrent que l'accès est acceptable ($\chi^2= 1,125$; dII = 2 ; $p > 0,05$)
- 85% font des ordonnances pour des corrections oculaires, contre 15% d'entre eux qui n'en font pas ($\chi^2= 6,81$; dII = 1 ; $p < 0,01$)
- 88% sont régulièrement confrontés à des patients présentant des troubles visuels et demandeurs de bilans visuels, 12% le sont rarement et aucun n'a répondu n'y être jamais confronté ($\chi^2= 0,126$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
- 65% sont en relation avec l'ophtalmologiste le plus proche de leur lieu d'installation, contre 35% d'entre eux qui ne le sont pas ($\chi^2= 1,46$; dII = 1 ; $p > 0,05$)
- 17% sont intéressés par une formation en ophtalmologie contre 83% d'entre eux qui ne sont pas intéressés ($\chi^2= 24,351$; dII = 1 ; $p < 0,001$)

Q1. Quel est votre sexe ?						
	Masculin		Féminin		Total	
Q9: Oui	72,41 %	42	27,59 %	16	52,73 %	58
Q9: Non	65,38 %	34	34,62 %	18	47,27 %	52
Total	69,09 %	76	30,91 %	34	100,00 %	110

Q2. Quelle est votre tranche d'âge ?										
	< 40 ans		40 à 50 ans		50 à 60 ans		> 60 ans		Total	
Q9: Oui	17,24 %	10	8,62 %	5	29,31 %	17	44,83 %	26	52,73 %	58
Q9: Non	7,69 %	4	30,77 %	16	30,77 %	16	30,77 %	16	47,27 %	52
Total	12,73 %	14	19,09 %	21	30,00 %	33	38,18 %	42	100,00 %	110

Q3. Quel est votre type d'exercice ?								
	Seul(e)		En groupe de médecins généralistes		En groupe pluridisciplinaire		Total	
Q9: Oui	43,10 %	25	36,21 %	21	20,69 %	12	52,73 %	58
Q9: Non	34,62 %	18	42,31 %	22	23,08 %	12	47,27 %	52
Total	39,09 %	43	39,09 %	43	21,82 %	24	100,00 %	110

Q4. Selon vous, dans votre département, l'accès à un bilan ophtalmologique pour des patients sans comorbidité, est								
	Difficile		Acceptable		Bon		Total	
Q9: Oui	100,00 %	58	0,00 %	0	0,00 %	0	52,73 %	58
Q9: Non	98,08 %	51	1,92 %	1	0,00 %	0	47,27 %	52
Total	99,09 %	109	0,91 %	1	0,00 %	0	100,00 %	110

Q5. Vous arrive-t-il de faire des ordonnances (y compris de renouvellement) pour des moyens correcteurs visuels ?						
	Oui		Non		Total	
Q9: Oui	98,28 %	57	1,72 %	1	52,73 %	58
Q9: Non	84,62 %	44	15,38 %	8	47,27 %	52
Total	91,82 %	101	8,18 %	9	100,00 %	110

Q6. Etes-vous confronté(e) à des patients souffrant de troubles visuels et demandant un bilan ophtalmologique ?								
	Jamais		Rarement		Régulièrement		Total	
Q9: Oui	0,00 %	0	13,79 %	8	86,21 %	50	52,73 %	58
Q9: Non	0,00 %	0	11,54 %	6	88,46 %	46	47,27 %	52
Total	0,00 %	0	12,73 %	14	87,27 %	96	100,00 %	110

Q7. Etes-vous en relation avec les ophtalmologues proches de votre lieu d'installation ?						
	Oui		Non		Total	
Q9: Oui	75,86 %	44	24,14 %	14	52,73 %	58
Q9: Non	65,38 %	34	34,62 %	18	47,27 %	52
Total	70,91 %	78	29,09 %	32	100,00 %	110

Q8. Seriez-vous intéressé(e) par une formation en ophtalmologie ?						
	Oui		Non		Total	
Q9: Oui	63,79 %	37	36,21 %	21	52,73 %	58
Q9: Non	17,31 %	9	82,69 %	43	47,27 %	52
Total	41,82 %	46	58,18 %	64	100,00 %	110

FIGURE 15 - RESULTATS DE LA COMPARAISON DE LA QUESTION 9 AUX AUTRES QUESTIONS

Parmi les médecins ayant répondu « Oui » à la question 9 :

- 8,62% d'entre eux estiment qu'il n'y a aucun frein
- 15,52% d'entre eux citent l'équipement, et notamment l'investissement que cela suggère
- 5,17% d'entre eux estiment qu'ils manquent de formation pour un tel projet
- 22,41% d'entre eux ne se prononcent pas
- 3,45% d'entre eux estiment pouvoir faire confiance aux opticiens pour la réalisation de tels examens
- 5,17% d'entre eux estiment pouvoir faire confiance aux orthoptistes
- 5,17% d'entre eux se posent la question de la rémunération de tels actes
- 44,83% d'entre eux estiment manquer de temps

8,62% des réponses n'ont pu être classées.

Parmi les médecins ayant répondu « Non » à la question 9 :

- 38,46% d'entre eux citent l'équipement, et notamment l'investissement que cela suggère
- 3,85% d'entre eux estiment qu'ils manquent de formation pour un tel projet
- 3,85% d'entre eux ne se prononcent pas
- 9,62% d'entre eux estiment pouvoir faire confiance aux opticiens pour la réalisation de tels examens
- 9,62% d'entre eux estiment pouvoir faire confiance aux orthoptistes
- 71,15% d'entre eux estiment manquer de temps.

11,54% des réponses n'ont pu être classées.

3. REPONSES DES OPHTALMOLOGISTES

RESULTATS PAR QUESTION

Parmi les ophtalmologistes ayant répondu au questionnaire : trois travaillent en exercice libéral exclusif et un en exercice salarié exclusif (Figure 16).

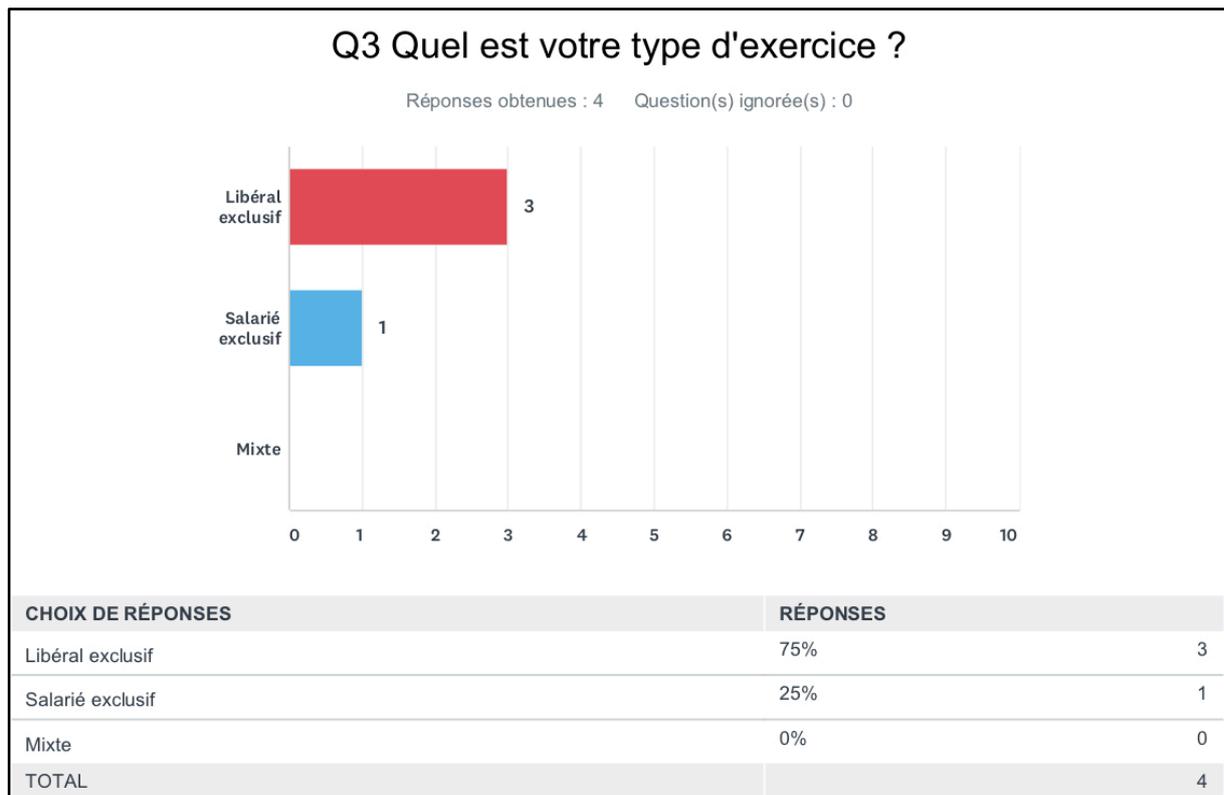


FIGURE 16 - TYPES D'EXERCICE DES OPHTALMOLOGISTES DE L'INDRE

Deux d'entre eux peuvent proposer un délai de moins de 3 mois pour un premier rendez-vous avec un nouveau patient sans comorbidité déclarée (Figure 17). Les deux autres proposent un délai compris entre 6 mois et 1 an.

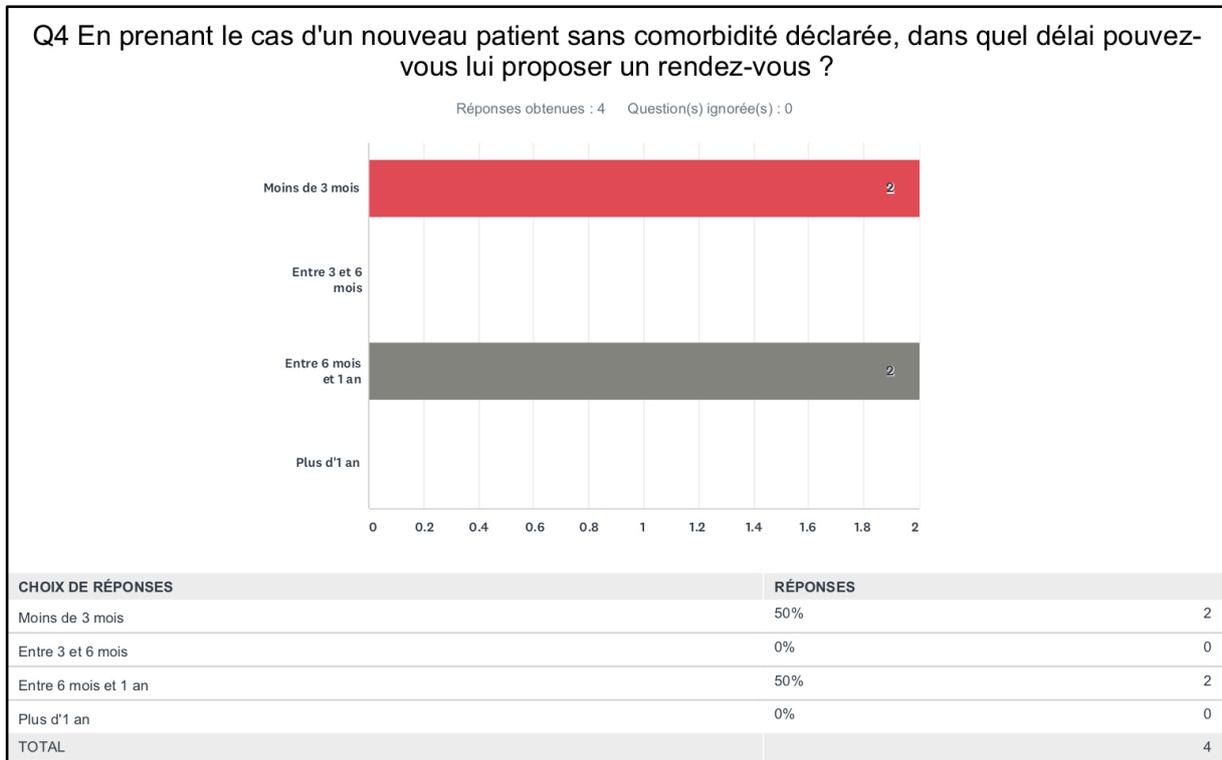


FIGURE 17 - DELAI DE RENDEZ-VOUS POUR UN NOUVEAU PATIENT

Pour un patient sans comorbidité, déjà connu du médecin, le délai est de moins de 3 mois pour l'un d'entre eux (Figure 18), entre 3 et 6 mois pour un autre et entre 6 mois et 1 an pour deux d'entre eux.

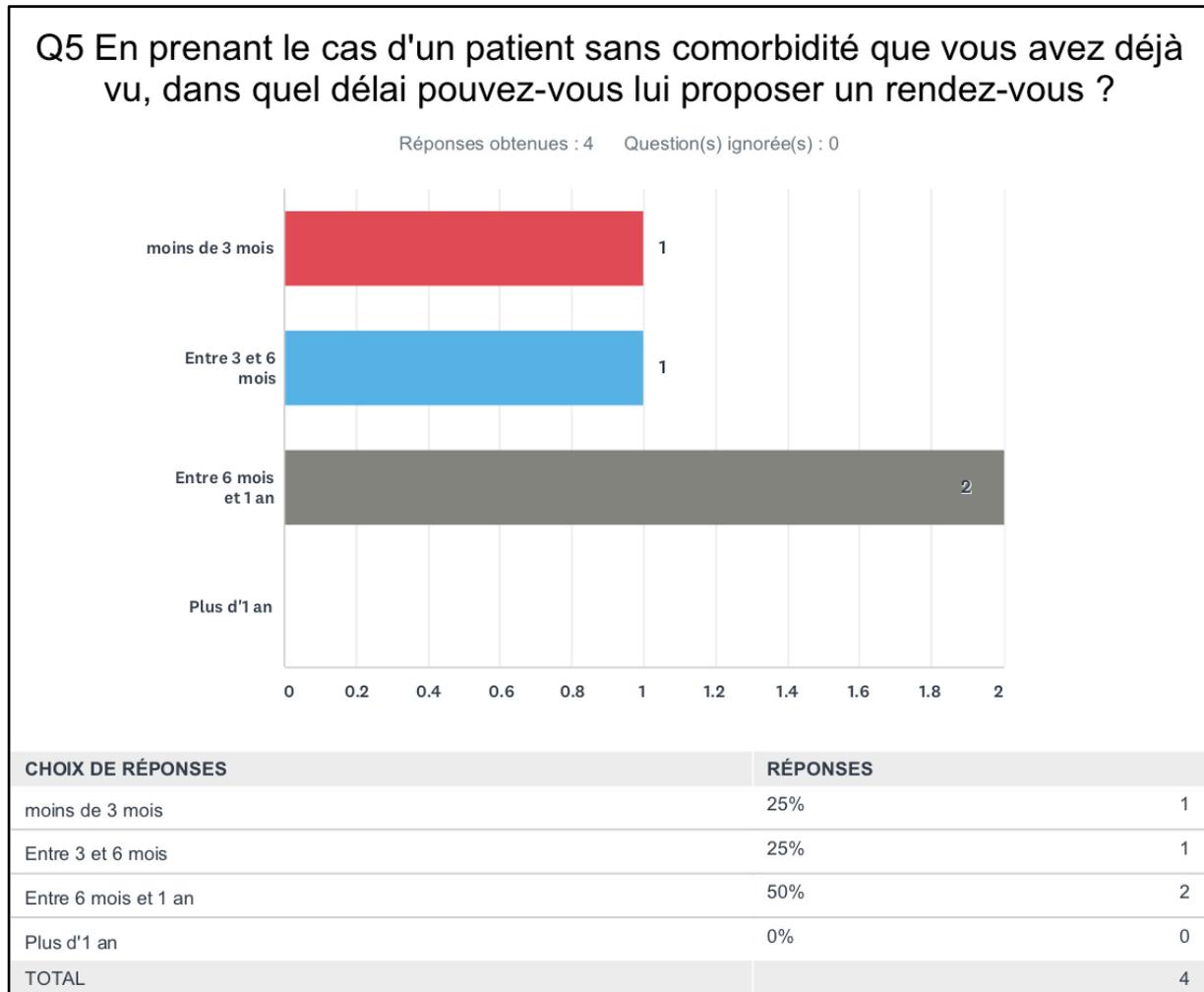


FIGURE 18 - DELAI DE RENDEZ-VOUS POUR UN PATIENT DEJA CONNU

Trois ophtalmologistes sur quatre travaillent avec un ou plusieurs orthoptistes (Figure 19).

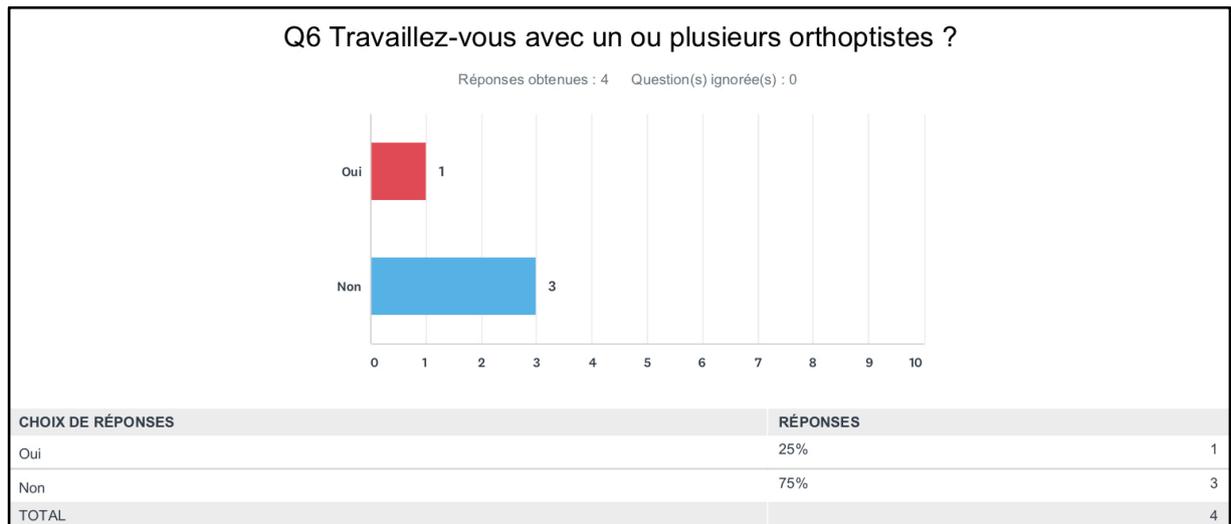


FIGURE 19 - PROPORTION D'OPHTALMOLOGISTES TRAVAILLANT AVEC UN ORTHOPTISTE

On retrouve la même proportion pour la pratique de la délégation de tâches aux orthoptistes : trois ophtalmologistes y ont recours (Figure 20).

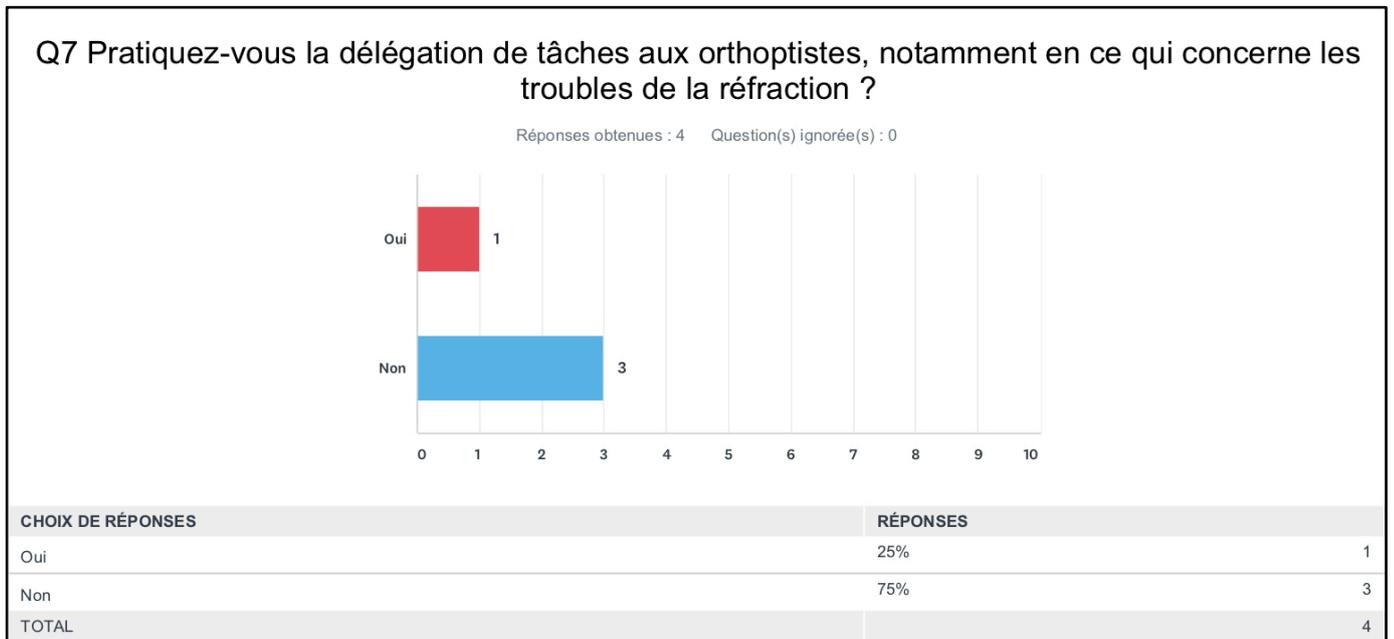


FIGURE 20 - PROPORTION D'OPHTALMOLOGISTES DELEGANT LES TROUBLES DE LA REFRACTION AUX ORTHOPTISTES

Aucun d'entre eux n'est impliqué dans un protocole d'examens réalisés à distance et secondairement interprétés par eux, ni dans un protocole de télémedecine (Figure 21).

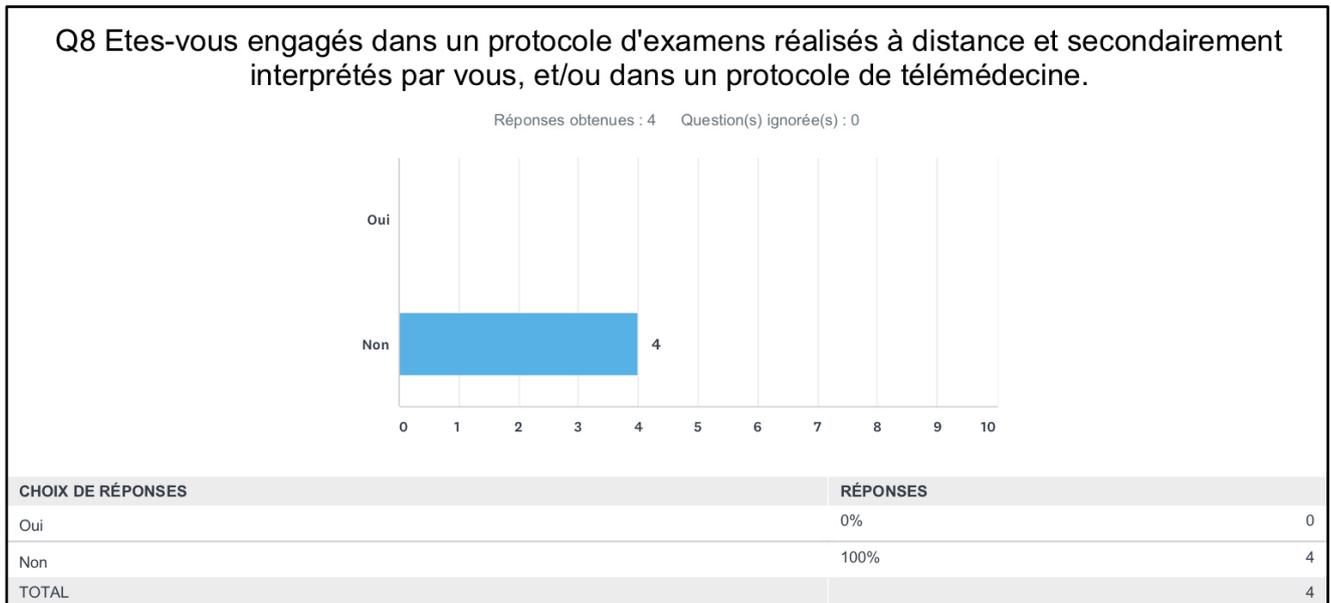


FIGURE 21 - PROPORTION D'OPHTHALMOLOGISTES IMPLIQUES DANS UN PROTOCOLE D'EXAMENS A DISTANCE ET/OU LA TELEMEDECINE

Deux ophtalmologistes sur quatre sont favorables à ce qu'un médecin généraliste puisse réaliser un bilan visuel et prescrire des moyens correcteurs (Figure 22).

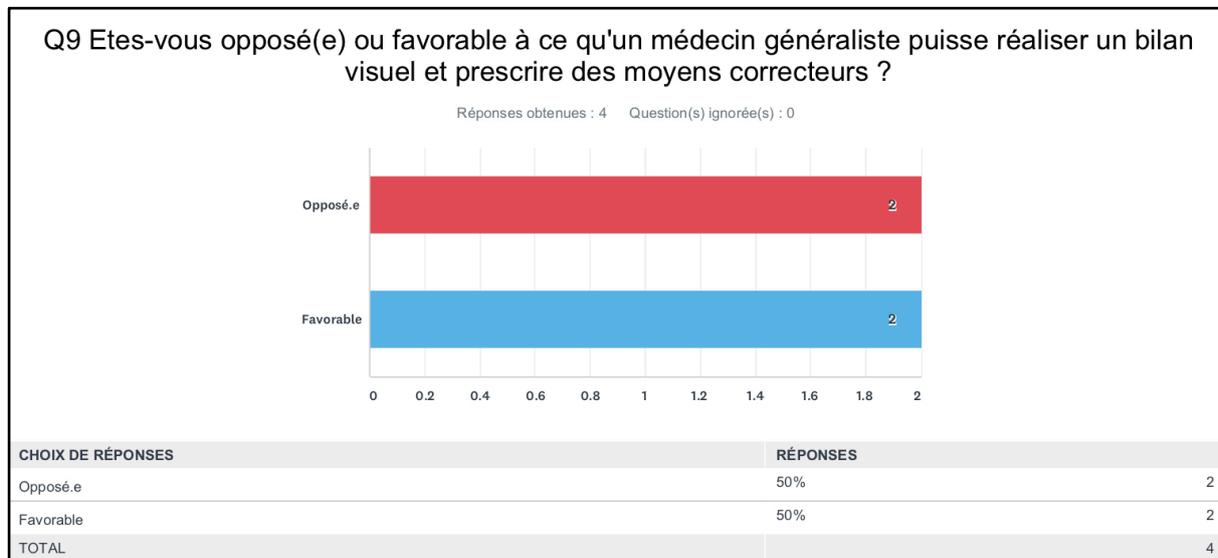


FIGURE 22 - AVIS SUR LA POSSIBILITE POUR LES MEDECINS GENERALISTES DE REALISER UN BILAN VISUEL ET DE PRESCRIRE DES MOYENS CORRECTEURS

Deux d'entre eux feraient confiance à un bilan ophtalmologique réalisé par un médecin généraliste formé (Figure 23).

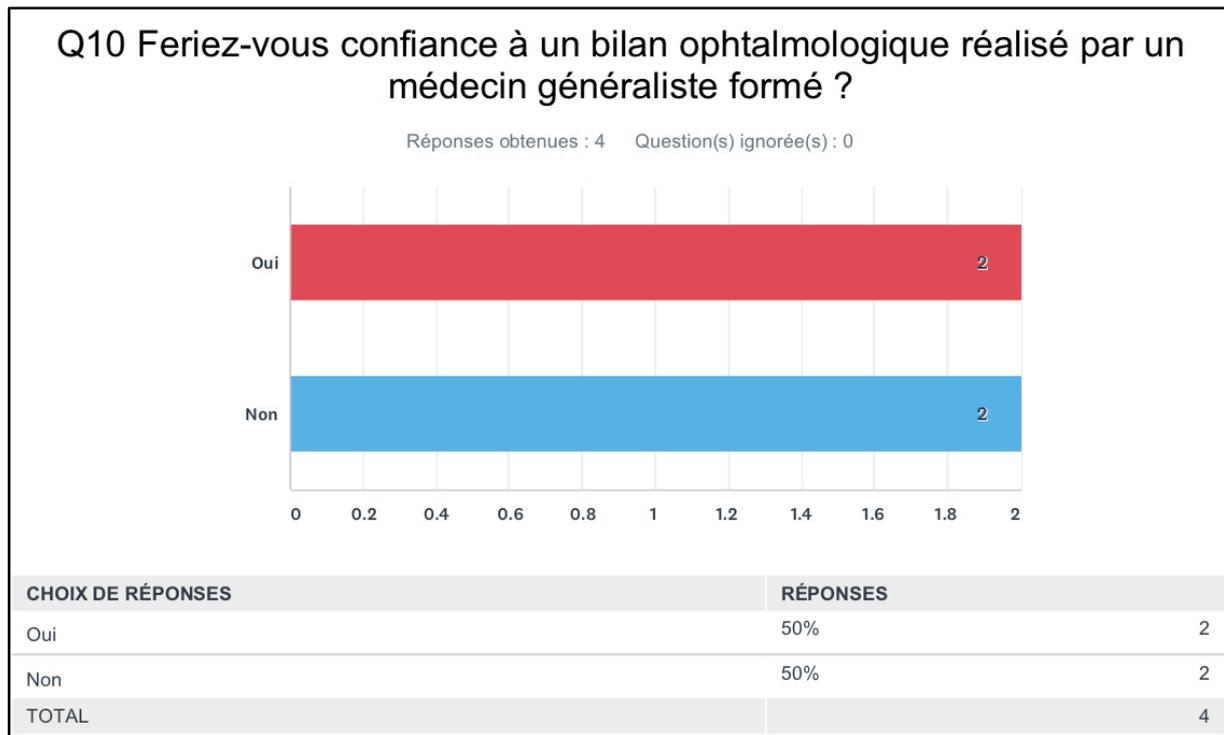


FIGURE 23 - CONFIANCE DES OPHTALMOLOGISTES ENVERS UN BILAN VISUEL REALISE PAR UN GENERALISTE FORME

COMPARAISONS ENTRE QUESTIONS

Il a été fait le choix de se concentrer sur les deux dernières questions. Étant donné le faible nombre de participants, aucune étude statistique n'a pu être réalisée à partir des résultats.

Les deux ophtalmologistes favorables à ce que les médecins généralistes puissent pratiquer un bilan visuel et prescrire des corrections oculaires feraient confiance aux bilans réalisés par les médecins généralistes.

RESULTATS DES QUESTIONS A COMMENTAIRE LIBRE

Deux questions en commentaire libre ont été posées. Les réponses sont données dans la figure 24 et la figure 25.

RÉPONSES
Former plus d'ophtalmologistes.
Il ne doit pas y avoir une diminution conséquente du nombre d'ophtalmologistes qui est déjà faible.
Que la spécialité de Médecine Générale n'interdise pas un D.U. d'Ophtalmologie.
-

FIGURE 24 - Q12 - QUEL(S) FREIN(S) VOYEZ-VOUS A CETTE PRATIQUE ?

RÉPONSES
Les généralistes ne sont pas formés pour pratiquer l'ophtalmologie.
- une formation sur les urgences ophtalmologiques (visuelles) - ne pas réaliser de réfraction chez l'enfant, ou la patientèle de plus de 55 ans, ou présentant des antécédents de pathologie ophtalmologique chronique (glaucome, DMLA, rétinopathie diabétique, pathologies rétinienne) et de même pour le 1er équipement en verres progressifs chez le presbyte. - Disposer d'un tonomètre à air pour dépister les hypertonies oculaires après 40 ans.
Que la spécialité de Médecine Générale n'interdise pas un D.U. d'Ophtalmologie.
-

FIGURE 25 - Q11 - QUELLES CONDITIONS SERAIENT NECESSAIRES POUR RENDRE CETTE MESURE ENVISAGEABLE ?

4. INTERVIEWS

MADAME LAURENCE CASIER : ORTHOPTISTE LIBERALE

Madame Laurence CASIER est orthoptiste libérale dans l'Eure. Elle travaille notamment à la maison de santé pluridisciplinaire Eure-Madrie-Seine de Gaillon.

Plusieurs questions lui ont été posées :

- **Dans quel délai accordez-vous un rendez-vous pour un nouveau patient ?**
« *Le plus souvent, le délai est de 3 mois pour un rendez-vous de bilan. Cependant, entre le bilan et la première séance de rééducation, il peut y avoir plusieurs semaines d'attente.* »

- **Vous arrive-t-il de prendre en charge des patients adressés par un médecin généraliste sans que ceux-ci n'aient vu d'ophtalmologiste ? Si oui, dans quelle proportion ?**

« Oui, certains médecins généralistes m'envoient des patients pour un bilan, un avis, notamment au sein de la maison de santé où je travaille. Je reçois également des jeunes patients envoyés par le Centre des Troubles de l'Apprentissage pour effectuer certains bilans, étant donnée la difficulté pour avoir un rendez-vous avec un ophtalmologiste. »

- **Pratiquez-vous le dépistage des troubles de la réfraction ?**

« Pour l'instant non, mais je compte m'y mettre. »

- **Êtes-vous engagée dans un protocole de coopération avec un ophtalmologiste ? Si oui, en quoi consiste-t-il ?**

« Je travaille actuellement avec l'ARS et les ophtalmologistes de la Clinique Mathilde à Rouen, pour la mise en place de protocoles de dépistage de la rétinopathie diabétique et de renouvellement de corrections oculaires.

Je me suis inscrite également sur la plateforme en ligne e-ophtalmo qui met en relation patients, orthoptistes et ophtalmologistes dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique. »

- **Y a-t-il des freins à sa mise en place ? Si oui, de quelle nature ?**

« Il y en a beaucoup. Tout d'abord les ophtalmologistes de la Clinique n'arrivent pas à s'entendre. Il y a également un problème de financement du matériel : 40 000 €. L'ARS en finance une partie, j'investis dans le reste. Y aurait-il une participation des ophtalmologistes ?

L'acte a été fixé à 28€ et j'avoue ne pas avoir compris qui touche les 28€.

D'autre part, je pense que si je me lance dans cette aventure il va falloir que je trouve une collaboratrice. »

- **Seriez-vous prête à travailler en coopération avec des médecins généralistes formés, pour la prise en charge des troubles de la réfraction jusqu'à la prescription de moyens correcteurs visuels ?**

« Oui. Je ferais tout à fait confiance aux médecins généralistes dans ce domaine. D'ailleurs, il ne faudrait pas limiter leur action à la réfractométrie, mais leur permettre aussi de faire des fonds d'œil et de tester la tension oculaire. »

DOCTEUR PHILIPPE DESMARCHELIER : MEDECIN GENERALISTE

Médecin généraliste à La Réunion, Maître de Conférence Associé à l'université de La Réunion et membre du Département de Médecine Générale de La Réunion.

L'entretien a eu lieu par téléphone et s'est déroulé de manière plutôt informelle. Ce qui suit est une retranscription qui se veut être au plus près de l'échange qui a eu lieu.

Dans quel contexte vous êtes-vous lancé dans la réfractométrie ?

« La situation à La Réunion est pire qu'en Métropole. Il y a une faible densité en médecins, toutes spécialités confondues, et notamment en ophtalmologistes.

Les délais d'attente pour un rendez-vous avec un ophtalmologiste sont extrêmement longs, sans compter que beaucoup de patients ne peuvent avoir de rendez-vous annuel pour un bilan ophtalmologique alors que leurs comorbidités le nécessiteraient.

De par ma formation en médecine aéronautique et mon parcours en médecine préventive au sein de la DGAC, j'avais déjà une expérience en ophtalmologie. Un ami urgentiste (qui avait un ami opticien) a suggéré que nous nous lancions dans la réfractométrie étant donnés les besoins de la population.

Après réflexion commune, je me suis lancé seul dans l'aventure.

J'avais déjà des connaissances théoriques, mais je ne savais pas me servir du matériel. J'ai assisté des collègues dans leur pratique et j'ai appris sur le tas. »

Comment êtes-vous équipé et comment avez-vous financé votre équipement ?

« J'ai fait le choix d'investir dans du matériel sophistiqué. Ainsi j'ai mis en place toute une chaîne automatisée. L'investissement était de 40 000 € et je me suis engagé dans un contrat de leasing sur 5 ans.

Sans rien gagner et uniquement pour payer mes mensualités, j'avais calculé qu'il faudrait faire vingt actes par mois.

Aujourd'hui, je fais vingt actes par semaine. »

Comment s'organise votre pratique ?

« Je fais en moyenne six actes dédiés dans la journée en fonction des demandes.

Je n'ai pas fait de publicité sur mon activité, c'était du bouche-à-oreille initialement. Lorsque le patient est issu de ma patientèle, je compte une consultation normale (à La Réunion c'est 29,60€). Si le patient est envoyé avec un courrier d'un confrère, je compte une consultation d'avis de consultant.

Je fais un examen le plus complet possible : la réfractométrie objective et subjective, l'examen à la lampe à fente et la tonométrie. Je prends le temps avec les patients. Ainsi une consultation peut durer de 10 à 20 minutes. Il m'arrive même parfois de rattraper des erreurs des ophtalmologistes.

Par contre, je ne pratique pas les « fonds d'œil ». C'est une question un peu politique et puis je n'ai pas la formation.

Pour les patients qui m'ont été envoyés par un confrère, je les redirige avec un courrier vers leur médecin traitant.

Je vois les patients à partir de l'âge de 5 ans.

Il m'arrive de découvrir chez des patients des amétropies qu'ils ignoraient, n'ayant jamais consulté un ophtalmologue pour des problèmes de vues.

Si je n'arrive pas à corriger la vision à 10/10^{ème} ou si je suis face à une situation qui dépasse mes compétences, je passe la main et je renvoie le patient vers un ophtalmologue.

Il m'arrive également de gérer quelques urgences ophtalmologiques : les corps étrangers essentiellement. »

Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire ?

« Une formation est toujours intéressante. En ce qui concerne la réfractométrie, c'est surtout de la métrologie. Il est surtout important d'acquérir de l'expérience.

Je suis maître de stage universitaire et je reçois notamment des internes de médecine générale de niveau 1. Au bout de six mois, le plus souvent, ils sont totalement autonomes pour les consultations d'ophtalmologie. Pour la plupart, ils seraient prêts à ajouter ce domaine de compétence à leurs futures pratiques. »

MONSIEUR DOMINIQUE HARDY ET MADAME ANNE DU PEUTY

Monsieur Dominique HARDY est le délégué « département de l'Indre » de l'ARS Centre-Val de Loire.

Madame Anne Du PEUTY est l'inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale de la délégation « département de l'Indre » de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'objet principal de la requête qui leur a été soumise était d'essayer de trouver une solution aux freins soulevés par les généralistes, notamment de répondre à l'inquiétude des généralistes concernant l'équipement et la rémunération.

Il est ressorti de ces entretiens les éléments suivants :

- La proposition correspond tout à fait aux démarches innovantes qu'ils essaient de mettre en place dans l'Indre.
- L'Indre est un désert médical. Étant données les difficultés rencontrées, certains médecins comparent leurs pratiques à de la « médecine de brousse ».
- On dénombre 30 000 patients sans médecin traitant dans l'Indre.
- Pour l'instant les protocoles de délégation de tâches ne sont pas faciles à mettre en place.

- En ce qui concerne l'organisation, un tel projet pourrait s'intégrer aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et aux contrats locaux de santé.
- En ce qui concerne le financement, plusieurs possibilités peuvent être envisagées : un partenariat avec les centres hospitaliers, avoir recours à l'article 51(19) de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) ou avoir recours au Fond d'Intervention Régional.
- Il n'y a pas la possibilité de mettre en place une cotation particulière, c'est plutôt du ressort de la Sécurité Sociale et cela dépend également de la convention collective avec les représentants des professions médicales.
- Dès lors, le modèle de rémunération du médecin prendra la forme d'un forfait comme ce qui est fait actuellement pour le protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes.

DOCTEUR THIERRY BOUR, PRESIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DES OPHTALMOLOGISTES DE FRANCE

Le Docteur Thierry BOUR est ophtalmologiste à Metz et président du Syndicat National des Ophtalmologistes de France.

L'entretien a eu lieu à la Maison de l'Ophtalmologie à Paris. Il s'agissait d'un échange autour de l'objet principal de la requête, mais également d'un apport de données supplémentaires communiquées par le Docteur BOUR.

L'objet principal de la requête était de savoir ce que pensait d'une telle mesure le représentant des ophtalmologistes : est-ce envisageable ? Si non, pour quelles raisons ? Si oui, quelles seraient les conditions de son application ?

Il est ressorti de cet entretien les éléments suivants :

- *L'ophtalmologie est une spécialité de proximité (le plus accessible géographiquement), de 1^{er} (accès spécifique) et de 2nd recours. Elle comprend des aspects médicaux (80%), chirurgicaux (20%) et d'explorations fonctionnelles.*

- *En ce qui concerne la démographie des ophtalmologistes, l'État n'a pas su anticiper la situation actuelle : on ne forme pas assez d'internes en ophtalmologie même si leur nombre augmente d'année en année. Cependant pour évaluer la démographie actuelle, il faut aussi prendre en compte les médecins étrangers. A noter également que tout est fait pour favoriser le maintien en activité des ophtalmologistes de plus de 65 ans.*
- *Il faut prendre en compte une croissance inéluctable de l'activité liée à l'augmentation de la population, au vieillissement de la population, aux nouvelles technologies, aux thérapeutiques innovantes.*
- *Et prendre en compte les grands défis à résoudre et en développement qui vont nécessiter des ressources en ophtalmologistes : épidémie de myopie, épidémie de diabète, prise en charge oculaire des patients en EHPAD ne pouvant pas se déplacer facilement, etc.*

Réfractométrie et médecin généraliste, délai de rendez-vous :

- *Le problème des troubles de la réfraction n'est pas le vrai problème actuel. Le problème actuel est le vieillissement de la population. Les nouveaux besoins concerneront avant tout les plus de 65 ans et les affections liées à l'âge (glaucome, DMLA, cataracte, diabète, syndrome sec oculaire, presbytie, déficiences, visuelles, etc.)*
- *Dès lors, pourquoi les médecins généralistes, qui sont eux-mêmes en pénurie, se mettraient également à prendre en charge les troubles de la réfraction ?*
- *Comment concevoir qu'un médecin généraliste soit compétent dans ce domaine, même après une formation, en sachant que les orthoptistes ont plus de 2000 heures de formation ?*
- *Cette offre viendrait en concurrence avec les offres actuelles, ce qui pourrait entraîner une perte de repères pour les patients.*
- *Il est à noter que plus d'un tiers des consultations ayant comme motif un trouble de la réfraction mettent en évidence d'autres pathologies. Il s'agirait d'une perte de chance pour le patient si ces pathologies n'étaient pas dépistées. Par exemple, dans des cas d'amétropies secondaires à des pathologies (kératocône, cataracte myopisante, ptérygon, etc.); d'amétropies associées à des risques pathologiques particuliers (hypermétropie forte et risque de glaucome aigu, myopie forte et risque de déchirure*

et décollement de rétine, anisométrie et risque d'amblyopie); de pathologies oculaires longtemps asymptomatiques découvertes lors d'examens pour contrôle ou suivies d'amétropies (glaucome chronique, rétinopathie diabétique débutante et modérée, etc.).

- *Par ailleurs, beaucoup d'efforts ont déjà été réalisés pour s'adapter aux besoins : le travail aidé, les conventions établies avec les opticiens, la délégation de tâches à travers les protocoles RNO et Muraine. Si l'on prend en compte l'organisation (exercices de moins en moins isolés, cabinets de groupe et exercices multi-sites, cabinets secondaires, plateaux techniques partagés) et l'évolution du matériel, on peut arriver à compenser la stagnation des effectifs.*
- *Dès lors, on note une stabilisation des délais de rendez-vous : en moyenne 87 jours*
- *Le travail aidé et le décret de 2007 concernant les opticiens ont permis d'augmenter fortement la délivrance initiale et le renouvellement, avec notamment une croissance de 48% pour les verres en six ans (ce chiffre comprend à la fois les prescriptions par les ophtalmologistes et le renouvellement direct chez l'opticien).*
- *Étant donné que les décrets d'application et les modalités de mise en place des protocoles entre ophtalmologistes et orthoptistes sont récents (juillet 2018), il est difficile de se prononcer sur leur efficacité et surtout il faut leur laisser le temps de faire leurs preuves pour résoudre les problèmes de délais et d'accès aux soins.*

Quelques freins soulevés concernant les protocoles de délégation de tâche :

- *Notamment en ce qui concerne le protocole Muraine : pour que cela fonctionne il faudrait qu'un ophtalmologiste intervienne physiquement dans la MSP*
- *Il est délicat d'interpréter des bilans de patients que l'on ne connaît pas.*
- *Quel ophtalmologue assure le suivi ?*

DISCUSSION

Le médecin généraliste est un médecin de premier recours et de soins primaires. Pierre angulaire du système de santé français, sa vision globale du patient, sa proximité en font le médecin le plus accessible, même dans les territoires où l'on connaît une pénurie importante. Dès lors, la question de savoir si le généraliste peut avoir un rôle à jouer dans la filière visuelle apparaît comme légitime.

La majeure partie de la population présente des troubles de la réfraction. Même si les patients n'en parlent pas en ces termes, c'est souvent la pensée d'avoir besoin de lunettes qui motive une première consultation chez un ophtalmologue (notamment pour les patients de moins de 45 ans, sans comorbidité).

L'ophtalmologiste est un médecin de premier recours, c'est-à-dire que tout patient peut prendre directement rendez-vous avec lui sans passer par son médecin traitant. Malheureusement l'accessibilité à celui-ci rend la prise de rendez-vous souvent difficile dans les « déserts médicaux » comme l'Indre. Les délais de rendez-vous dans le département peuvent dépasser les 6 mois.

Dans les zones sous-denses, en proposant aux médecins généralistes volontaires une formation en ophtalmologie, en définissant un cadre d'exercice strict, en partenariat ou non avec des orthoptistes et dans le cadre d'un protocole organisationnel avec les ophtalmologistes, est-il envisageable de leur déléguer la prise en charge des troubles de la réfraction jusqu'à la prescription de moyens correcteurs visuels ? C'est la question à laquelle s'est attachée à répondre cette thèse.

L'étude a été effectuée auprès de l'ensemble des acteurs de terrain de l'Indre. Les résultats montrent que plus de la moitié des médecins généralistes sont intéressés par intégrer cette compétence à leurs pratiques. Deux des quatre ophtalmologues de l'Indre ayant accepté de répondre à l'enquête sont prêts à travailler avec les médecins généralistes et feraient confiance à leurs bilans.

Il apparaît donc que les médecins généralistes et ophtalmologistes de l'Indre sont pour une grande part d'entre eux prêts à travailler ensemble et à envisager une telle pratique.

L'exemple de Madame CASIER, orthoptiste dans un désert médical, laisse penser qu'un travail entre médecin généraliste et orthoptiste est tout aussi envisageable. L'Agence Régionale de Santé est favorable à la mise en place d'une telle expérimentation. Enfin l'exemple du Docteur DESMARCHELIER montre que cette pratique est possible.

L'implication d'une telle mesure serait de permettre aux ophtalmologistes de dégager du temps pour la prise en charge et le suivi de pathologies plus « graves » et de pathologies chroniques comme celles liées au vieillissement de la population, pour lesquelles ils sont indispensables. Pour les patients, cela accélérerait le délai pour avoir un bilan visuel, avec l'assurance que celui-ci soit effectué par un médecin conscient des enjeux de sa pratique et responsable de ses actes.

Cela permettrait également de mettre fin à une pratique douteuse sur le plan éthique, bien que légale, qui consiste à effectuer des prescriptions pour des corrections oculaires et ce après un bilan effectué par un opticien ou un orthoptiste : ce que font 92% des médecins généralistes de l'Indre d'après notre enquête.

Cependant, cette étude gagnerait à être complétée sur la base d'un échantillon plus large. Le faible nombre d'ophtalmologistes interrogés et le nombre plus faible encore de répondants ne nous permettent pas de tirer une conclusion statistiquement recevable.

D'autres acteurs de la filière visuelle pourraient aussi être sollicités. Ainsi la présente étude s'est limitée aux professionnels médicaux et n'a pas intégré dans son champ les orthoptistes et opticiens, ces deux corps paramédicaux faisant pourtant partie intégrante de la filière visuelle.

Il pourrait être intéressant également de questionner la population de l'Indre : les patients feraient-ils confiance à leur médecin généraliste pour réaliser un tel bilan ? Il ressort d'ailleurs d'une étude réalisée par le SNOF et l'IFOP en 2011 que seul 2% des français considèrent le médecin généraliste comme compétent pour dépister d'éventuels problèmes aux yeux. Cependant cette étude n'envisageait pas que le médecin généraliste puisse être formé en ophtalmologie et donc ne soumettait pas cette éventualité aux sondés. De même, il

en ressort qu'ils sont seulement 2% à considérer les orthoptistes comme compétents. Or avec les protocoles qui sont en train de se mettre en place, ce sont bien les orthoptistes qui vont être amenés à pratiquer de tel dépistages.

D'autre part, nous nous sommes intéressés à l'Indre car il s'agit d'un bon exemple de désert médical, mais comme expliqué précédemment, le terme de « désert médical » est surtout un terme médiatico-politique. Alors que les statistiques concernant la densité de médecins sont publiées par département, il serait plus intéressant de prendre en compte des bassins de vie spécifiques et de fonctionner en fonction de l'APL. Ainsi un habitant de Marigny proche de la « frontière » avec la Vienne pourra consulter facilement dans une ville comme Poitiers et aura moins de difficulté que les habitants d'un autre bassin de vie de l'Indre.

Les difficultés rencontrées ne sont donc pas homogènes au sein d'un même « désert médical », on ne peut dès lors pas extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble des déserts médicaux.

Il est à noter également que les entretiens avec une orthoptiste et avec un médecin généraliste pratiquant la réfractométrie, s'ils ont permis d'approfondir la question en apportant des exemples, ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions généralisables.

D'autre part, concernant le projet étudié, plusieurs freins ou conditions ont été soulevés par les médecins généralistes et les ophtalmologistes et par le Docteur BOUR, président du SNOF.

Ainsi, les médecins généralistes, pour 57% d'entre eux, estiment qu'ils manquent de temps. En effet, dans ces territoires sous-dotés en ophtalmologistes, on souffre également d'un manque de médecins généralistes. Les médecins généralistes sont dès lors surchargés de demandes, il paraît donc difficile pour certains d'entre eux d'ajouter un motif de recours à leurs agendas. Cependant, dans son rapport de 2011, le SNOF considérait que les consultations ayant pour motif les troubles de la réfraction ne sont pas les plus chronophages. D'autre part, l'exemple du Docteur DESMARCHELIER montre qu'une consultation dédiée ne dure pas plus longtemps qu'une consultation classique de médecine générale. Enfin, si l'on considère que de nombreux médecins généralistes ont des pratiques particulières (ostéopathie, acupuncture, médecine du sport, gynécologie, nutrition, sexologie,

échographie, etc.) pour lesquelles ils consacrent du temps, il paraît envisageable que certains médecins puissent consacrer également du temps à l'ophtalmologie.

L'autre problème le plus souvent évoqué par les médecins généralistes (26% d'entre eux) est celui de l'acquisition de l'équipement et de la rémunération. Là encore, l'exemple du Dr DESMARCHELIER montre que l'investissement que l'on peut mettre dans le matériel est très vite amorti par le nombre d'actes effectués. Si cette pratique se met en place en maison de santé pluridisciplinaire, dans le cadre du CPTS ou dans le cadre d'un protocole organisationnel, on peut envisager une mutualisation de l'achat du matériel ou une subvention de la part de l'ARS. Concernant la rémunération, il peut être envisagé de fonctionner avec les cotations actuelles pour les médecins généralistes ou bien par forfait dans le cadre d'une coopération avec l'ARS.

Pour le président du SNOF, déléguer le dépistage des troubles de la réfraction aux médecins généralistes pourrait mettre en danger le patient, notamment en retardant le dépistage d'autres pathologies. En effet, si les troubles de la réfraction peuvent être le motif initial, dans 36% des cas une autre pathologie est mise en évidence. D'autre part, certaines pathologies nécessitent un suivi régulier par un ophtalmologiste, et cette prise en charge par le généraliste retarderait le suivi à mettre en place par le spécialiste.

Il n'en demeure pas moins que le projet proposé insiste sur la nécessité d'une formation initiale. Restent donc à voir le contenu et la forme d'une telle formation afin d'enseigner aux médecins généralistes les signes devant évoquer une urgence ou une pathologie nécessitant un avis ou un suivi par un ophtalmologiste. Le médecin généraliste suivant ses patients pour tout autre problème, il a également l'habitude d'avoir une vision globale lui permettant d'adapter au mieux sa prise en charge.

Plusieurs études ont montré qu'après une formation, un médecin généraliste pouvait être compétent notamment dans le dépistage des rétinopathies diabétiques et dans l'examen des fonds d'œil. Ainsi une étude américaine (20) a cherché à évaluer les résultats d'une formation de quatre heures pour des médecins généralistes sur le dépistage de la rétinopathie diabétique et a montré qu'il existait une différence significative du taux de bons diagnostics entre des examens ophtalmologiques pratiqués avant et après formation. En Espagne, une étude (21) a montré une bonne corrélation entre ophtalmologistes et médecins généralistes

formés sur l'interprétation d'images de fonds d'œil à la recherche de lésions rétinienne. Une étude marocaine (22) a quant à elle montré que l'on retrouvait également une bonne corrélation entre ophtalmologistes et médecins généralistes formés dans le dépistage de la rétinopathie diabétique. Même si aucun élément de ces études ne nous permet d'extrapoler ses résultats au dépistage des troubles de la réfraction, on peut supposer qu'un médecin généraliste formé pourrait arriver à maîtriser les techniques de dépistage de ces troubles.

On peut également prendre en exemple le modèle anglais. En effet, outre-manche, il existe des *Ophthalmic Medical Practitioners* (23) qui sont des médecins généralistes ayant suivi une formation supplémentaire en ophtalmologie leur permettant d'être autonomes pour certains actes ophtalmologiques dont la réfractométrie et la prescription de corrections oculaires.

S'il semble qu'une formation complémentaire soit possible pour les médecins généralistes et qu'elle soit la condition préalable à la mise en place d'un tel projet, notre enquête rapporte que seuls 42% des généralistes seraient intéressés par une telle formation. Si l'on prend en compte uniquement les médecins favorables à la pratique de la réfractométrie, 36% ne seraient pas intéressés par une formation en ophtalmologie. Une hypothèse pouvant expliquer ce résultat, alors que la majorité d'entre eux est favorable à la pratique de la réfractométrie, est l'âge de la population des généralistes d'Indre. En effet, plus de 60% d'entre eux ont plus de 50 ans : leur carrière étant déjà bien avancée, ils seraient peut-être plus réticents à suivre une formation supplémentaire.

D'autre part, le travail aidé et la mise en place récente des protocoles RNO et Muraine apportent des solutions supplémentaires aux problèmes d'accessibilité aux bilans visuels. En 2018, c'est 60% des ophtalmologistes qui pratiquent le travail aidé majoritairement avec les orthoptistes, contre 30% en 2015. La délégation de tâches fait déjà ses preuves pour réduire les délais d'attente tout en assurant un parcours de soins sécurisé pour les patients : stabilisation des délais à 87 jours en 2017, augmentation du nombre de patients vus par l'ophtalmologiste (+26% de patients avec des orthoptistes salariés, +39% de séances d'examen), libération de temps médical, meilleures conditions de travail.

Dès lors, qu'apporterait l'intervention des médecins généralistes ? Dans les déserts médicaux, s'il y a peu d'ophtalmologistes et peu de médecins généralistes, il y a également peu

d'orthoptistes. Ainsi dans l'Indre, on ne compte que quatre orthoptistes. Est-ce suffisant pour l'établissement de ces protocoles ? D'autre part, l'exemple de Madame CASIER dans l'Eure montre que les délais pour avoir un rendez-vous avec un orthoptiste sont également très longs (trois mois). Enfin se pose la question de l'assurance médicale apportée par une prescription réalisée sur un compte-rendu fait à distance, sur un patient non vu. Ainsi, la participation du médecin généraliste pourrait s'avérer un complément à toutes ces mesures afin d'améliorer encore l'accessibilité aux soins ophtalmologiques.

CONCLUSION

Dans les déserts médicaux la difficulté d'accessibilité aux médecins, toutes spécialités confondues, est un problème de santé publique majeure. Ce problème est encore plus important pour l'accès à certaines spécialités comme l'ophtalmologie, alors même que la population est vieillissante et que la majorité des français sont porteurs de corrections oculaires.

Ce constat est fait par tous, et tous les acteurs de la filière visuelle, ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens et pouvoirs publics, s'efforcent d'apporter des solutions à ce problème.

L'accélération du travail aidé, les décrets et conventions mises en place avec les opticiens ont déjà montré la preuve de leur efficacité et ont permis d'améliorer la situation actuelle.

De plus, les protocoles à l'essai depuis 2015 (RNO et Muraine), confirmés dans leurs mises en place par l'instruction d'avril 2018 et dans leurs financements en juillet 2018, vont permettre de réduire encore les délais d'attente, de faciliter le parcours de soins pour le patient et d'améliorer la couverture territoriale.

Cependant le faible nombre d'ophtalmologistes et d'orthoptistes dans certains territoires va compliquer la mise en place de ces protocoles. Dès lors, l'intervention du médecin généraliste pourrait venir compléter cette offre.

S'il semble tout à fait envisageable qu'un médecin généraliste puisse pratiquer un dépistage des troubles de la réfraction jusqu'à la prescription de moyens correcteurs visuels, et ce sans mettre en danger le patient, il reste de nombreuses questions en suspens pour lesquelles cette étude pourrait être approfondie.

Si l'on reste, comme suggéré dans le projet soumis, sur la base du volontariat : combien de volontaires, dans un territoire donné, faudrait-il pour améliorer, de manière non négligeable, l'accessibilité aux soins ophtalmologiques ?

Le but n'étant pas de contourner l'accès aux ophtalmologistes, mais bien de faciliter l'entrée dans la filière visuelle, il est également important, en partenariat avec les ophtalmologistes, de définir un cadre d'exercice pour les médecins généralistes : que peuvent-ils exactement faire ? Pour quelle population cible ? Dans quelles conditions ?

Si cette étude a permis de répondre positivement à la question posée, elle ne permet pas d'extrapoler cette réponse à l'ensemble des « déserts médicaux » et surtout elle ne permet pas de répondre à la question de l'utilité d'une telle mesure.

Seule une étude sur un échantillon plus étendu, et éventuellement une expérimentation dans un territoire pilote pourraient y prétendre.

BIBLIOGRAPHIE

1. DEVERS G. Orthoptistes, opticiens-lunetiers : deux décrets pour répondre aux besoins de santé. Droit, Déontologie & Soins [Internet]. Mars 2017 [cité 10 déc 2017];17(1):59-64. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658317300237>
2. COLLEGE DES OPHTALMOLOGISTES UNIVERSITAIRES DE FRANCE. Réfraction et anomalies de la réfraction. Ophtalmologie [Internet]. 4ème édition. Elsevier / Masson ; 2017. p. 39. (Les référentiels des Collèges ; vol. Chapitre 2). Disponible sur: <http://couf.fr/wp-content/uploads/2016/03/Chapitre-2.pdf>
3. SNOF. Les français et la vue. Enquête IFOP pour le SNOF. Novembre 2011
4. BOUR T. Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 [Internet]. S.N.O.F. ; 2011. Disponible sur : <http://www.snof.org/pro/observatoirevue/rapports>
5. VERGIER N, CHAPUT H, LEFEBVRE-HOANG I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? 2017;(17). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
6. DREES. Projection d'effectifs de médecins à l'horizon 2040. [Internet]. data.Dresse - Études et statistiques. 2018. Disponible sur: <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
7. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. 2018. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/>
8. DREES. Effectifs et densité des orthoptistes [Internet]. data.Dresse - Études et statistiques. 2018. Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,1036

9. COM-RUELL L, LUCAS-GABRIELLI V, PIERRE A, COLDEFY M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. IRDES [Internet]. Juin 2016;(219). Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>
10. DREES. Médecine spécialisée et second recours : dossier statistique de la DREES. [Internet]. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ; 2017. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_medecine_specialisee_second_recours_adopte_22_06_17_vf.pdf
11. CASH E, CASH R, DUPILET C, PINILO M, RICHARD T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins. DREES. Sept 2015;(N° 133).
12. SNOF. Campagne Zéro Délai en 2022 [Internet]. 2017. Disponible sur : http://www.snof.org/sites/default/files/infographie_web_SNOF_VD.pdf
13. SNOF. Reste à charge zéro en optique et accélération de la délégation de tâches : le SNOF défend une filière visuelle au service de la santé des Français. [Internet]. SNOF. 2018. Disponible sur: <http://www.snof.org/pro/viesyndicale/actualites/communiqués-de-presse>
14. MURAINÉ M, FRETE C, FRICHET J, GUEUDRY J. Mise en place du premier protocole français de délégation de tâche en ophtalmologie avec télé-médecine dans le pays de Bray en Haute-Normandie. Revue Francophone d'Orthoptie [Internet]. oct 2016 [cité 15 août 2018];9(4):234-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876220416301121>
15. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Instruction relative aux modalités de mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé concernant le bilan visuel [Internet]. DSS/1B, AFSS1514640J mai 13, 2015. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15->

07/ste_20150007_0000_0029.pdf

16. VOYNET D. Restructuration de la filière visuelle [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2015. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-008R_Filiere_visuelle_.pdf
17. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Convention nationale organisant les rapports entre les orthoptistes libéraux et l'assurance maladie. Avenant, L. 162-15 juin 24, 2017.
18. DREES. Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge. [Internet]. data.Dresse - Études et statistiques. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx?ReportId=3338>
19. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Article 51 de la LFSS [Internet]. Loi n°2017-1836 déc 30, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/2017-1836/jo/article_51
20. AWH CC, CUPPLES HP, JAVITT JC. Improved detection and referral of patients with diabetic retinopathy by primary care physicians: effectiveness of education. Archives of internal medicine. 1991;151(7):1405–1408.
21. Castro AF, Silva-Turnes JC, Gonzalez F. Evaluation of Retinal Digital Images by a General Practitioner. Telemedicine and e-Health [Internet]. Juin 2007 [cité 19 déc 2017];13(3):287-92. Disponible sur : <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/tmj.2006.0046>
22. A. CHADLI, M. KEBBOU, M.R. ABABOU, Y. EL MANSOURI, EL AMRAOUI. Dépistage de la rétinopathie diabétique par l'ophtalmoscopie : la contribution du médecin non ophtalmologiste paraît possible. Diabetes & metabolism. 2000;(26):497-9.
23. RCO. Ophtalmic Medical Practitioner [Internet]. Royal College of Ophtalmologists. Disponible sur: <https://www.rcophth.ac.uk/professional-resources/ophtalmic-medical-practitioners/>

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES OPHTALMOLOGISTES

Q1. Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

Q2. Quelle est votre tranche d'âge ?

< 40 ans

40 à 50 ans

50 à 60 ans

> 60 ans

Q3. Quel est votre type d'exercice ?

Libéral exclusif

Salarié exclusif

Mixte

Q4. En prenant le cas d'un nouveau patient sans comorbidité déclarée, dans quel délai pouvez-vous lui proposer un rendez-vous :

Moins de 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Plus de 1 an

Q5. En prenant le cas d'un patient sans comorbidité que vous avez déjà vu, dans que délai pouvez-vous lui proposer un rendez-vous de suivi :

Moins de 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Plus de 1 an

Q6. Travaillez-vous avec un ou plusieurs orthoptistes ?

Oui

Non

Q7. Pratiquez-vous la délégation de tâches aux orthoptistes, notamment en ce qui concerne les troubles de la réfraction ?

Oui
Non

Q8. Êtes-vous engagé dans un protocole d'examens réalisés à distance et secondairement interprétés par vous, et/ou dans un protocole de télé-médecine ?

Oui
Non

Q9. Êtes-vous opposé ou favorable à ce qu'un médecin généraliste formé puisse pratiquer un bilan visuel et prescrire des moyens correcteurs ?

Opposé
Favorable

Q10. Feriez-vous confiance à un bilan visuel pratiqué par un médecin généraliste formé ?

Oui
Non

Q11. Quelles conditions seraient nécessaires pour rendre cette mesure envisageable ?

Q12. Quels freins y voyez-vous ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES

Q1. Quel est votre sexe ?

Masculin
Féminin

Q2. Quelle est votre tranche d'âge ?

< 40 ans
40 à 50 ans
50 à 60 ans
> 60 ans

Q3. Quel est votre type d'exercice ?

Seul(e)
En groupe de médecins généralistes
En groupe pluridisciplinaire

Q4. Selon vous, dans votre département, l'accès à un bilan ophtalmologique pour des patients sans comorbidité, est :

Difficile

Acceptable

Bon

Q5. Vous arrive-t-il de faire des ordonnances (y compris de renouvellement) pour des moyens correcteurs visuels ?

Oui

Non

Q6. Êtes-vous confronté(e) à des patients se plaignant de troubles visuels et demandant un bilan ophtalmologique ?

Jamais

Rarement

Régulièrement

Q7. Êtes-vous en relation avec les ophtalmologues proches de votre lieu d'installation ?

Oui

Non

Q8. Seriez-vous intéressé(e) par suivre une formation en ophtalmologie ?

Oui

Non

Q9. Pensez-vous que cette pratique puisse être intégrée à celles des médecins généralistes ?

Oui

Non

Q10. Quel(s) frein(s) voyez-vous à cette pratique ?

ANNEXE 3 : QUELS SONT LES FREINS A L'INTEGRATION D'UNE TELLE PRATIQUE A CELLES DES MEDECINS GENERALISTES ?

COMMENTAIRES LIBRES

- La chirurgie - L'orthoptie - La cotation
Ne Se Prononce pas (NSP)
On ne peut pas toujours continuer à se substituer aux spécialistes, sinon il va falloir faire de même pour les psychiatres, gynécologues, dermatologues, etc....
Je pratique des FO.
Temps
Aucun, à part le temps médical, d'où la nécessité d'aide par des orthoptistes, IDE spécialisés, etc....
- Nécessité d'un équipement important et de la place pour l'installer. - Emploi du temps déjà plus que complet --> pas de place pour l'ophtalmo.
Manque de temps.
Aucune, sinon réforme des études médicales et reconnaissance en France des orthoptistes et des optométristes.
NSP
- Manque de temps. - Investissement matériel. - Les orthoptistes sont mieux formés et plus disponibles.
L'achat du matériel et le temps à y consacrer (cabinet déjà surchargé).
Manque d'information.
Déjà beaucoup trop de travail. Pas le temps !
Aucun
Le temps.
Manque de temps.
Je suis à la retraite depuis 6 ans avec cumul.
Manque de temps.
Manque de temps.
Le temps !!
Déjà trop de travail Coût du matériel pris en charge ?
Aucun
Le manque de temps et la surcharge de travail.
L'investissement dans le matériel.

Manque de temps
NSP
- Les compétences - L'opposition des ophtalmologistes.
Manque de temps. Peut-être délégué à opticiens. Ne fait pas partie des actes prioritaires pour les médecins, car alternative.
NSP
Pas assez de disponibilités. De moins en moins de médecin.
Le temps !
On ne peut plus, nous non plus, assumer correctement notre métier par manque de "bras". Bientôt il faudrait remplacer gynéco, rhumato, cardio, pneumo, neuro, psy... MAIS NOUS AUSSI N'EN POUVONS PLUS...
Le matériel.
NSP
Le matériel
- Moyens techniques nécessaires énormes. - Déjà surchargé de travail. Inutile d'en rajouter.
Disponibilité des confrères ophtalmologistes.
Le matériel.
NSP
- Matériel médical spécialisé - Manque de temps
Manque de temps Cela paraît très compliqué
La prise de notre relais.
Surcharge de travail en simple MG. Comment y rajouter une surveillance ophtalmologique ?
Le temps de ne rien faire en plus.
On a assez de travail par ailleurs. Ce n'est pas aux MG de se former pour pallier les carences de spécialistes. C'est à l'État de prendre ses responsabilités.
Temps disponible en libéral. Déjà 70h par semaine.
Dans toutes les disciplines, on demande sans cesse au médecin généraliste de compenser les différents déficits ! Est-ce notre rôle ? L'ophtalmologie n'est pas un de mes centres d'intérêt.
Pas assez de temps pour suivre les patients.
NSP
J'ai déjà assez de travail, je pense que c'est une mauvaise idée d'ajouter un examen spécifique, nécessitant un équipement à mon travail actuel et moins rassurant pour les patients.
Matériel d'examen.
Coût du matériel. Formation et manque de temps !

Il est intéressant de savoir traiter au mieux les urgences et de savoir-faire un bon examen clinique. Il n'y a aucun intérêt à aller plus loin car nous n'avons pas le matériel et surtout pas le temps !
Plannings déjà surchargés...
NSP
NSP
Manque de temps. On ne peut pas tout faire et tout bien faire.
<ul style="list-style-type: none"> - Pénurie de MG dans l'Indre. - Patients polypathologiques nombreux = avis spécialisé indispensable - Il faut éviter les retards de diagnostic en particulier chez les patients qui ne semblent pas avoir de problème au premier abord.
Le manque de temps.
Le temps
Trop de travail et doit nécessiter un investissement en matériel.
<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance - Examens difficiles cliniquement.
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps - Matériel à utiliser, entreposer.
<ul style="list-style-type: none"> - Durée de l'examen - Examen désormais réalisé par les opticiens (très pratique).
Coûts du matériel.
NSP
Il y a tellement de chose à voir. On ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Appareillage lourd.
<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de moyens techniques importants - Pratique probablement insuffisante pour être performant.
Le temps.
Les ophtalmos qui ont organisé la PENURIE.
NSP
Trop surbooké
NSP
NSP
Temps + formation + matériel.
<ul style="list-style-type: none"> - Moyens matériels - et ceci est plutôt du ressort des orthoptistes.
Déjà trop de travail...
Temps, disponibilité et limites techniques.
On ne peut pas tout faire et tout savoir. Pas du tout intéressée par l'ophtalmologie.
Manque de disponibilité.
Le manque de temps pour la formation.

En prenant en charge toutes les spécialités qui ne peuvent fournir la formation du spécialiste de médecine générale va s'allonger au fil du temps, dix ans minimum.
Le matériel. Le temps
3 ans pour former un ophtalmo réduit en quelques heures ???
Manque de temps et de matériel.
Nécessité équipement spécialisé, et connaissance en support.
Déjà trop de travail !
Investissement matériel +++ et temps non disponible en sus. Opticiens déjà en capacité de faire certains examens.
Temps. Équipements
Temps
Activité trop forte, pas le temps. Possibilité : conjonctivites, ulcérations traumatiques de cornée, contrôles simples enfants.
Nous avons déjà énormément de travail est-ce raisonnable de rajouter un examen ? Cout du matériel pris en charge ?
Le temps
Chacun son métier. Encore une façon de gérer la pénurie sans moyen, ni temps pour les généralistes déjà surchargés
Aucun
1-trop de tâches, on ne peut pas tout reporter sur les médecins généralistes. 2- pénurie de MG libéraux dans l'Indre, en aggravation
ON NE PEUT PAS ÊTRE PARTOUT !
Les médecins généralistes du département sont eux-mêmes trop sollicités pour le soin de leurs patients. Cette activité est à déléguer aux orthoptistes, études en master, en attente +++ pour travailler de façon indépendante, dans une maison de santé par exemple avec des MG, ils nous rendraient en plus des services pour notre spécialité
Déjà trop de travail, déléguer aux orthoptistes et opticiens plutôt
Le manque de temps
Pas le temps de tout faire ! rôle des opticiens ++ qui ici sont compétents et honnêtes
Le temps !
Problèmes plus importants à gérer et manque de temps
Diagnostic pouvant être délégué aux opticiens, donc non prioritaire dans une perspective d'optimisation du temps médical
OUI si rémunéré en fonction car prend du temps et déjà bcp de travail en zone déficitaire...
Pour moi l'ophtalmo est une spécialité à part et elle a besoin d'équipement
Manque de temps, consultations déjà surchargées, troubles à renvoyer chez opticiens ou orthoptistes plus souhaitable
Le temps
Manque de temps, rémunération ?

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

FAROUZ Joachim

83 pages – 25 figures – 7 illustrations

RESUME :

Introduction : Dans les déserts médicaux, les difficultés d'accès aux ophtalmologistes sont un problème de santé publique important, alors même que la majorité des français sont porteurs de corrections oculaires. Le médecin généraliste reste plus accessible. Dès lors, dans ces territoires, est-il envisageable de déléguer la prise en charge des troubles de la réfraction aux médecins généralistes après une formation complémentaire ?

Méthode : L'Indre a été choisie comme exemple pour cette étude : des questionnaires distincts ont été envoyés aux médecins généralistes et ophtalmologistes du département, puis des entretiens ont été menés auprès d'acteurs de la filière visuelle.

Résultats : 110 des 155 médecins généralistes ont répondu. 42% d'entre eux seraient intéressés par une formation en ophtalmologie et 53% seraient prêts à faire de la réfractométrie. Quatre ophtalmologistes parmi les six que compte l'Indre ont répondu. Deux d'entre eux seraient favorables à ce que les médecins généralistes pratiquent la réfractométrie et feraient confiance à leur bilan.

Discussion : La prise en charge par les médecins généralistes de la réfractométrie est possible dans les déserts médicaux, mais non sans frein : le temps, le financement de l'équipement, la rémunération, la non-détection d'autres pathologies. Par ailleurs, des solutions reposant sur la coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes sont en cours de développement.

Conclusion : Si la pratique de la réfractométrie semble envisageable en médecine générale, de nombreuses questions restent en suspens. Une étude nationale et une expérimentation seraient nécessaires afin de répondre à ces questions.

Mots clefs : Médecins Généralistes, Ophtalmologistes, Orthoptistes, Troubles de la réfraction, Désert médical, Accessibilité.

Jury :

Président du Jury : Professeur Pierre-Jean PISELLA

Directeur de Thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Docteur Philippe DESMARCHELIER

Date de soutenance : 04 Octobre 2018