

CONTRIBUTION DU SNAO AU SEGR DE LA SANTE Pilier 4

Depuis plusieurs années, **la filière visuelle connaît une tension importante** sur l'accès aux soins à l'origine de la multiplication des besoins mal ou non couverts (pathologies pédiatriques, urgences, suivi des pathologies chroniques, etc.).

Le diagnostic de cette crise renvoie à la baisse du nombre des médecins ophtalmologistes alors que la population s'accroît et vieillit, provoquant **l'augmentation de certaines pathologies chroniques**.

Compte-tenu de leur démographie, de l'ensemble de leurs activités, de leurs solides compétences, ainsi que de la compétitivité de leur nomenclature, **les orthoptistes** apparaissent comme une **solution rapide et efficace** à la « crise » de cette filière.

L'analyse de la crise Covid renforce encore plus la nécessité d'une **réorganisation systémique de toutes les coopérations de la filière et des protocoles** existants à ce jour, qu'ils s'accomplissent dans le cadre de l'exercice libéral (isolé, en MSP, en CPTS, en ESP, en équipes de ville non formalisées ...) ou dans le cadre de l'exercice salarié (au sein des cabinets d'ophtalmologie, des hôpitaux publics ou privés, du secteur médico-social ...)

La démographie des orthoptistes est encore l'une des plus faibles des professions de santé avec plus de 5000 professionnels recensés à ce jour par la Drees.

Toutefois, depuis 2015, l'arrivée de plus de 400 nouveaux diplômés par an, place les orthoptistes dans le trio de tête des professions dont la démographie progresse le plus rapidement.

Malgré un handicap de notoriété dû à cet effectif relativement réduit, **les orthoptistes ont toujours été pionniers** dans de nombreux domaines innovants :

- Première profession à avoir un acte de télémedecine inscrit à la Nomenclature
- Première profession à participer aux Protocoles de délégations de tâches articles 51
- Première profession en nombre de Protocoles articles 51 intégrés dans les soins de ville
- Première profession à être partie prenante d'un Protocole article 51 entré dans le droit commun avec une lettre clef spécifique et partagée entre 2 professions
- Première profession autorisée à partager ses honoraires avec un médecin dans le cadre d'un Protocole dérogatoire article 51
- Première profession à exercer auprès des médecins pour alléger leurs consultations et raccourcir les délais de rendez-vous ...

A ce jour, l'expertise des orthoptistes est un levier essentiel dans l'accès aux soins visuels sur la totalité du Territoire.

S'ils constituent une aide fondamentale dans les services d'ophtalmologie hospitaliers et dans les cabinets d'ophtalmologie, le cœur de métier de la profession et la majeure partie de la démographie et donc des actes pratiqués, se situent au sein des cabinets libéraux « dits de ville ».

Il s'avère dès lors indispensable d'améliorer les conditions d'accès de la population aux professionnels afin de pouvoir tirer entièrement profit de leur art et de leur expertise.

PREAMBULE :

Afin d'atteindre les objectifs d'un Ségur ambitieux, le SNAO demande d'emblée, **la suppression du terme « auxiliaires médicaux » inscrit dans le Code de la Santé Publique.**

Pour les Orthoptistes et pour tous les Praticiens de Santé, cet acte ambitieux et symbolique signerait une réelle volonté politique affichée de se diriger vers une nouvelle approche du système

Première mesure : L'accès direct à l'orthoptiste

Pour une meilleure organisation et pour une fluidité améliorée, certains patients devraient pouvoir **accéder directement à l'orthoptiste** :

- Soit parce qu'ils connaissent et reconnaissent des symptômes déjà pris en charge en orthoptie précédemment
- Soit parce qu'ils sont déjà pris en charge dans un cadre pluriprofessionnel (orthophoniste, psychomotricien, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, etc.).

Un avis orthoptique compléterait alors les diagnostics des autres praticiens et ancrerait les **coopérations interprofessionnelles** au sein d'équipes « légères » et « non administrativement formalisées » constituées autour de l'épisode de prise en charge des patients

Deuxième mesure : Prise en charge des patients physiologiques et des patients porteurs de pathologies stabilisées

A l'instar des sages-femmes, les orthoptistes devraient se voir confier **les patients physiologiques** (non porteurs de pathologies) pour un suivi au long-court, ainsi que les patients dont **la pathologie est stabilisée** depuis plusieurs années.

Ce sont **les ophtalmologistes**, eux-mêmes, qui sélectionneraient **au sein de leur patientèle**, ceux qui pourraient être **confiés à l'orthoptiste** et qui en détermineraient la durée.

Troisième mesure : Extension du recours à la télémedecine pour le télé-soin, la téléexpertise, le télé-suivi, le télédiagnostic et la télé-orientation ...

Il convient de **poursuivre la mise en place des actes de télémedecine** :

- en pérennisant **le télé-soin** en orthoptie mis en place de manière temporaire au cours de la crise sanitaire
- en étendant, sur un modèle similaire au dépistage de la rétinopathie diabétique, la **téléexpertise et le télédiagnostic** d'autres pathologies ou situations potentiellement pathologiques (DMLA, glaucome, travail sur écran...)
- en créant **le télé-suivi et la télé-orientation** afin que les orthoptistes puissent participer à une meilleure prise en charge de la population
- en permettant aux orthoptistes d'occuper « **des postes avancés** » dans des zones dépourvues de médecin

Quatrième mesure : Utilisation des logiciels d'analyses des clichés, d'aide au diagnostic, d'intelligence artificielle au cabinet de l'orthoptiste

Afin de permettre aux ophtalmologistes de gagner du temps et de se consacrer totalement à leur patientèle en demande de leur expertise, les orthoptistes devraient pouvoir faire **analyser les données** qu'ils recueillent auprès de leurs patients (clichés de la rétine, pression intra-oculaire, image OCT, pachymétrie, etc.) par des **logiciels qui classeraient les cas physiologiques et les cas potentiellement pathologiques**. Dans ce dernier cas, l'analyse serait immédiatement transmise à l'ophtalmologue.

Cinquième mesure : Favoriser tous types de dépistage : auprès des enfants, auprès des patients atteints de maladie chroniques, de neuro-dégénératives, auprès des patients victimes d'AVC, auprès de certaines « tranches d'âges » souvent délaissées ...

- Diabète
- AVC
- Sclérose en plaque
- Troubles « dys »
- Troubles d'apprentissage
- Prématuration
- Strabisme
- Amblyopie
- Examen du carnet de Santé
- Examen du 18 – 42 ans
- Examen du jeune presbyte
- Dépistage chez les personnes âgées ...

Sixième mesure : Révision de la Nomenclature (NGAP)

Il convient de **réviser et d'élargir la nomenclature** des actes d'orthoptie à l'ensemble du décret de compétences et à tous les nouveaux actes.

Septième mesure : Création d'un Master en Orthoptie et d'un CNU Orthoptie

Un master en orthoptie doit voir le jour afin d'amener tous ceux qui le désirent à poursuivre leur cursus universitaire et s'orienter vers l'enseignement et la recherche en orthoptie et surtout de desserrer le cadran trop étroit des 3 ans.

La révision de la grille de formation initiale en 2014 n'est pas allée à son terme et n'a pas autorisé l'augmentation du nombre de semestre d'études.

Les 6 semestres originels ne permettent pas l'enseignement de toutes les compétences nécessaires à l'exercice de la profession, ce qui conduit les enseignants à écarter certains items et, le plus souvent, les volets historiques de la profession : la rééducation et la réadaptation

De plus, **un CNU Orthoptie** doit être créé à l'instar du CNU en soins infirmiers afin de permettre l'émanation d'Enseignant-Chercheur spécialement dédiés à l'Orthoptie

Huitième mesure : Création d'un statut de Maître de Stage en Orthoptie dans les cabinets libéraux

Prévus dans la grille de formation initiale depuis 2014, **les stages des étudiants dans les cabinets libéraux sont très rarement effectués** et ne sont pas encadrés légalement.

Ceci entraîne un **désintérêt profond des jeunes diplômés pour l'exercice libéral** et un vieillissement inquiétant de la population des orthoptistes capables de pratiquer les actes de rééducation et de réadaptation de la population qui se trouve, à courte échéance, devant **un risque de santé publique** accru par manque de professionnels de ville avec des répercussion financières, sociales et sociétales majeures.

Un statut spécifique de **Maître de Stage en libéral**, à l'instar de ce qui existe pour les médecins généralistes, **doit être créé d'urgence**.

CONCLUSIONS :

L'orthoptie est depuis des années dans **une position stratégique au centre des préoccupations de la filière visuelle** en matière d'amélioration des délais de rendez-vous, de gestion de flux de patients, d'augmentation de capacités d'accueil, d'optimisation de l'expertise de ses professionnels et d'évolution de ses compétences.

Les propositions faites ici, dans le cadre du Ségur de la Santé, sont issues **d'une réflexion nourrie par l'expérience de pratique quotidienne de milliers de professionnels.**

L'enjeu est, à ce stade, majeur : si ces pistes d'évolution sont prises en considération, **l'évolution de la santé visuelle de la population s'en trouve, à la fois, sécurisée et améliorée.**

Dans le cas contraire, il existe une forte crainte de **dégradation progressive de la filière** avec apparition d'organisations purement commerciales s'appuyant sur des pseudos professionnels qui viendraient pallier le manque d'anticipation des Pouvoirs Publics en la matière.

NOS PROPOSITIONS :

PREAMBULE :

Suppression du terme « auxiliaires médicaux » du Code de Santé Publique

1	Accès direct
2	Prise en charge des patients physiologiques (ou pathologiques stabilisés)
3	Extension de la télé-orthoptie
4	Aide au diagnostic et à l'expertise par l'IA
5	Favoriser tous types de dépistages
6	Réviser la NGAP
7	Création d'un Master et d'un CNU Orthoptie
8	Statut du Maître de Stage en Libéral