

les Besoins en Ophtalmologistes

d'ici 2030



Académie Française d'Ophtalmologie

les Besoins en Ophtalmologistes

d'ici 2030



Académie Française d'Ophtalmologie

17 rue d'Alésia

75014 PARIS

Fax 01 44 12 23 00

**Projections
des départs**

**Besoins
en nouveaux ophtalmologistes**

**Aspects nationaux
et régionaux**

**Professions paramédicales
associées et coopérations**

Avril 2011

Travail préparé par
**la Commission Démographie
et Santé Publique du SNOF**

Rapporteur
Dr Thierry BOUR

TABLE DES MATIERES

I. Position du problème	5
II. Rappel des conclusions du rapport 2006 sur la filière visuelle	7
III. Les données démographiques actuelles des ophtalmologistes	14
1. Nombre, densité, sex-ratio	14
2. Répartition par tranches d'âge	15
3. Mode d'activité	17
4. Répartition sur le territoire et accessibilité	22
5. Prévisions officielles et évolution récente réelle	25
6. Départs en retraite	26
7. Nombre de DES en ophtalmologie formés	27
IV. Les professions associées	33
1. Les orthoptistes	33
2. Les TASO	44
3. Les opticiens-lunetiers	50
V. Combien forme-t-on d'ophtalmologistes en Europe ?	59
1. Une formation médicale peu importante en volume en France	59
2. Les densités en ophtalmologistes dans l'OCDE	61
3. Les nouveaux diplômés en ophtalmologie dans l'UE	62

VI. Quels sont les besoins de santé ?	65
1. Evolution de l'activité des ophtalmologistes	65
1.1 Evolution de l'activité ophtalmologiste libérale en France	65
1.2 La difficile évaluation de l'activité ophtalmologique salariée	75
1.3 La progression de la chirurgie ophtalmologique	77
2. Evaluation des besoins en soins pour l'avenir	80
1.1 Problèmes de l'évaluation du recours aux soins des patients pour l'avenir	80
2.2 Quelle activité en ophtalmologie vers 2025 ?	82
3. Evolution rapide de la démographie Française.....	87
VII. La filière de soins visuels : perspectives et solutions d'ici 2030	90
1. La nouvelle démographie médicale	90
2. La démographie ophtalmologique jusqu'en 2025-2030	93
2.1 Les projections nationales	93
a. Contexte général	93
b. Evolution du nombre d'ophtalmologiste encore actifs à 65 ans et plus	96
c. Projections des départs à la retraite, cessations d'activités	97
d. Les hypothèses d'entrées (nouveaux ophtalmologistes formés)	102
e. Résultats des hypothèses d'entrées	103
2.2 Les projections régionales	106
a. Situation actuelle	106
b. Estimation de la densité à atteindre et du nombre d'ophtalmologistes à former par région..	107
c. Estimation des postes d'Internes nécessaires en ophtalmologie	116
VIII. Démographie de la filière visuelle : les recommandations pour la période 2010-2030	125

I. Position du problème

La démographie médicale constitue un sujet sensible dans le développement des politiques de santé depuis une vingtaine d'années. Ceci s'est encore accru avec la perspective d'une pénurie importante de médecins à partir des années 2012-2013. Cette pénurie trouve son explication dans un relèvement trop tardif du *numerus clausus* et dans un mauvais (voire une absence de) pilotage de la répartition des postes formateurs entre les différentes spécialités et les régions. Le besoin de ne pas considérer isolément la démographie médicale, mais au contraire de la positionner en fonction des acteurs environnants (paramédicaux, industriels, distributeurs) et des bénéficiaires (malades, populations à risques), est récent : le Rapport Berland d'octobre 2002 a amorcé cette approche. Depuis, de nombreux travaux se sont penchés sur le devenir de la démographie médicale avec parfois une remise en cause importante des idées et des travaux antérieurs. Un fait marquant a été la création de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) en 2004. Il n'est plus possible de ne pas tenir compte des besoins de la population, lesquels doivent intégrer l'évolution des techniques médicales diagnostiques et thérapeutiques, et la légitime revendication de pouvoir en bénéficier pour tout un chacun. Permettre un accès aux soins équitable à l'ensemble de la population est devenu un devoir quasi régalién pour l'Etat.

L'ophtalmologie va, dans les vingt prochaines années, affronter les mêmes problèmes que le reste de la médecine, avec cependant quelques particularités. La principale est que l'ophtalmologie est en avance : en avance sur la pénurie annoncée de médecins, en avance sur l'augmentation de la demande de la part de la population, en avance sur les effets du vieillissement (accroissement rapide du nombre de cataractes par ex.), en avance sur l'énoncé des solutions et leurs expérimentations (stabilisation démographique, délégations de tâches, complémentarités avec d'autres acteurs). Une des autres particularités est que l'ophtalmologie est « maître d'œuvre » d'une véritable filière de soins, assez bien individualisée (mais pas totalement) au sein de la médecine ; certains des acteurs de cette filière n'ont que peu d'utilité en dehors d'elle. Le cas de l'ophtalmologie peut donc servir en quelque sorte d'exemple pour d'autres spécialités médicales, mais avec certaines spécificités.

En 2006, le SNOF a publié un rapport détaillé sur la filière visuelle en France ¹. On pourra s'y référer pour les aspects non purement démographiques.

¹ L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques. Dr Thierry BOUR et Christian CORRE. Avril 2006. 135p. <http://www.snof.org/accueil/filiere-visuelle.pdf>

Ce mémoire, préparé par la Commission Démographie et Santé Publique du SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France) fait suite à l'enquête démographique de 2003² qui avait permis de démontrer, contrairement à toutes les projections officielles d'alors, que le nombre d'ophtalmologistes ne risquait pas de chuter réellement avant 2013 et à celui précité de 2006 où les besoins en ophtalmologistes, aussi bien nationalement que régionalement, avaient été évalués suivant plusieurs hypothèses.

Le rapport de 2006 avait prédit une forte augmentation des Internes suite au relèvement en cours du numerus clausus et la nécessité de piloter plus finement la démographie médicale par spécialité pour éviter des pénuries dramatiques dans certaines d'entre elles, alors que d'autres seraient excédentaires. L'ophtalmologie en est la parfaite illustration, car elle a, depuis la création de l'Internat Qualifiant en 1984, beaucoup plus pâti d'une mauvaise répartition des postes au sein de la filière chirurgie que de la faiblesse du numerus clausus. La loi HPST (article 43) a reconnu qu'il fallait prévoir les besoins par spécialité et par subdivision d'internat³ et ceci par période d'au moins cinq ans.

L'objectif de ce travail est de montrer qu'il est aujourd'hui possible, nécessaire et même indispensable de revoir les flux de formation en ophtalmologie afin de limiter les conséquences de la pénurie actuelle, sans pénaliser les autres spécialités, notamment chirurgicales. Il aborde aussi les nécessaires évolutions des professions paramédicales et administratives qui entourent la spécialité.

² La démographie des ophtalmologistes français. Mythe et réalités. Dr Christian CORRE – Dr Thierry BOUR. Revue de l'Ophtalmologie Française N° 141, février 2004. p.61-107.

³ La loi HPST est téléchargeable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

II. Rappel des conclusions du rapport 2006 sur la filière visuelle

Ce Rapport¹ se terminait par cinq axes à développer d'urgence pour faire face aux besoins futurs. Ces axes intégraient non seulement les besoins en ophtalmologistes, mais également les coopérations nécessaires à développer avec les professions paramédicales et les modifications organisationnelles. Depuis, le principe de ces coopérations, après les expérimentations de l'ONDPS (auquel a participé l'ophtalmologie⁴) et les travaux de la HAS⁵, a été acté dans la loi HPST au travers de son article 51⁶. Les cinq axes sont reproduits ci-dessous. Nous avons mis en italique et entre parenthèses des commentaires sur l'état d'avancement de ces axes. On verra que certains ont été quasiment réalisés, alors que d'autres ne le sont qu'à un stade débutant. Ils semblent tous aussi pertinents qu'en 2006.

Les cinq axes principaux à développer pour faire face aux besoins légitimes de la population en soins oculaires et visuels (2006)

La situation actuelle et à venir doit amener à avancer des solutions innovantes, à l'efficacité réelle, tournant le dos aux mesures homéopathiques et apporter une souplesse nouvelle dans la prise en charge de la population pour les soins oculaires et visuels. Cela doit se faire cependant dans un cadre réglementaire et éthique qui seul permettra de maintenir les intérêts des patients et la qualité des soins. Les conflits d'intérêt doivent notamment être évités.

Ces mesures, concrètes et à mise en place rapide, doivent permettre de faire face au défi de l'augmentation des besoins liée au vieillissement de la population, lequel touchera l'ophtalmologie plus que toute autre spécialité.

⁴ Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé Y. Berland, Y. Bourgueil. ONDPS juin 2006. La Documentation Française. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000457/0000.pdf>

⁵ Délégation, transferts, nouveaux métiers, comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. St Denis la Plaine: HAS ; 2008.

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

1. Ajuster le nombre d'Internes en ophtalmologie pour atteindre une proportion de 3.5 % d'ophtalmologistes parmi les nouveaux médecins

Cette mesure aura plusieurs effets positifs, dont certains seront presque immédiatement suivis d'effets :

- **Augmentation rapide des capacités des Services d'ophtalmologie hospitaliers** pour faire face à leurs missions. Amélioration de la prise en charge des urgences et allègement de la charge pesant sur les ophtalmologistes libéraux.
- **Possibilités accrues de trouver des remplaçants en cabinets libéraux**, en sorte d'assurer la permanence des soins et d'optimiser le temps médical au contact des patients.
- **Stabilisation de la démographie**, condition indispensable pour conserver une offre de proximité, tant médicale que chirurgicale, et pour permettre la restructuration de la profession dans de bonnes conditions.

Elle doit s'accompagner de **mesures adjuvantes** comme **l'ouverture contrôlée à des médecins étrangers (20 à 40 par année)**, accompagnée éventuellement de contrats-formation à durée déterminée dans certains cas ; **l'élargissement des terrains de stages pour les Internes** (hôpitaux généraux, cliniques, possibilité de faire un semestre en cabinet sous le statut de collaborateur libéral); le **renforcement de l'enseignement et de la formation universitaire** avec création de deux DESC de type 1 en ophtalmologie (l'un dirigé prioritairement vers l'aspect médico-technique, et l'autre vers les techniques chirurgicales) ; des **échanges accrus d'Internes entre CHU**, notamment avec d'autres pays ; la **mutualisation des moyens enseignants par interrégion** en mêlant plus formation initiale et formation médicale continue ; la mise en place du **collaborateur libéral** ; le déploiement de **cabinets secondaires** en cas de besoin pour la population; l'incitation à **l'installation dans les zones déficitaires** avec l'aide des collectivités locales (primes à l'installation, déduction de certaines charges fiscales, allègement de la taxe professionnelle, maintien des plateaux techniques lourds).

L'augmentation du nombre des postes d'Internes conduirait à assumer une activité globale supplémentaire en ophtalmologie de l'ordre de 10%.

(Il s'agit sans doute de l'axe ayant le moins évolué depuis 2006, nous formons aujourd'hui une centaine d'ophtalmologistes par an, avec même une baisse vers 50 entre 2003 et 2007. Cependant, il y a un début de révolution en la matière avec la forte augmentation des effectifs aux ECN et la loi HPST. Une région très en pénurie, le Nord-Pas de Calais, a profondément modifié ses flux de formation depuis 2006 et est capable d'éviter la chute démographique en ophtalmologie. D'autres régions, au travers des missions régionales de l'ONDPS, ont manifesté la volonté de suivre cet exemple).

2. Augmenter fortement la démographie des orthoptistes par une adaptation qualitative et quantitative de leur formation, pour arriver à un nombre de 5500-6000 en 2020

Il importe à bref délai de renforcer le contingent d'étudiants en orthoptie et d'améliorer leur formation. D'où la nécessité de **créer deux «écoles» d'orthoptie supplémentaires** aux 13 existantes et de **recruter sur l'ensemble des CHU** en prévoyant des terrains de stages diversifiés comme pour les Internes (CHU, hôpitaux généraux, cabinets libéraux d'ophtalmologie et d'orthoptie sous la responsabilité de Maîtres de stages). **Les moyens enseignants doivent être mutualisés et accrus** en faisant notamment appel à la contribution de médecins libéraux et des formateurs d'autres professions paramédicales, et en recourant au télé-enseignement. La **création d'un Mastère** permettra aussi de former des enseignants, des chercheurs et des cadres en orthoptie. **L'allocation de moyens financiers suffisants** est naturellement nécessaire pour ces filières universitaires en orthoptie, qui sont actuellement le parent pauvre des formations paramédicales ; des partenariats entre la Région, l'Université, l'URCAM et le secteur privé peuvent être instaurés.

L'exercice de l'orthoptie continuera d'être libéral et salarié, mais probablement avec un renforcement important de la composante salariée qui seule permettra d'effectuer une certaine partie de l'activité orthoptique en articulation avec l'activité médicale (réfraction, tonométrie, certains examens complémentaires,...). Cette collaboration médicale-paramédicale permettra de libérer du temps médecin et d'évoluer vers des centres médicaux intégrés. **L'orthoptiste est destiné à devenir plus encore le professionnel de soins complémentaire de l'ophtalmologiste.**

A l'augmentation de productivité que permettra l'intégration d'orthoptistes aux équipes médicales (de 20 à 40% par médecin suivant les cas), s'ajoutera un effet bénéfique sur l'activité des hôpitaux : nombre de stagiaires pourront seconder les médecins hospitaliers et les Internes, lesquels prendront l'habitude de travailler avec des orthoptistes et, une fois formés, privilégieront ce mode de fonctionnement. La formation des orthoptistes devrait être intensifiée plus encore dans les zones déficitaires pour arriver à une situation où tout ophtalmologiste pourra embaucher un orthoptiste pour l'aider dans ses missions.

Les 3000 orthoptistes supplémentaires permettraient d'augmenter l'activité de soins ophtalmologiques de 15 à 20 % (soit 30 % par ophtalmologiste travaillant avec l'aide d'un orthoptiste).

(Cet axe vers les orthoptistes est en bonne voie d'accomplissement. Le nombre d'écoles formatrices est passé de 12 à 15, avec une augmentation de 135% des effectifs en quelques années. De nouvelles dispositions législatives (en 2006) et un nouveau décret (en 2007) ont augmenté le champ d'action des orthoptistes et ont précisé sa place de collaborateur privilégié de l'ophtalmologiste. Les ¾ des effectifs nouvellement diplômés se dirigent vers un travail en collaboration directe avec les ophtalmologistes. De plus en plus de cabinets et de services hospitaliers embauchent des orthoptistes. Les problèmes persistants restent le manque de moyens financiers des écoles d'orthoptie et l'équilibre financier difficile pour un cabinet d'ophtalmologie en secteur 1 en cas d'embauche d'un orthoptiste. Il faut aussi améliorer la répartition des effectifs en formation sur le territoire et la qualité de l'enseignement.)

3. Mettre en place des formations pour les autres aides de l'ophtalmologiste (les TASO) formation initiale, continue ou validation des acquis de l'expérience

Ce train de mesures est **très important pour permettre aux cabinets médicaux de s'adapter aux besoins, à l'évolution technique et aux obligations réglementaires actuelles et à venir**. Les aides concernées sont susceptibles de s'intégrer sans difficulté au sein de la Convention collective des Personnels des Cabinets médicaux (dans la catégorie «Personnel technique») et pourraient se décliner selon chaque spécialité médicale.

La formation initiale s'étendrait, par exemple, sur un an dans une école d'aides-soignants habilitée, avec une «option cabinet médical » et des modules spécifiques en fonction de la spécialité choisie, ainsi que des stages chez le praticien. Il s'agirait donc d'une autre modalité d'exercice de la profession d'aide-soignant. Une formation complémentaire et le stage correspondant permettraient secondairement de changer d'orientation (hôpital, autre spécialité médicale). D'autres types de formations confiées à d'autres opérateurs pourraient être envisagés.

Ces aides, dont le rôle se situe entre celui de la secrétaire médicale et celui de l'orthoptiste, ne se conçoivent que dans le statut de salarié, leur activité s'exerçant obligatoirement sous responsabilité médicale, comme celle des aides-soignants. Leur rôle consisterait à seconder le médecin ou l'orthoptiste dans des actes techniques en contact avec les patients, mais sans responsabilité autonome. Il serait capable de faire gagner un temps médical non négligeable, de l'ordre de 20 à 30 %. **On propose que ces aides, dans leur diversité, soient regroupés sous la dénomination de TASO (Technicien Aide-Soignant en Ophtalmologie).**

En formation continue, la fonction de TASO serait accessible à des secrétaires médicales, qui pourraient ainsi évoluer dans leur carrière, soit en changeant d'orientation, soit en cumulant les deux fonctions (ce qui est déjà partiellement le cas dans un nombre important de cabinets : 40% des ophtalmologistes se font aider pour certains examens par leur secrétaire d'après l'enquête annuelle de R. Gold⁷), mais avec une formation complémentaire et une qualification technique reconnue et contrôlée.

Cette nouvelle formation devrait rapidement avoir des effets positifs en termes d'emplois et de productivité des unités d'ophtalmologie. L'efficacité de ce type d'aides dans les cabinets médicaux, au terme d'une formation d'assez courte durée, a de longue date fait ses preuves en Allemagne et aux USA, et cela dans les spécialités les plus diverses.

Les perspectives d'emploi de TASO d'ici à 2020 se situent entre 3000 et 5000 salariés. Il permettrait globalement d'absorber une activité supplémentaire de l'ordre de 10-15 % pour l'ensemble de la spécialité, dans des conditions acceptables de surcoût économique pour les ophtalmologistes d'exercice libéral (en particulier ceux dont la Convention médicale a strictement encadré les tarifs d'honoraires).

⁷ Habitudes chirurgicales des Ophtalmologistes français fin 2003. R. Gold. Revue de l'Ophtalmologie Française N°144, oct 2004. Enquête annuelle sur questionnaire depuis 8 ans, 25% de la profession y répond. 70% des ophtalmologistes répondants déclarent se faire aider pour certains actes (surtout champ visuel, chirurgie et lentilles de contact). Les aides les plus fréquentes sont les orthoptistes (65-70%), suivis des secrétaires (40-45% suivant les années) et des infirmières (15% environ).

(Cette proposition était très innovante en 2006. Elle est sans doute la moins développée formellement aujourd'hui. Il n'y a pas encore de formation officielle de TASO, même si dans les faits, ce personnel existe. Quelques formations apparaissent pour les secrétaires. Cependant, l'idée des TASO a fait son chemin et doit se concrétiser dans les années à venir, car les besoins sont là. Le cadre le plus approprié semble être aujourd'hui le Certificat de Qualification Professionnel (CQP) permettant une formation en alternance réalisable dans les cabinets médicaux. L'ouverture de ces formations pourrait se faire en direction de trois professions déjà existantes : les secrétaires médicales ayant une certaine ancienneté en ophtalmologie, les aides-soignantes et les infirmières. S'appuyer sur des professions existantes permet de proposer des formations courtes, d'avoir du personnel rapidement opérationnel et de bénéficier de leurs compétences initiales. Pour ces professions, cela constitue une ouverture et une diversification professionnelle intéressante. Ces formations courtes, adaptées à un poste de travail ou à des prises en charge particulières complémentaires de la formation initiale, paraissent particulièrement adaptées aux nouvelles formes de coopérations prévues dans l'article 51 de la loi HPST. La mission Legmann sur l'avenir de la médecine libérale qui a rendu ses conclusions en avril 2010 a mis en avant ce type de formation :

« Pour permettre aux médecins de se recentrer sur leur métier de base, alors qu'ils doivent assumer de nombreuses tâches non médicales, il y a place pour de nouvelles professions dont les missions sont plus larges que celles de secrétaires. La gestion d'un cabinet médical s'apparente à celle d'une petite entreprise. Il faut pouvoir dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient. Il y a de nombreuses tâches qui peuvent être déléguées à un «assistant de santé» telles que des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement,...) et des tâches médico-sociales ou para médicales (questionnaires, éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico- social et sanitaire... »).

4. Amélioration de la coordination avec le secteur de l'optique par une incitation aux échanges d'informations entre ophtalmologistes et opticiens (réfraction oculaire, acuité visuelle, caractéristiques des équipements optiques)

Le renouvellement des lunettes délivrées par l'opticien directement sollicité serait pris en charge dans les conditions habituelles par l'assurance maladie et les assurances complémentaires **durant toute la durée de validité explicitement précisée sur la dernière ordonnance médicale** de verres correcteurs, cette durée de validité étant fixée en fonction du délai avant le terme duquel, sauf trouble intercurrent, un contrôle ophtalmologique systématique n'apparaît pas comme médicalement justifié.

Plusieurs préalables doivent être satisfaits en sorte que le nouveau processus préserve la qualité et la sécurité assurées par le système actuel : réalisation du nouvel équipement par un opticien diplômé (adhérent à la Convention CNAM et membre d'un réseau ophtalmologistes-opticiens pour le partage des données visuelles), suivie de l'information de l'ophtalmologiste initialement prescripteur, et sous réserve qu'il n'y ait pas eu de variation de l'acuité visuelle avec la correction indiquée par l'ordonnance (ou transmise par un dossier partagé).

La mise en œuvre de ce «circuit simplifié» est destinée à éviter les consultations trop rapprochées, redondantes, ou non médicalement justifiées par des impératifs de prévention et de dépistage. Mais sa rentabilité ne doit pas être surestimée : 30 % seulement des patients consultant en ophtalmologie le font pour un motif réfractif (lié à une correction optique et aboutissant éventuellement à la prescription de lunettes ou de lentilles de contact). 1/4 d'entre eux sont des enfants de moins de

16 ans, pour lesquels une ordonnance médicale est légalement obligatoire. En outre, parmi l'ensemble de ces patients venus chez l'ophtalmologiste «pour des lunettes», 36 % s'avèrent présenter un problème médical autre qui nécessite une prise en charge concomitante au détours de l'examen. Il en résulte que **le «circuit simplifié» ne peut bénéficier qu'à une partie des 16 % de patients restants, et concerne au demeurant des consultations parmi les moins longues.**

C'est dire que cette 4^e proposition, si elle économise des consultations superflues, ne saurait à elle seule effacer les effets néfastes de la pénurie d'ophtalmologistes, et qu'elle n'est donc à considérer que comme un appoint raisonnable aux 3 propositions précédentes, comme le montrent les exemples du Royaume-Uni ou du Canada.

Le gain en «temps libéré» pour les ophtalmologistes pourrait atteindre 5 à 10%, sous réserve que l'échange d'informations entre opticien «délivreur » et ophtalmologiste prescripteur soit simple et rapide, selon un processus clairement et loyalement défini.

(Cet axe a été mis en place au travers d'un amendement à la LFSS de 2006 et du décret des opticiens de 2007. Il n'a peut-être pas encore donné toute sa mesure. Comme prévu, les répercussions sur les délais d'attente des ophtalmologistes sont limités. Tous les opticiens ne respectent pas les termes du décret et les négociations de la Convention CNAM-opticiens sont bloquées depuis trois ans. Un référentiel est en cours d'élaboration à la HAS, il devrait sortir en avril 2011).

5. Maintien et développement des plateaux techniques et chirurgicaux ophtalmologiques, qui maintiendront un accès aux soins et aux progrès, homogène sur le territoire

Cet axe est aussi prioritaire, car la formation actuelle médico-technico-chirurgicale des ophtalmologistes – **leur champ d'activité a un triple contenu : médical, chirurgical et optique** – nécessite impérativement qu'ils puissent exercer l'ensemble de leur spécialité, et qu'ils puissent le faire sur tout le territoire français.

Il faut rappeler que les ophtalmologistes ont la particularité d'effectuer eux-mêmes la grande majorité des actes d'exploration nécessaires à leur spécialité (angiographies, échographies, biométries, tomographies par cohérence optique, ultra-biomicroscopies par US, topographies cornéennes, champs visuels, aberrométries, techniques diverses d'imagerie médicale,...), les traitements physiques (différents types de lasers : excimer, Yag, argon, diode, à colorants,...) et les actes chirurgicaux (réfractifs, cataractes, glaucomes, strabismes, paupières, orbites,...). Il s'agit d'une situation quasi unique en médecine. **Pour un cabinet d'ophtalmologie attaché à un plateau technico-chirurgical, moins de 2 % des patients ont besoin d'être adressés à un centre de référence.**

Il est donc indispensable de développer ces plateaux techniques, qui seuls permettront l'installation de nouveaux ophtalmologistes capables d'assurer une large gamme de soins de proximité. Ces plateaux techniques peuvent s'intégrer à des établissements publics (hôpitaux généraux, voire locaux, ce qui peut améliorer leur image), privés (cliniques et centres de chirurgie ambulatoire), ou être créés

de novo (centres médico-technico-chirurgicaux ophtalmologiques). Les conventions et les partenariats publics-privés doivent être facilités. Les mesures incitatives d'installation les plus efficaces seront celles qui seront axées sur ces plateaux médico-technico-chirurgicaux.

(cet axe reste tout à fait pertinent bien que la situation ait peu changé depuis 2006. Il y a eu cependant un développement des sociétés d'exercice libéral (SELARL). Une évolution pourrait venir de l'autorisation des centres dits « autonomes » (en fait indépendants des blocs chirurgicaux des établissements de santé) où serait effectué la plupart des actes chirurgicaux ophtalmologiques sous anesthésie locale et qui pourraient être rattachés à des maisons de santé ou inclus dans des pôles de santé).

Au total, l'addition des effets des cinq trains de mesures permettra d'absorber un surcroît d'activité de 40 à 50 % à l'horizon 2025-2030, tout en soutenant l'adaptation progressive des cabinets d'exercice libéral et des Services hospitaliers aux nouvelles normes imposées par la sécurité, aux nouvelles exigences nées du progrès, et aux nouveaux besoins qui s'imposent à la pratique de la spécialité.

III. Les données démographiques actuelles des ophtalmologistes

1. Nombre, densité, sex-ratio

Au 1^{er} janvier 2009⁸, il y avait, selon la DREES, 209 143 médecins en activité répartis en 101 667 omnipraticiens (48,6 %) et 107 476 spécialistes, dont **5567 ophtalmologistes (+ 112 dans les DOM)**⁹, ce qui représente 2,7 % des médecins et 5,2 % des spécialistes. L'importance de l'ophtalmologie par rapport aux autres spécialités a diminué depuis 20 ans, puisqu'en 1990, les ophtalmologistes représentaient 6,3 % des spécialistes et 3 % de l'ensemble des médecins¹⁰. **Pour le CNOM, au 01.01.2009¹¹, il y a 5215 ophtalmologistes en activité régulière** (ce qui exclut les remplaçants) **en France métropolitaine** (auxquels il faut rajouter 134 pour les DOM-TOM).

La densité médicale est de 340 médecins pour 100 000 habitants, valeur moyenne par rapport aux autres pays de l'OCDE (en 14^e position seulement contre la 3^e en 1990). **La densité des ophtalmologistes français est de : 8,8 / 100 000 h** (elle sera comparée aux autres pays dans le chapitre IV), en baisse par rapport à 2005 où elle était de 9/100 000h.

La proportion de femmes en ophtalmologie est élevée : 43,3 %. L'ophtalmologie est une spécialité plus féminisée que la moyenne (37,7 %). Le taux de féminisation est un peu différent suivant le mode d'exercice : salariés hospitaliers : 46,1 %, libéraux : 42,1 %. La féminisation est en fait un phénomène ancien; le taux maximum se trouve dans les tranches d'âge des 55-59 ans avec 49,9%. Il n'y a, a priori, pas de majoration de la féminisation à attendre à l'avenir en ophtalmologie contrairement à d'autres secteurs ; au contraire on note une nette diminution de la féminisation dans la tranche des 30-34 ans (34 %). Comme on le verra dans le tableau 31a de la DREES, la proportion de femmes est un peu plus importante en milieu hospitalier, mais la différence avec le milieu libéral reste modeste et c'est très variable suivant les régions.

⁸ DREES : Série Statistiques N° 138, octobre 2009. DREES. Les médecins – estimations au 1^{er} janvier 2009. *Daniel Sicart*.

⁹ 5591 (111 dans les DOM) au 01/01/2010. DREES : Série Statistiques N° 152, février 2011. DREES. Les médecins – estimations au 1^{er} janvier 2010. *Daniel Sicart*.

¹⁰ DREES : Série Statistiques N° 22, août 2001. DREES. Les médecins – estimations de 1984 à 2000 – séries longues. *Daniel Sicart*

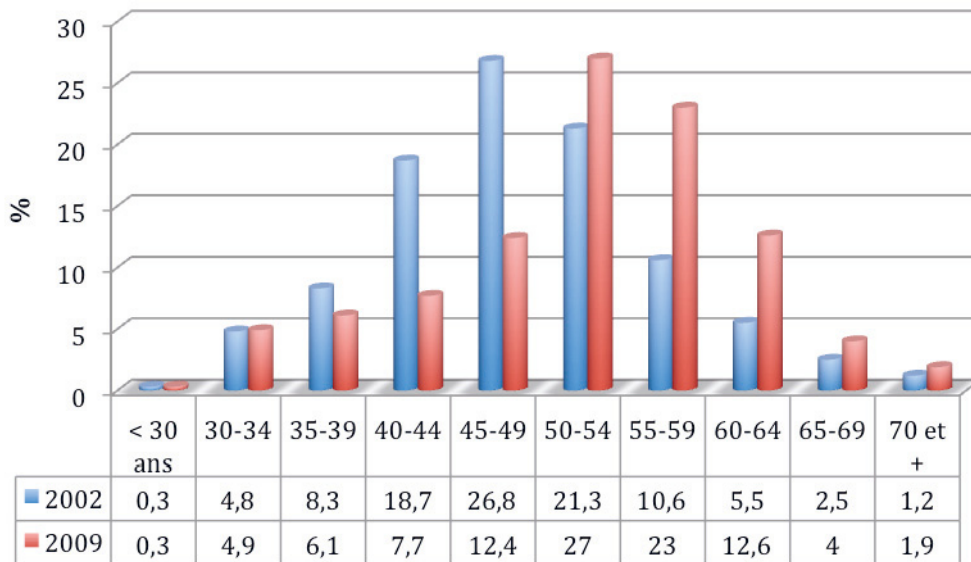
¹¹ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2009. <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>

L'ophtalmologie française (tableau 1) est sans doute la plus féminisée dans l'OCDE¹.

Pays	Taux de féminisation
France	43,2%
Canada	17,4%
Allemagne	40,2%
Italie	26,70%
Japon	35,5%
Royaume-Uni	29,6%
USA	15,30%

Tableau 1 : Féminisation en ophtalmologie dans différents pays de l'OCDE

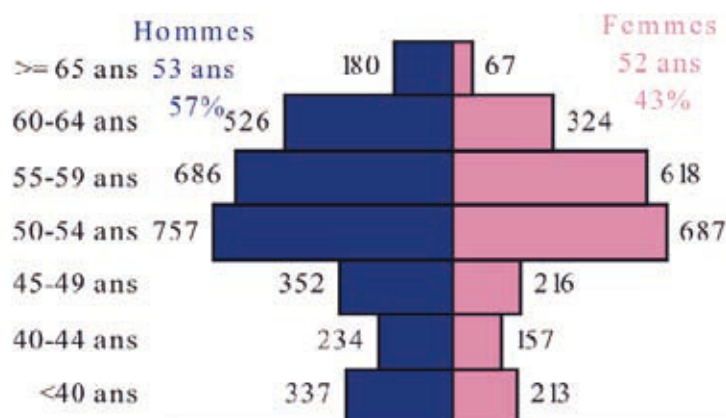
2. Répartition par tranches d'âge



Graphique 1: Evolution de la répartition par âge des ophtalmologistes

On voit (graphique 1) que le déséquilibre démographique, suivant les tranches d'âge, s'est considérablement aggravé depuis 2002, avec une très nette prédominance des ophtalmologistes de plus de 50 ans. Cela va être à l'origine de très fortes tensions dans les 15 prochaines années si l'effort actuel de formation n'est pas nettement amplifié. En effet, les moins de 50 ans ne représentent que 31% des effectifs.

D'après le CNOM¹⁰, la pyramide des âges par sexe est la suivante en 2009 (graphique 2) :



Graphique 2: Pyramide des âges en ophtalmologie (2009)

On voit, là aussi, la sous représentation dramatique des moins de 50 ans et l'insuffisance de formation de nouveaux ophtalmologistes depuis une vingtaine d'années pour assurer le renouvellement des générations.

Le tableau 31b de la Drees indique la répartition par tranche d'âge et par région au 01/01/2009. Il permet de prévoir les départs probables dans les 10-15 ans à venir par région. Certaines vont connaître des départs rapides (par ex. la Bourgogne et la Franche-Comté dont les effectifs des 60 ans et plus représentent plus de 25% des ophtalmologistes actifs).

OPHTALMOLOGIE	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	Total En %	Âge moyen
Alsace	.	5.7	8.4	7.1	9.2	28.5	23.4	11.8	2.8	2.9	100.0	51.7
Aquitaine	0.3	3.9	5.9	9.0	12.5	24.8	21.9	15.8	5.3	0.7	100.0	52.5
Auvergne	.	3.4	6.0	2.6	7.8	29.3	30.2	13.8	3.4	3.4	100.0	53.8
Basse Normandie	.	3.2	8.5	6.6	15.3	26.2	20.9	13.4	4.9	0.9	100.0	51.8
Bourgogne	1.0	5.8	4.7	5.5	13.7	17.3	22.7	20.9	6.6	1.8	100.0	53.0
Bretagne	0.5	6.1	10.0	10.4	10.0	27.7	22.1	9.5	3.7	.	100.0	50.3
Centre	0.7	4.6	5.2	11.4	8.8	28.8	26.8	10.7	2.5	0.6	100.0	51.3
Champagne Ardenne	.	.	1.5	6.9	16.4	16.4	37.0	17.8	2.7	1.4	100.0	54.8
Corse	.	13.8	12.8	.	4.3	34.1	13.6	17.1	4.3	.	100.0	50.1
Franche-Comté	.	4.7	7.5	4.5	12.1	16.7	27.2	25.8	1.5	.	100.0	52.9
Haute Normandie	1.0	2.5	4.0	13.0	10.5	26.4	23.9	12.8	4.2	1.6	100.0	52.4
Ile-de-France	0.4	4.1	4.9	7.3	12.7	27.6	23.1	11.7	4.1	4.1	100.0	52.9
Languedoc Roussillon	0.4	7.5	6.8	9.9	11.6	28.9	19.1	10.6	5.1	.	100.0	50.6
Limousin	.	9.7	1.9	4.0	7.7	30.9	26.7	13.3	5.7	.	100.0	52.4
Lorraine	0.6	3.3	5.1	7.3	13.4	33.0	17.6	12.9	4.3	2.4	100.0	52.2
Mid-Pyrénées	0.9	4.7	4.6	7.9	13.0	26.7	25.2	14.2	1.6	1.3	100.0	51.9
Nord Pas de Calais	0.5	8.6	10.6	7.6	12.9	23.3	18.8	12.5	3.2	2.0	100.0	50.3
Pays de la Loire	.	6.1	6.8	10.1	15.5	26.7	20.5	10.5	3.5	0.4	100.0	50.5
Picardie	.	3.6	8.1	5.4	13.4	30.2	22.2	13.4	2.7	1.0	100.0	51.8
Poitou-Charentes	.	4.6	8.7	12.1	12.9	25.7	21.4	12.9	1.7	.	100.0	50.6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0.2	4.7	6.4	7.0	14.5	27.2	22.4	12.6	3.6	1.6	100.0	51.8
Rhône-Alpes	0.2	4.9	5.8	6.3	11.5	27.8	25.4	12.2	5.3	0.6	100.0	52.3
France métropolitaine	0.3	4.9	6.1	7.7	12.4	27.0	23.0	12.6	4.0	1.9	100.0	52.0
D.O.M.	.	4.7	10.9	11.7	17.0	15.2	19.0	13.4	5.4	2.7	100.0	51.1
France entière	0.3	4.9	6.2	7.8	12.5	26.8	22.9	12.6	4.0	1.9	100.0	52.0

Tableau 31b : Répartition par tranche d'âge et par région

Le tableau 31c indique l'âge moyen par type d'exercice. On voit clairement que l'âge moyen est plus élevé dans les cabinets individuels (53,8 ans) contre à peine 45 ans pour l'exercice en hôpital public. Il montre également que dans les 15 ans à venir, les départs vont concerner essentiellement les libéraux qui vont perdre les 2/3 de leurs effectifs actuels contre à peine 30% pour les hospitaliers.

	Âge moyen	Effectif	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	TOTAL En %
Ophthalmologie Total médecins	52.0	5 567	0.3	4.9	6.1	7.7	12.4	27.0	23.0	12.6	4.0	1.9	100.0
Secteur d'activité													
Hôpital public	46.1	669	2.6	25.1	12.6	10.8	13.2	11.3	10.0	8.5	3.5	2.3	100.0
Hôpital privé PSPH	48.6	53	1.7	12.5	5.7	26.8	16.8	5.7	13.3	7.5	1.9	9.0	100.0
Hôpital privé non PSPH	56.1	47	.	4.2	2.1	6.3	15.0	12.6	16.0	14.5	21.1	8.1	100.0
Centre de santé	57.8	102	.	.	.	3.6	10.7	23.4	25.0	12.6	15.4	9.3	100.0
Cabinet individuel	53.8	2 213	0.0	1.6	4.8	4.8	11.5	30.7	25.5	14.2	4.6	2.4	100.0
Cabinet de groupe	52.5	1 945	.	2.2	5.2	8.3	11.9	36.5	25.1	13.1	2.9	0.7	100.0
Exercice en Société	49.8	499	.	3.2	10.0	14.0	17.8	21.8	21.8	9.8	1.2	0.4	100.0
Prévention	59.1	8	.	.	.	.	22.7	12.6	32.0	.	22.7	9.9	100.0
Etablissement social	51.8	6	.	.	15.4	.	.	44.1	26.5	14.0	.	.	100.0
Enseignement et Recherche	67.0	2	.	.	.	.	.	.	55.8	.	.	44.2	100.0
Contrôle	58.8	5	.	.	.	.	.	35.1	15.1	33.2	16.7	.	100.0
Administration	56.4	2	.	.	.	.	.	44.8	.	55.2	.	.	100.0
Autre établissement sanitaire	58.7	2	.	.	.	.	.	45.4	.	.	54.6	.	100.0
Labos et indust. de santé	52.4	4	.	.	.	.	.	100.0	.	.	.	.	100.0
Autres secteurs	58.5	8	.	12.0	.	.	.	.	33.8	31.6	11.9	10.6	100.0

Tableau 31 c : Répartition des médecins par secteur d'activité et tranche d'âge

3. Mode d'activité

D'après la DREES, au 1^{er} janvier 2009 (cf. tableau 31a ci-dessous), 84% des ophtalmologistes exerçaient essentiellement en cabinet (soit 4657) et 12% étaient temps plein dans les hôpitaux publics. Ce tableau indique aussi les effectifs par région et la proportion de femmes.

L'ophtalmologie est l'une des spécialités **les plus libérales** avec la gynéco médicale, la dermatologie et la stomatologie. Les trois spécialités les plus « hospitalières » sont la néphrologie, la médecine interne et l'hématologie (< 25% de libéraux). Il est intéressant de noter qu'en exercice libéral, moins de la moitié des ophtalmologistes exercent en cabinet individuel (2213), alors que l'exercice en cabinet de groupe ou en société (SEL+SCP) (2444) est devenu majoritaire : 52,5% (tableau 31c). En 2002¹², l'exercice individuel représentait 54%.

¹² DREES : Série Statistiques N° 44, décembre 2002. DREES. Les médecins – estimations au 1^{er} janvier 2002

OPHTALMOLOGIE	Total Métropole		Cabinet		Hôpital public		Hôpital privé PSPH non lucratif		Hôpital privé non PSPH lucratif		Autres	
	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %
Alsace	154	35.2	128	38.3	25	21.1	.	.	.	.	1	.
Aquitaine	299	33.1	278	32.7	18	38.4	.	.	1	.	2	50.2
Auvergne	116	45.8	97	44.3	18	56.2	.	.	1	.	.	.
Basse Normandie	105	41.5	89	41.6	14	47.0	.	.	1	.	1	.
Bourgogne	110	36.0	90	35.6	18	41.9	.	.	.	.	2	.
Bretagne	242	45.1	213	43.7	23	57.2	.	.	4	25.0	2	100.0
Centre	160	39.1	138	38.4	21	41.1	.	.	.	.	1	100.0
Champagne Ardenne	73	41.1	67	37.3	3	68.1	.	.	1	100.0	2	100.0
Corse	23	34.1	20	40.0	3	.	.	.	.	.	.	.
Franche-Comté	66	45.4	54	44.4	12	49.5	.	.	.	.	.	.
Haute Normandie	125	38.8	110	38.2	15	42.9	.	.	.	.	.	.
Ile-de-France	1 527	54.0	1 180	52.4	214	51.6	31	48.8	19	62.6	84	82.5
Languedoc Roussillon	256	42.5	221	40.3	26	60.8	3	66.7	1	.	5	40.4
Limousin	53	38.7	37	43.2	8	44.4	.	.	8	12.5	.	.
Lorraine	165	40.5	137	40.1	21	37.1	2	50.0	.	.	5	59.8
Midi-Pyrénées	239	44.3	210	44.3	23	40.6	1	100.0	2	.	4	75.0
Nord Pas de Calais	250	29.9	200	29.0	36	38.2	6	20.3	.	.	9	22.3
Pays de la Loire	259	37.9	227	37.0	30	47.1	.	.	1	.	1	.
Picardie	113	38.5	95	35.8	18	52.9	.	.	.	.	.	.
Poitou-Charentes	117	30.1	101	32.7	15	14.7	.	.	1	.	.	.
Provence-Alpes-Côte d'Azur	589	36.6	521	34.5	48	45.9	4	51.0	2	.	13	85.9
Rhône-Alpes	525	45.3	444	44.8	60	45.6	6	83.7	6	16.6	9	60.7
France métropolitaine	5 567	43.3	4 657	42.0	669	46.1	53	52.1	47	32.8	141	72.2
D.O.M.	112	26.0	98	26.5	14	22.3	.	.	.	.	.	.
France entière	5 679	42.9	4 755	41.7	683	45.6	53	52.1	47	32.8	141	72.2

Tableau 31a : Effectifs des médecins par région et secteur d'activité

Le tableau 31d indique le mode d'exercice suivant l'âge. L'exercice hospitalier est nettement dominant jusqu'à 34 ans pour ensuite diminuer. En 2002, dans la tranche d'âge des 30-34 ans, l'exercice libéral représentait 41% alors qu'aujourd'hui ce n'est plus que 34%, il y a donc un retard à l'installation. C'est un phénomène général que nous avons déjà souligné en 2003. Depuis, la CARMF et le CNOM ont mis aussi en exergue cette évolution vers plus de salariat. Néanmoins, dans les causes de cette désaffection pour l'exercice libéral (surtout en secteur 1), il faut souligner l'importance de la formation purement hospitalière (qui ne met pas les futurs médecins au contact de la réalité de leur futur exercice) et des faibles flux de formation depuis vingt ans qui ont naturellement conduits vers une proportion plus élevée de postes hospitaliers à la sortie des études. Les flux importants d'internes actuels et dans l'avenir vont changer la donne, puisque tous ne pourront pas continuer en hospitalier.

	Effectif	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	TOTAL En %
Ophtalmologie												
Total médecins	5 567	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Secteur d'activité												
Hôpital public	669	89.9	62.1	24.6	16.8	12.8	5.0	5.2	8.1	10.7	14.6	12.0
Hôpital privé PSPH	53	4.8	2.5	0.9	3.2	1.3	0.2	0.6	0.6	0.5	4.5	1.0
Hôpital privé non PSPH	47	.	0.7	0.3	0.7	1.0	0.4	0.6	1.0	4.6	3.6	0.9
Centre de santé	102	.	.	.	0.9	1.6	1.6	2.0	1.8	7.2	9.0	1.8
Cabinet individuel	2 213	5.2	12.9	29.5	24.6	36.8	45.2	44.2	44.6	46.3	50.8	39.7
Cabinet de groupe	1 945	.	15.5	29.8	37.6	33.4	39.5	38.2	36.1	25.9	13.2	34.9
Exercice en Société	499	.	5.9	14.6	16.2	12.9	7.2	8.5	6.8	2.7	1.9	9.0
Prévention	8	.	.	.	.	0.3	0.1	0.2	.	0.9	0.8	0.1
Etablissement social	6	.	.	0.3	.	.	0.2	0.1	0.1	.	.	0.1
Enseignement et Recherche	2	.	.	.	.	.	.	0.1	.	.	0.8	0.0
Contrôle	5	.	.	.	.	.	0.1	0.1	0.3	0.4	.	0.1
Administration	2	.	.	.	.	.	0.1	.	0.1	.	.	0.0
Autre établissement sanitaire	2	.	.	.	.	.	0.1	.	.	0.4	.	0.0
Labos et indust. de santé	4	.	.	.	.	.	0.3	.	.	.	.	0.1

Tableau 31 d : Répartition des médecins par secteur d'activité selon la tranche d'âge

Pour le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) et pour les médecins à activité régulière (tableau 82), il y avait au 01.01.2009 , 3258 ophtalmologistes libéraux exclusifs, 1399 à exercice mixte et 697 salariés temps pleins On comparant avec les chiffres de la DREES, il y aurait un peu plus de 200 ophtalmologistes à exercice non déclaré (remplaçants, en instance de choix professionnel,...), parmi ceux-ci, un certain nombre serait encore hospitaliers. Les 1399 à exercice mixte regroupent des situations diverses.

	Libéral		Libéral-Salarié		Libéral-Hosp		Lib-Sal-Hosp		Salarié		Hospitalier		Sal-Hos		Divers		Sans		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Hommes	1942	63.2%	58	1.9%	673	21.9%	86	2.8%	38	1.2%	257	8.4%	18	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3072
Femmes	1316	57.7%	72	3.2%	456	20.0%	54	2.4%	73	3.2%	274	12.0%	37	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	2282
Total	3258	60.9%	130	2.4%	1129	21.1%	140	2.6%	111	2.1%	531	9.9%	55	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	5354

Tableau 82 : Modes d'exercice en ophtalmologie

Pour l'Assurance Maladie (source SNIR¹³), au 31.12.2008, il y avait 4689 ophtalmologistes libéraux. Il y a donc une assez bonne concordance entre les trois sources sur le nombre de libéraux.

L'écrasante domination de l'exercice libéral (84%) sur l'exercice salarié doit être relativisée pour plusieurs raisons. La Drees et le CNOM recensent comme libéraux tout médecin ayant ce type

¹³ Eco-Santé France 2010 Version : avril 2010. <http://www.ecosante.fr>

d'exercice même s'il est accessoire. **1400 ophtalmologistes ont une activité mixte ; ils participent d'une façon non négligeable à l'activité hospitalière**, ainsi en Ile de France, plus des 2/3 ont une activité mixte libéral-salarié (cf. Tableau 2) ! L'apport des médecins libéraux est donc indispensable au fonctionnement des services hospitaliers. D'après le rapport du Cregas¹⁴, les vacataires attachés représenteraient 218 ETP (équivalents temps-plein) dans les établissements hospitaliers représentant 80% du PMSI. On peut donc estimer qu'ils correspondent à 270 ETP pour l'ensemble des établissements de soins. Il faut y rajouter les temps partiels qui représenteraient, d'après le même rapport, environ 150 ETP. **Les attachés + temps-partiels augmenteraient ainsi d'environ 65% le nombre d'ETP hospitaliers !** Enfin, ces statistiques ne prennent pas en compte les Internes en Ophtalmologie et les médecins étrangers hospitaliers non répertoriés en tant qu'ophtalmologistes auprès du CNOM alors qu'ils participent activement à l'activité hospitalière et qu'ils pourraient augmenter le nombre d'ETP de 350 environ. De tout ceci, il résulte que le salariat représenterait environ 1500 ETP et l'exercice libéral un peu plus de 4000 (retrait de l'activité salariée et prise en compte des mi-temps libéraux). **L'importance réelle de l'exercice salarié est donc plutôt de l'ordre de 25% et non de 16%.**

	libéraux	Libéral et salarié	Libéral et hôpital	sect privé à HI	total	densité
Paris	23%	31%	40%	5%	396	18,5
seine et Marne	42%	7%	50%	1%	76	6,3
Yvelines	35%	29%	35%	1%	135	9,9
Essone	49%	22%	28%	0%	99	8,6
Hauts de seine	26%	34%	40%	1%	148	10,3
Seine St Denis	38%	34%	26%	2%	95	6,6
Val de Marne	29%	30%	41%	1%	108	9,5
Val d'oise	29%	29%	41%	1%	80	7,2
IDF	31%	29%	38%	2%	1137	10,3
France métro	66%	10%	21%	3%	4542	7,7

Tableau 2 : Répartition en 2001 des ophtalmologistes libéraux suivant leur mode d'activité¹⁵

Situation conventionnelle des médecins libéraux

D'après les chiffres du SNIR, au 31 décembre 2008, sur les 4689 ophtalmologistes libéraux de France métropolitaine, 2140 (46 %) sont en secteur 1 avec une réelle variabilité en fonction des régions : de 26,2 % en Ile-de-France à 75,7 % en Bretagne. Le secteur 2 est devenu majoritaire depuis quelques années. Il faut y voir la conséquence des faibles effectifs formés depuis le début des années 1990 ; en effet, la plupart ont pu continuer par un post-internat qui leur a donné un accès au secteur 2. En 2002,

¹⁴ La Démographie en Ophtalmologie 2000-2020. De Pouvourville – G. Chaîne. Septembre 2003. Conseil Scientifique de la CNAMTS. p.18. Visible sur <http://www.lestroiso.org/doc/index.htm>

¹⁵ IRIS Conseil Santé – Etude sur l'Ophtalmologie en Ile-de-France. 2003. <http://www.iris-conseil-sante.com>.

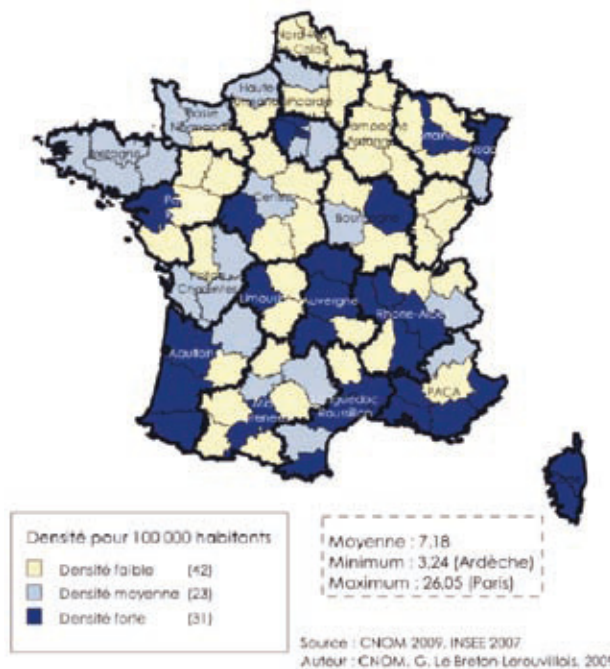
il n'y avait que 48,7% de secteur 2. Les conventionnés avec DP ont quasiment disparu. Les exercices hors convention sont croissants (une quarantaine).

	Effectif total	Effectif secteur 1	Pourcentage secteur 1	Effectif secteur 2
Alsace	135	59	43,7	76
Aquitaine	274	126	46,0	147
Auvergne	98	50	51,0	48
Basse-Normandie	93	63	67,7	27
Bourgogne	96	42	43,8	53
Bretagne	210	159	75,7	51
Centre	145	75	51,7	70
Champagne-Ardenne	68	42	61,8	24
Corse	21	8	38,1	13
Franche-Comté	63	28	44,4	33
Haute-Normandie	113	67	59,3	46
Ile de France	1148	301	26,2	826
Languedoc-Roussillon	214	121	56,5	93
Limousin	46	28	60,9	17
Lorraine	141	88	62,4	49
Midi-Pyrénées	208	142	68,3	65
Nord-Pas-de-Calais	201	120	59,7	77
Pays-de-Loire	236	130	55,1	105
Picardie	103	45	43,7	56
Poitou-Charentes	108	48	44,4	58
Provence-Alpes-Côte d'Azur	521	213	40,9	308
Rhône-Alpes	447	185	41,4	261
Total France métropolitaine	4689	2140	45,6	2503
Dom	97	67	69,1	26

Tableau 3 : Effectifs des ophtalmologistes libéraux et répartition entre les secteurs conventionnels au 31 décembre 2008 en France (source SNIR)

4. Répartition sur le territoire et accessibilité

La carte ci-dessous (graphique 3) du CNOM indique la répartition par département :



Graphique 3 : Densité des médecins spécialistes en ophtalmologie

Les comparaisons entre densités départementales sont d'un intérêt limité, certains départements étant très ruraux, peu peuplés et dépourvus de ville importante et à l'opposé Paris constitue un cas très particulier (capitale, plus grosse ville du pays et département confondu avec la ville). La surdensité dans certains départements s'explique souvent par la présence de villes importantes et universitaires. Il est cependant bien sûr nécessaire, pour assurer un accès satisfaisant aux soins de l'ensemble de la population, d'améliorer la répartition à l'intérieur de chaque région.

La région paraît un bien meilleur indicateur, de plus, elle est centrée en général par un CHU dont est originaire la majorité des ophtalmologistes exerçants. Les variations par rapport à la moyenne (9/100 000h) ne sont plus alors que de -40 % à + 48 %. (cf. tableau 8).

Densité des ophtalmologistes pour 100 000 habitants Répartition par région au 1 ^{er} janvier 2009 (DREES)			
	Densité		Densité
Champagne-Ardenne	5,5	Limousin	7,2
Nord Pas de Calais	6,2	Bretagne	7,7
Picardie	5,9	Alsace	8,4
Franche-Comté	5,7	Auvergne	8,7
Bourgogne	6,7	Rhône Alpes	8,6
Centre	6,3	Corse	7,6
Basse-Normandie	7,2	Midi Pyrénées	8,4
Poitou-Charentes	6,7	Aquitaine	9,4
Haute-Normandie	6,9	Languedoc-Roussillon	9,9
Pays de Loire	7,4	PACA	12,0
Lorraine	7,1	Ile de France	13,1

Tableau 4 : Densité des ophtalmologistes

Ces disparités régionales expliquent en grande partie les problèmes de délais d'attente dans certaines régions. Ainsi, il semble qu'**avec le mode de fonctionnement actuel des ophtalmologistes, il n'y a pas d'attente notable lorsque la densité est supérieure ou égale à 10** (3 régions en y incluant le Languedoc-Roussillon), qu'elle est acceptable pour une densité de 8 à 10 (5 régions) et **très importante en-dessous de 8** (14 régions). Sans nier les différences entre régions, **il est difficile de prétendre que les ophtalmologistes sont très mal répartis entre elles, car seulement deux régions sont vraiment excédentaires et cela ne concerne que 6-7% des ophtalmologistes**. Pour la DREES (Etudes et Résultats N°83), les ophtalmologistes ne sont pas plus mal répartis que les autres spécialistes et d'après la CNAM, il n'y a pas d'augmentation des disparités de densité depuis 11 ans pour les spécialistes (Point stat N°34, Ameli.fr). Nous avons montré dans le rapport de 2006 que les écarts de densités entre régions étaient moins importants que dans la plupart des autres spécialités. Plusieurs études récentes (Rapport de l'ONDPS 2008-2009 Tome 3, Mission Legmann 2010) ont clairement indiqué que ce serait une erreur de se focaliser sur les différences actuelles entre régions, car les flux de départs dans les régions actuellement sur-dotées vont être très importants dans les 15 ans et que ces régions risquent d'être sous la moyenne nationale s'il n'y a pas de correctifs. Il faut donc se fixer des objectifs pour l'avenir en tenant compte des évolutions de la population par région et de l'inertie de la formation.

En vérité, les limites territoriales administratives sont plutôt mal adaptées pour étudier la répartition des médecins spécialistes, les patients n'arrêtant pas leurs déplacements aux limites d'un canton, d'un arrondissement ou d'un département. Les spécialistes s'installent préférentiellement sur des pôles urbains leur offrant la possibilité d'exercer l'ensemble de leur spécialité et de s'articuler avec d'autres spécialités. Les patients se dirigent aussi préférentiellement vers ces pôles urbains qu'ils fréquentent

aussi pour beaucoup d'autres raisons. Il y a une sorte d'effet de « masse critique » de l'agglomération. Il faudrait raisonner en terme de zone d'attraction de ces centres urbains.

Unité urbaine	< 20 000 h	De 20 000 à < 100 000 h	De 100 000 à 2 M	Agglom. parisienne
% des ophtalmos	12,5%	19,7%	41,7%	26 %

Tableau 5 : Répartition des ophtalmologistes suivant les unités urbaines.(Drees 2009)

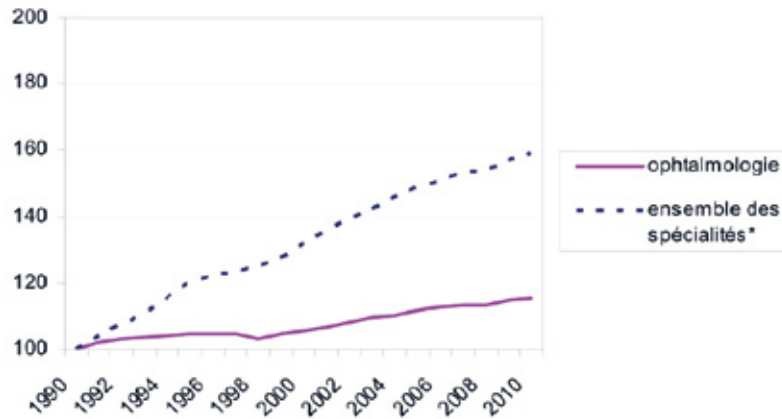
Il n'y a qu'un tiers des ophtalmologistes exerçant dans des unités urbaines de moins de 100 000 h. Il faut cependant garder en mémoire que si la densité médicale actuelle est la densité la plus importante que la France n'ait jamais connue (mais les besoins n'ont jamais non plus été aussi importants), **la répartition entre les villes et les campagnes n'a jamais été aussi bonne grâce à la poussée démographique des années 80.** D'après le rapport du CNOM du 14 juin 2003 (Dr Patrick BOUET) « Liberté d'installation, liberté d'exercice, Quelle médecine pour quels médecins ? » : la progression de la densité dans les régions à faible taux a été de 30 à 40% depuis 1985 pour une augmentation de 20% dans les régions à fort taux de densité. D'autre part, tout département a au moins un service d'ophtalmologie public et une clinique où on pratique des interventions chirurgicales ophtalmologiques.

Les moyens de communication n'ont jamais été aussi développés entre patients et médecins (routes, automobiles, transports en commun, téléphone, fax, e-mail). Si l'on excepte quelques zones rurales limitées et semi-désertiques dans les Alpes du sud près de la frontière italienne, dans le massif central (Lozère), en Champagne ou dans le Limousin, il est très difficile de trouver en France 2 ophtalmologistes distants de plus de 60 kms, ce qui paraît acceptable vu qu'il n'y a pas d'urgence vitale dans cette spécialité. Il n'y a pas de désert ophtalmologique aujourd'hui (ils existent par contre aux USA, au Canada et dans une certaine mesure au Royaume-Uni) ; il faut parcourir une moins grande distance aujourd'hui pour voir un ophtalmologiste que pour accoucher. A l'avenir, **il conviendrait de différencier l'inégalité de répartition entre régions**, corrigible par des mesures comme une augmentation différentielle des postes formateurs suivant la densité des régions et la mise en place d'ancrage dans la région d'origine ; **et d'autre part, les inégalités intra-régionales**, liées essentiellement à une inégalité de répartition des unités urbaines qui s'accompagnent d'un regroupement des plateaux techniques, des hôpitaux et des cliniques sur celles-ci. Une meilleure répartition intra-régionale nécessiterait la conservation ou l'amélioration du maillage en sites techniques interventionnels afin que les ophtalmologistes (spécialistes médico-chirurgicaux) puissent y exercer l'ensemble de leurs compétences.

Par ailleurs, il est fortement souhaitable de mieux répartir les postes d'internes formateurs sur l'ensemble du territoire de chaque région, en tenant compte des capacités de formation des hôpitaux généraux et du privé (comme le prévoit la loi HPST). La formation pratique actuelle reste trop centrée sur les CHU, ce qui incite ensuite naturellement les nouveaux ophtalmologistes à s'installer près des centres qu'ils ont connus durant leur formation.

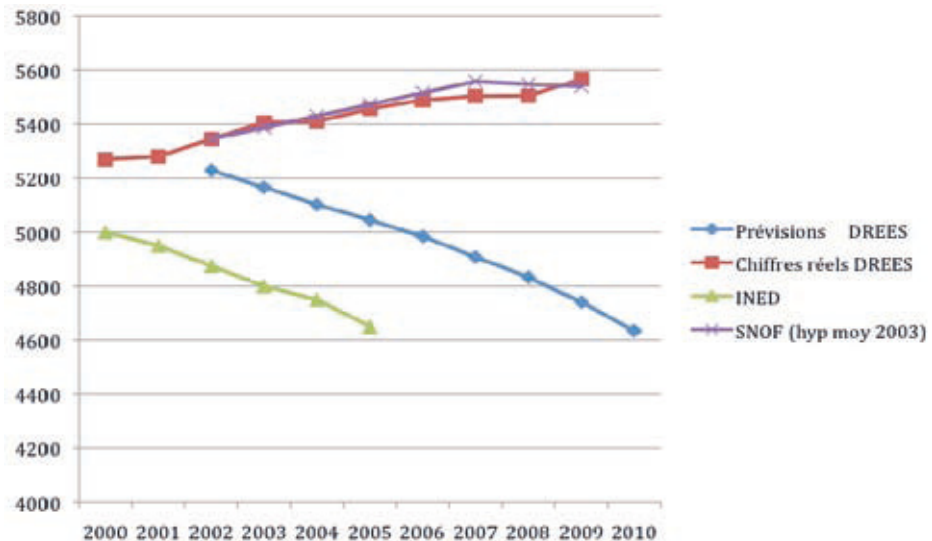
5.Prévisions officielles et évolution récente réelle

La situation de l’ophtalmologie est originale depuis une quinzaine d’années car son évolution se fait à démographie quasi-constante, contrairement à de nombreuses autres spécialités qui continuent de croître (cf. graphique 4).



Graphique 4 : Evolution comparée des effectifs (base 100 en 1990) « source DREES »

Les prévisions faites par l’INED (1999)¹⁶ et la DREES (2002)¹⁷ se sont révélées totalement erronées pour l’ophtalmologie.



Graphique 5 : Evolutions prévisionnelles des effectifs en ophtalmologie suivant la Drees (2002), l’INED (1999) et le SNOF (2003) + chiffres réels (Drees). France métropolitaine

¹⁶ La démographie des ophtalmologistes français. Mythe et réalités. Dr Christian CORRE – Dr Thierry BOUR. . Revue de l’Ophtalmologie Française N° 141, février 2004. p.61-107.

¹⁷ Série Statistiques N° 30, février 2002. DREES. Projections médecins 2002-2020 – hypothèse *numerus clausus* 4700 et 1 843 postes d’internes. Daniel Sicart

Le graphique 5 présente :

- les chiffres prévisionnels établis par la DREES intitulés « Projections médecins 2002-2020, hypothèse numerus clausus 4700 et 1843 postes d'internes » et ceux de l'INED (d'après le graphique de S.Pontone).
- **les chiffres réels publiés par la même DREES ces dernières années.** Ils concernent la France métropolitaine.
- **les chiffres prévisionnels du SNOF d'après** une hypothèse moyenne émise en 2003¹⁵.

On voit que l'écart avec les prévisions de la DREES n'a fait que de s'amplifier depuis 2001 (1000 ophtalmologistes !) mais que **les chiffres réels de la DREES et prévisionnels du SNOF sont concordants.** Il y a donc eu une faillite complète des prévisions des organismes officiels liée à des hypothèses erronées sur les entrées, les sorties et le numerus clausus¹⁵. En revanche, nos prévisions ont suivi de très près la réalité.

6. Départs en retraite et MICA

- CARMF (Caisse Autonome des Médecins Français)

La CARMF (89 % des ophtalmologistes cotisent à la CARMF) ne tient pas de statistiques par spécialité pour les départs à la retraite tous les ans. Elle possède par ailleurs un fichier détaillé de ses cotisants par année de naissance et par spécialité. Ce fichier a été utilisé pour certaines des projections.

Voici les chiffres de cessation définitive d'activité libérale entre 2001 et 2004 :

année	nombre
2001	50
2002	60
2003	72
2004	64

Tableau 6

Pour avoir une estimation totale incluant aussi les salariés, il faut rajouter environ 8 à 10 % à ces chiffres. Les départs en retraite ont été donc compris entre 60 et 80 par année entre 2001 et 2004. Pour avoir le nombre total de cessations d'activités, il faut additionner aussi les décès en cours d'activité, les cessations d'activité volontaires ou non et le MICA.

Après 2004, on peut estimer les départs en fonction du nombre de cotisants atteignant 65 ans dans l'année. Cela correspond à **70-80 par année jusqu'en 2009.** Selon le CNOM, il y a eu 73 radiations en 2008.

- **Le MICA** (pré-retraite) a été fermé définitivement au 1er octobre 2003. Il avait envoyé 206 ophtalmologistes libéraux en pré-retraite entre 1997 et 2003.

Au total, ces dernières années, le nombre total de cessations d'activité a été de l'ordre de 80 par année avec un pic important en 2003 (130), dernière année du MICA.

Les projections de départ en retraite seront étudiées dans la suite du rapport. L'augmentation des départs en retraite sera à l'avenir d'une toute autre ampleur.

7. Nombre de DES en ophtalmologie formés

Le Tableau 12 indique la répartition des nouveaux ophtalmologistes formés par année et interrégion entre 1990 et 2003. Le suivant, lui, donne les chiffres par faculté de médecine.

Ces chiffres avaient été colligés pour le rapport précédent de 2006 en interrogeant directement les services de scolarité des facultés de médecine (service du 3^è cycle) et l'AUFEMO, association réunissant les services de scolarité des facultés de médecine. Ils sont donc les plus fiables disponibles.

Dans l'ensemble, il n'y a pas de variation importante sur la durée, la moyenne étant de 78 ophtalmologistes / année. Ce qui permettait de compenser les départs, mais pas d'augmenter la démographie. Il n'en reste pas moins **qu'entre 1990 et 2000, la profession a enregistré un déficit de plus de 600 ophtalmologistes par rapport au nombre théorique qu'elle était en droit d'attendre avec le numerus clausus existant !** On peut penser qu'avec ce chiffre supplémentaire, il n'y aurait pas de délais d'attente notable actuellement.

Année	Nord-Est	Nord-Ouest	Rhône-Alpes.	Ouest	Sud-ouest	Sud-est	Ile-de-France	Total / année
1990	7	9	4	9	10	9	16	64
1991	10	8	12	14	11	10	7	72
1992	14	9	9	13	13	8	14	80
1993	12	13	9	11	8	13	17	83
1994	14	13	0	12	14	14	17	84
1995	12	6	12	13	9	9	23	84
1996	9	10	8	12	8	12	19	78
1997	12	9	6	9	8	8	18	70
1998	10	6	7	9	10	9	33	84
1999	6	15	10	18	11	6	18	84
2000	14	12	7	15	8	6	24	86
2001	6	7	7	8	7	12	17	64
2002	14	15	9	7	10	6	14	75
2003	5	9	7	13	7	10	16	67
Total / région	145	141	107	163	134	132	253	1075
moy./ région / an	10,4	10,1	7,6	11,6	9,6	9,4	18,1	

Tableau 12 : Nombre de DES d'ophtalmologie par interrégion

Le Tableau 7 expose le nombre de DES validés par CHU entre 1990 et 2003.

FACULTÉS MÉDECINE	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	TOTAL	total fac. / 1011
AMIENS	1	0	4	2	2	2	3	0	0	3	2	4	0	23	2,27%
ANGERS	1	1	2	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	16	1,58%
BESANÇON	1	3	4	4	1	2	3	1	0	3	0	1	2	25	2,47%
BORDEAUX II	0	5	4	7	6	1	4	5	4	2	4	3	4	49	4,85%
BREST	0	5	1	3	1	3	2	3	2	1	0	3	2	26	2,57%
CAEN	0	0	1	2	0	2	0	2	2	2	1	1	2	15	1,48%
CLERMONT-FERRAND	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	29	2,87%
DIJON	1	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	20	1,98%
GRENOBLE	3	3	3	0	3	2	2	1	2	1	2	3	1	26	2,57%
LILLE II	5	6	6	5	4	3	3	3	11	4	4	8	5	67	6,63%
LIMOGES	1	2	1	1	0	1	2	0	1	1	0	2	0	12	1,19%
LYON	7	6	5	0	6	6	2	5	7	5	4	5	5	63	6,23%
MARSEILLE	6	4	8	9	6	6	5	5	3	1	8	3	4	68	6,73%
MONTPELLIER-NIMES	2	3	2	3	2	4	2	3	0	4	2	3	3	33	3,26%
NANCY	3	3	4	4	1	3	3	4	3	4	2	3	0	37	3,66%
NANTES	2	4	1	5	2	1	2	1	4	1	1	0	2	26	2,57%
NICE	2	1	3	2	1	2	1	1	3	1	2	0	3	22	2,18%
PARIS-COCHIN	0	1	4	2	5	0	4	3	2	1	1	0	1	24	2,37%
PARIS-NECKER	1	4	3	0	8	2	1	4	1	3	4	1	2	34	3,36%
PARI S-OUEST IDF	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	7	0,69%
PARIS-BROUSSAIS	3	0	1	4	3	3	7	9	5	6	2	2	3	48	4,75%
PARIS-SALPETRIERE	1	3	0	5	1	1	2	1	0	2	4	0	3	23	2,27%
PARIS-SANTOINE	0	2	3	1	3	3	1	8	2	5	0	2	0	30	2,97%
PARIS-LARIBOISIERE	1	2	1	1	2	1	0	1	4	3	4	8	2	30	2,97%
PARIS-BICHAT	0	0	0	0	0	1	0	3	2	2	0	0	4	12	1,19%
PARIS SUD-K.B.	0	1	1	1	0	1	1	3	0	1	2	0	1	12	1,19%
PARIS-CRETEIL	0	0	4	3	0	3	0	1	1	0	0	1	0	13	1,29%
PARIS-BOBIGNY	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4	0,40%
POITIERS	3	0	3	0	3	0	1	0	6	3	2	2	1	24	2,37%
REIMS	2	4	1	1	4	0	2	2	1	2	0	3	0	22	2,18%
RENNES	4	1	2	2	2	3	2	2	3	4	2	0	3	30	2,97%
ROUEN	2	3	2	4	0	3	3	1	2	3	0	2	2	27	2,67%
SAINT-ETIENNE	2	0	1	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	14	1,38%
STRASBOURG	3	2	1	4	3	3	2	2	1	4	2	5	2	34	3,36%
TOULOUSE	7	4	1	4	1	4	0	3	4	2	1	3	0	34	3,36%
TOURS	4	2	2	2	4	4	1	1	2	5	1	1	3	32	3,17%
TOTAL (Nombre)	72	80	83	84	84	78	70	84	84	86	64	75	67	1011	100%
TOTAL (%)	7,12%	7,91%	8,21%	8,31%	8,31%	7,72%	6,92%	8,31%	8,31%	8,51%	6,33%	7,42%	6,63%	100%	

Tableau 7 : Diplômes d'ophtalmologie délivrés de 1990 à 2003

Une nouvelle étude (tableau 8) a été effectuée en 2008 avec la même méthodologie, elle a montré une chute importante des nouveaux diplômés avec une moyenne tombée à 55 par année entre 2003 et 2007 !

Année	2003	2004	2005	2006	2007	Total / région	moy./région/an	baisse / 1990-2003
Nord-Est	5	12	2	9	4	32	6,4	38%
Nord-Ouest	12	11	5	12	9	49	9,8	3%
Rhône-Alpes.	6	5	3	5	9	28	5,6	26%
Ouest	13	6	9	6	10	44	8,8	24%
Sud-ouest	7	10	4	9	6	36	7,2	25%
Sud-est	8	5	3	8	5	29	5,8	38%
Ile-de-France	16	8	10	10	11	55	11	39%
Total / année	67	57	36	59	54	273	54,6	30%

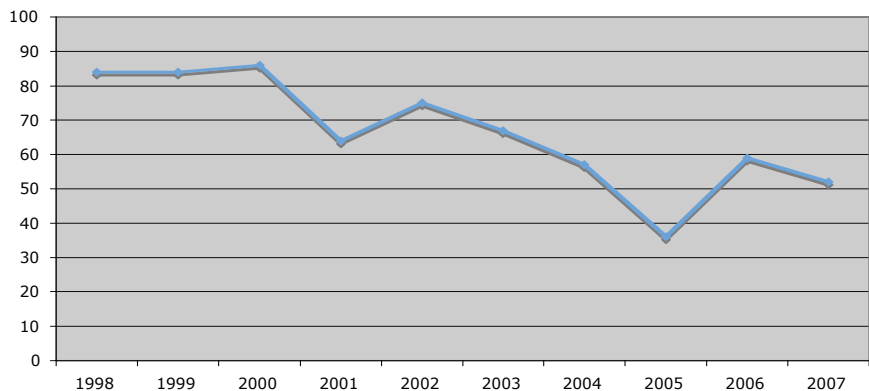
Tableau 8 : Nombre de DES validés en ophtalmologie de 2003 à 2007 par interrégion

Le chiffre de 36 en 2005 est historique, car il faut remonter avant les années 1960 pour trouver des effectifs aussi faibles... On pourrait bien sûr y voir la conséquence du numerus clausus auquel ont été soumis ces étudiants, puisqu'il n'était que de 3600 environ, ou encore l'effet du passage du DES de 4 à 5 ans à partir de novembre 2001. C'est en partie vrai, mais cela n'explique pas tout, car 271 ophtalmologistes formés en 5 ans ne représentent que 1,5 % du numerus clausus initial et le passage à 5 ans de la spécialité n'a pu affecter que l'année 2005. Il y a bien eu un recul.

FACULTES DE MEDECINE	DES en ophtalmologie délivrés durant les années ...					inscrits au DES en 2008
	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	
AMIENS	3	0	1	4	3	8
ANGERS	2	0	1	1	0	5
BESANCON	2	2	1	2	0	7
BORDEAUX	4	4	3	4	3	17
BREST	2	2	0	0	3	4
CAEN	1	2	1	0	0	7
CLERMONT-FERRAND	3	2	0	2	2	6
DIJON	1	1	0	2	2	6
GRENOBLE	1	0	1	1	1	9
LILLE	5	7	2	7	5	24
LIMOGES	0	1	0	1	1	7
LYON	5	4	2	1	7	14
MARSEILLE	4	1	3	4	3	18
MONTPELLIER-NIMES	1	2	0	3	1	12
NANCY	0	5	1	1	2	12
NANTES	2	1	2	1	2	5
NICE	3	2	0	1	1	7
PARIS V	6	1	1	2	4	11
PARIS VI	3	1	4	1	1	7
PARIS VII	6	1	1	5	5	29
PARIS XI	1	0	0	1	0	4
PARIS XII (Créteil)	0	2	1	1	0	5
PARIS XIII	0	2	1	0	1	1
POITIERS	1	2	2	3	2	8
REIMS	0	2	0	3	0	8
RENNES	3	0	2	0	2	8
ROUEN	3	2	1	1	1	7
SAINT-ETIENNE	0	1	0	3	1	5
STRASBOURG	2	2	0	1	0	7
TOULOUSE	0	3	1	2	0	16
TOURS	3	1	2	1	1	3
VERSAILLES (Paris-Ouest)	0	1	2	0	0	3
TOTAL	67	57	36	59	54	290
			total 2003-2007		273	
			moyenne / année		54,6	

Tableau 9 : DES validés par faculté de médecine de 2003 à 2007

Par interrégion, on retrouve le même recul global (30 %) avec toutefois des écarts importants. Seule la région Nord-Ouest (Normandie, Picardie et Nord-Pas-de-Calais) a réussi à maintenir les effectifs formés sur la période. La pire étant l'interrégion Nord-Est avec une baisse de 38 %, ce qui est dramatique car elle comprend, hormis l'Alsace, des régions déjà en forte pénurie. Mais les reculs du Sud-Est ou de l'Île-de-France, ne sont guère plus encourageants, en effet, leur démographie à venir est aussi très préoccupante (nombreux départs avec une population en forte augmentation et vieillissante).



Graphique 6 : Evolution des nouveaux D.E.S. en ophtalmologie entre 1998 et 2007

Les perspectives proches pour les nouveaux ophtalmologistes

Notre enquête a colligé aussi le nombre d'Internes inscrits au D.E.S.
Ces données sont sur le tableau 10 :

FACULTES DE MEDECINE	Inscrits au DES en 2008
AMIENS	8
ANGERS	5
BESANCON	7
BORDEAUX	17
BREST	4
CAEN	7
CLERMONT-FERRAND	6
DIJON	6
GRENOBLE	9
LILLE	24
LIMOGES	7
LYON	14
MARSEILLE	18
MONTPELLIER-NIMES	12
NANCY	12
NANTES	5
NICE	7

FACULTES DE MEDECINE	Inscrits au DES en 2008
PARIS V	11
PARIS VI	7
PARIS VII	29
PARIS XI	4
PARIS XII (Créteil)	5
PARIS XIII	1
POITIERS	8
REIMS	8
RENNES	8
ROUEN	7
SAINT-ETIENNE	5
STRASBOURG	7
TOULOUSE	16
TOURS	3
VERSAILLES (Paris-Ouest)	3
TOTAL	290

Tableau 10 : Internes inscrits définitivement au DES en 2008

Ces données comprennent essentiellement des Internes en 3^e, 4^e et 5^e année d'internat. 17 facultés de Médecine sur 32 nous ont communiqué la répartition de ces inscrits par année d'internat. Ceux-ci représentaient les 2/3 des inscrits au D.E.S. sur la France. 87 % sont en 3^e, 4^e ou 5^e année d'internat. En extrapolant ces chiffres, on peut estimer qu'environ 250 nouveaux ophtalmologistes devaient sortir en 2008-2009-2010, soit **près de 84 par année**. Il y a donc une **remontée du chiffre de D.E.S. qui rejoint le niveau des années 1990**. Il n'y a cependant pas lieu de se réjouir de cette situation, car ce chiffre de 84 ophtalmologistes par année est déconnecté :

- des besoins à venir.
- de l'effort de formation réalisé par nos voisins.
- des départs en retraite qui vont se produire ces prochaines années.

L'ONDPS a également fait une enquête sur les inscrits au DES¹⁸. Il a trouvé en 2007-2008, 279 inscrits et 276 en 2008-2009, des chiffres similaires donc, mais un peu inférieurs.

L'examen de l'European Board of Ophthalmology (EBO)

Le COUF (Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France) a décidé en 2005 que chaque interne devait passer l'examen de l'EBO lors de sa dernière année de formation. Si le passage de l'examen fait partie des critères de validation de fin de cursus, la réussite de ce diplôme, qui reste recommandée, n'est cependant pas nécessaire à la validation du DES. Le nombre d'internes passant l'EBO est donc un bon reflet des nouveaux DES. Il peut cependant y avoir un léger décalage avec les chiffres des facultés de médecine en raison de certaines particularités de cursus (grossesse, année sabbatique, arrêt temporaire,...).

Voici les chiffres de ces dernières années :

2006 : 52 Internes

2007 : 61 Internes

2008 : 85 Internes

2009 : 84 Internes

2010 : 109 Internes

Ces chiffres confirment la remontée depuis 2008.

- Autres : Médecins à diplôme étrangers

En 2007, le CNOM a fait une étude pour faire le point sur cette question

Ils représentaient 3 % des ophtalmologistes inscrits au Tableau de l'Ordre. Ils étaient 183, répartis en : 50 % d'européens et 1/3 originaire d'Afrique du Nord.

Ils se sont installés essentiellement en Ile-de-France – PACA – Nord-PDC – Pays-de-Loire.

¹⁸ Le renouvellement des effectifs médicaux. Tome 3. Rapport 2008-2009, ONDPS

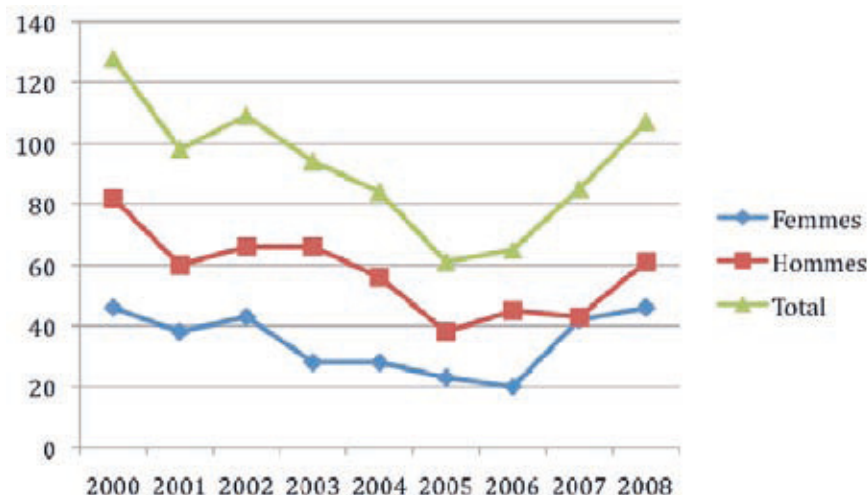
En 2003, ils étaient 162 (soit +13% en 4 ans).

Un nouveau dispositif de recrutement de spécialistes étrangers à diplôme hors Union Européenne (PAE) est entré en application en 2005. 13 ont été validés en 2007, 10 en 2008, 13 en 2009 et 17 en 2010.

Il faut cependant rajouter depuis 2-3 ans une forte poussée de médecins roumains, notamment dans l'Est de la France et dans l'Ouest. Actuellement, le chiffre réel de médecins étrangers inscrits au CNOM et ayant une activité régulière semble être de l'ordre de 250. Cette poussée risque cependant de s'estomper dans quelques années (retours dans le pays d'origine, réservoir limité, volonté affichée par certains pays de retenir leurs médecins...).

En définitive, pour avoir le nombre total de nouveaux ophtalmologistes, il faut additionner les DES et les ophtalmologistes étrangers (UE et hors UE validés).

Le graphique 7 indique les premières inscriptions au CNOM depuis 2000. On voit qu'il y a un parallélisme avec la courbe des nouveaux diplômés, mais qu'elle est plus haute : le différentiel correspond à l'apport des étrangers. Ce sont eux qui ont permis d'éviter la chute démographique ces dernières années. Là aussi, il y a une nette remontée en 2008, mais globalement, on reste au niveau de 2000-2001.



Graphique 7 : Premières inscriptions en ophtalmologie au Conseil de l'Ordre des Médecins entre 2000 et 2008

IV. Les professions associées

1. Les orthoptistes

Evolution du mode d'exercice des orthoptistes en France depuis l'année 2000

1.1. Evolution législative et réglementaire

Le cadre légal et réglementaire de la profession d'orthoptiste a fortement évolué depuis l'an 2000 suite à la parution des décrets d'actes de 2001 et 2007, d'une nouvelle nomenclature des actes en 2002 et de la modification de l'article L.3424-1 du code de la santé publique, promulgué en octobre 2006. Jusque-là, l'exercice de l'orthoptie se limitait à la rééducation orthoptique et à l'examen des déséquilibres oculomoteurs. En hospitalier, il était toutefois permis aux orthoptistes de réaliser des examens du champ visuel et l'électrophysiologie.

Les évolutions permises par le décret de 2001 ont été de trois ordres :

- **Les actes réalisables en autonomie sur prescription médicale ont bénéficié d'une nouvelle nomenclature** (en 2002). Un orthoptiste salarié d'un ophtalmologiste pouvait également utiliser cette nomenclature (diagnostic et rééducation orthoptique, champ visuel, vision des couleurs).
- **Certains actes introduits nécessitaient la présence d'un médecin** (rétinographie, électrophysiologie oculaire) et devaient être facturés sur la nomenclature de l'ophtalmologiste.
- **Ce décret de 2001 reconnaissait le droit aux orthoptistes de faire des réfractions oculaires complètes dans des circonstances bien particulières** (dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents) après prescription médicale. A fortiori, puisque compétent pour cet acte, l'orthoptiste pouvait l'effectuer sous la responsabilité directe de l'ophtalmologiste. La réfraction est un élément essentiel et en général indispensable de tout examen ophtalmologique, mais il ne le résume pas. Ce décret donnait droit aux orthoptistes de participer à cet examen ophtalmologique, permettant de libérer du temps médical, mais cette activité devait être incluse dans la nomenclature de l'ophtalmologiste. Il s'agissait d'une avancée majeure réclamée à la fois par les ophtalmologistes et les orthoptistes.

Le décret de 2001 a clairement indiqué que l'action de l'orthoptiste ne peut se faire que sur prescription médicale et que l'interprétation des examens relevait de l'ophtalmologiste.

La modification du Code de la Santé Publique en 2006 (article L.3424-1) a supprimé, dans son premier alinéa, la référence aux actes de rééducation (référence déjà obsolète en pratique depuis le décret de 2001) et **a renvoyé au contenu du décret pour la définition du champ d'action de la profession. Le deuxième alinéa a indiqué que la prescription médicale n'était pas nécessaire pour tous les actes si l'orthoptiste exerçait dans le cadre d'un cabinet médical** (donc en pratique en tant que salarié).

En effet, il s'agissait d'aligner la loi sur la pratique et les conséquences du futur décret en préparation qui visait à permettre le travail en commun de l'orthoptiste et de l'ophtalmologiste, d'où la formulation « les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin ». Cette formulation légalise ce qu'on appelle le « travail aidé ».

Le décret de 2007 a élargi les actes pouvant être réalisés : les rétino-graphies mydriatiques et non mydriatiques, la réfraction oculaire (pas seulement dans des cas particuliers), la pachymétrie cornéenne, la tonométrie sans contact, la tomographie par cohérence optique, la topographie cornéenne, l'angiographie rétinienne (sans l'injection), la biométrie oculaire et la pose de lentilles de contact. **La spécificité des examens concernés fait qu'en pratique, seul l'ophtalmologiste peut prescrire ou demander ces examens.** Certains peuvent être réalisés en l'absence d'un médecin, d'autres nécessitent sa présence plus ou moins proche pour qu'il puisse éventuellement intervenir en cas de besoin. L'interprétation relève toujours de la responsabilité médicale.

L'évolution législative et réglementaire de l'orthoptie s'est donc faite très clairement en France depuis 2001 dans le sens d'une complémentarité entre l'orthoptie et l'ophtalmologie afin de dégager du temps aux ophtalmologistes, soit dans le même temps d'examen (réfraction et examens complémentaires dépendant de la nomenclature du médecin, c'est ce qu'on appelle le travail aidé), **soit en aval sur prescription médicale.** Cette évolution a été voulue par les ophtalmologistes et les rapports successifs des missions sur la démographie des professions de santé (Berland 2002, Berland 2003, ONDPS 2005) et s'inscrit dans les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé (HAS 2008). Elle a été soutenue par le Syndicat des Orthoptistes de France (SOF) et le Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO) lequel conteste toutefois que cette évolution doive se faire dans le sens du salariat et de l'unité de lieu. Des voix se sont par ailleurs élevées pour contester l'efficacité et surtout la mise en pratique de cette évolution réglementaire. Bref, il est suggéré que toutes ces transformations réglementaires n'ont pas eu de répercussion sur l'exercice de l'orthoptie et la façon de travailler des ophtalmologistes.

Il est désormais possible de tirer un premier bilan grâce à certaines statistiques officielles présentées ci-après.

1.2. Evolution depuis 2000 entre exercice libéral et salariat chez les orthoptistes

Les modifications réglementaires et législatives ont été accompagnées de transformations importantes, voire considérables concernant la démographie et les conditions d'exercice.

La démographie

Entre 2000 et 2009 (source DREES), les orthoptistes ont augmenté leurs effectifs de 864, passant de 2217 à 3081, soit une augmentation de 39% (cf. tableau 11). Durant cette période, les départs en retraite semblent avoir été modérés puisque les orthoptistes âgés de plus de 55 ans n'étaient que 150 au 1^{er} janvier 2001¹⁹.

Les orthoptistes ayant une activité libérale, au nombre de 1789 au 31 décembre 2009 étaient 1421 en 2000 (source SNIR), soit une augmentation de 25,9 % en neuf ans. Les exercices mixtes sont très stables (7%).

Il est à noter que les chiffres donnés par la DREES sur le type d'exercice ne sont pas fiables actuellement pour les paramédicaux, l'exercice libéral étant surestimé lors de l'inscription sur le fichier ADELI. L'introduction du RPPS (Répertoire Partagé des Professions de Santé) devrait améliorer la situation. Les orthoptistes libéraux sont systématiquement enregistrés par les CPAM vu qu'ils sont producteurs de feuilles de soins. C'est donc le SNIR qui est la source fiable pour l'exercice libéral, sachant que certains orthoptistes ont une activité mixte (7,2% en 2002). Ainsi en 2009, le fichier ADELI surestimait de 473 le nombre de libéraux.

Année	Total orthoptistes	libéraux (SNIR)	libéraux exclusifs	libéraux et salariés	libéraux et hospitaliers	Salariés exclusifs
2000	2217	1421	1259	146	16	796
2001	2236	1434				802
2002	2309	1447				862
2003	2405	1497				908
2004	2507	1552	1368	162	22	955
2005	2588	1572	1388	161	23	1016
2006	2679	1621	1428	172	21	1058
2007	2808	1661				1147
2008	2919	1729				1190
2009	3081	1789				1292
2010	3232					
évolution 2000-2009	39,0%	25,9%				62,3%
évolution 2005-2009	19,0%	13,8%				27,2%

Tableau 11 : Evolution de la démographie des orthoptistes et de leur mode d'exercice entre 2000 et 2009

Sources : DREES, SNIR (les salariés exclusifs sont déduits de la différence entre le nombre total en activité et les libéraux).

Les chiffres sont ceux au 31 décembre de chaque année pour le SNIR.

¹⁹ <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat21.pdf>

Les orthoptistes salariés exclusifs ont vu leur nombre croître de 62 % sur la période, c'est-à-dire qu'ils sont passés de 796 à 1292.

Evolution du mode d'exercice

En 2000, 64 % des orthoptistes avaient un exercice libéral, exclusif ou non. Comment se sont répartis les nouveaux orthoptistes entre les deux modes d'exercice depuis cette date ?

Depuis 2000, l'augmentation de 864 unités a principalement profité au secteur salarié puisque le salariat a augmenté ses effectifs de 496 contre 368 pour le libéral. **Donc 57,4% de l'augmentation a profité au secteur salarié, ce qui montre un changement important puisque seulement 1/3 des effectifs avaient choisi ce mode d'exercice jusqu'en 2000.** Si l'on ajoute les effectifs des exercices mixtes, on peut considérer qu'en 2009, environ 50% des orthoptistes avaient un exercice salarié exclusif ou non.

Ceci confirme la justesse des vues du SNOF qui a toujours affirmé que les besoins à venir en orthoptistes seront importants dans les structures ophtalmologiques (cabinets et services d'ophtalmologie) et non en exercice libéral isolé.

1.3. Evolution du contenu de l'exercice professionnel

Les chiffres précédents montrent bien que **l'évolution se fait vers un exercice salarié privilégié conforme au contenu des décrets de 2001 et de 2007 qui confient aux orthoptistes de nouvelles tâches dépendant directement de l'activité des ophtalmologistes** (réfraction et examens complémentaires). Mais pour autant, est-ce que l'exercice des salariés est réellement différent de celui des libéraux ?

Un document du SNAO (Syndicat National Autonome des Orthoptistes) publié dans sa revue professionnelle « l'œil en coin » de février 2009 (page 6) nous apporte des informations importantes. Il rapporte les chiffres de la Commission Paritaire des Orthoptistes de juin 2008 concernant l'activité en Pays de Loire.

Les salariés (41 % des effectifs dans ce document) ont augmenté de 29 % en un an, mais ils ne représentent que 27 % des dépenses d'orthoptie. Le champ visuel représente 50% de leur activité orthoptique contre seulement 4% pour les libéraux montrant que celui-ci ne peut être raisonnablement fait que dans une structure ophtalmologique. Le reste du travail des salariés est tourné vers les actes d'explorations, la réfraction en tant qu'attaché de consultation et les bilans basse-vision, il n'y a que peu d'actes de rééducation.

Les libéraux font essentiellement de la rééducation (22 fois plus que les salariés) et des bilans orthoptiques (3,5 fois plus que les salariés).

Ce document montre bien que **les pratiques sont très différentes entre orthoptistes libéraux et salariés. La conception ancienne de l'orthoptie tournée vers la rééducation des troubles oculomoteurs est l'apanage des orthoptistes libéraux. Les évolutions de la pratique orthoptique sont mises en application quasi-exclusivement par les orthoptistes salariés.**

Ceci est tout à fait conforme aux évolutions réglementaires qui se sont donc traduites dans les faits aussi bien quantitativement (croissance importante du secteur salarié) que qualitativement (les nouvelles prérogatives des orthoptistes sont bien mises en application dans le secteur salarié, c'est-à-dire dans un cadre de collaboration directe entre ophtalmologistes et orthoptistes, dans une unité de lieu). La situation française se rapproche de ce qui est la règle dans les autres pays.

1.4. Exercice et compétence de l'orthoptiste en Europe

En 2006, dans son rapport sur la filière visuelle, le SNOF avait fait le point sur la situation de l'orthoptie dans l'Union Européenne (qui comprenait encore 15 pays lors du recueil des données). Les données ont été confirmées par une enquête auprès de l'UEMS en 2010 (à paraître).

Réglementation de l'ORTHOPTIE dans l'Union Européenne des 15

Dans 9 pays, l'exercice et la formation étaient réglementés. Ces pays étaient l'Allemagne, la France, le Portugal, le Royaume Uni, les Pays-Bas, l'Italie, la Suède, l'Autriche et la Belgique. A signaler également la Suisse (hors UE). Au Luxembourg, en Norvège et en Irlande, l'exercice de la profession était réglementé, bien qu'il n'y avait pas de centres de formation dans ces pays. Au Danemark, la profession existait, mais n'était pas réglementée, il en était de même en Finlande. 13 pays reconnaissaient donc la profession d'orthoptiste. La profession s'est particulièrement développée en France, en Suisse, en Italie et en Allemagne.

L'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, l'Irlande, le Luxembourg, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Norvège, la Suisse et la Suède, soit **12 pays, reconnaissent le droit** (parfois sous certaines conditions) **aux orthoptistes de faire les réfractions**. Mais seulement dans deux pays, ils pouvaient prescrire des lunettes.

Dans la plupart des pays, les orthoptistes étaient quasi-exclusivement salariés (cf. tableau 13) **et exerçaient sous la direction d'un ophtalmologiste**. Il n'y a qu'en France où l'exercice était majoritairement libéral (58 %, mais le taux réel, en tenant compte des exercices mixtes est plutôt de 50 %). Dans la plupart des pays, les orthoptistes, en plus de la réfraction et de la rééducation oculaire, étaient habilités à faire d'assez nombreux examens complémentaires (champ visuel, vision des couleurs, électrophysiologie, photographie du fond d'œil, tonométrie sans contact, biométrie oculaire,...).

Avec le décret de 2007, la France a rattrapé le retard qu'elle avait sur certains pays concernant le champ d'exercice de l'orthoptie. Elle a une caractéristique par rapport à tous les autres pays européens : un exercice libéral majoritaire. De ce point de vue, il y a une évolution majeure en France, puisque 75 % des nouveaux orthoptistes semblent se diriger vers un exercice salarié qui leur permet de pratiquer l'ensemble du champ d'activité de leur profession et d'éviter des investissements coûteux.

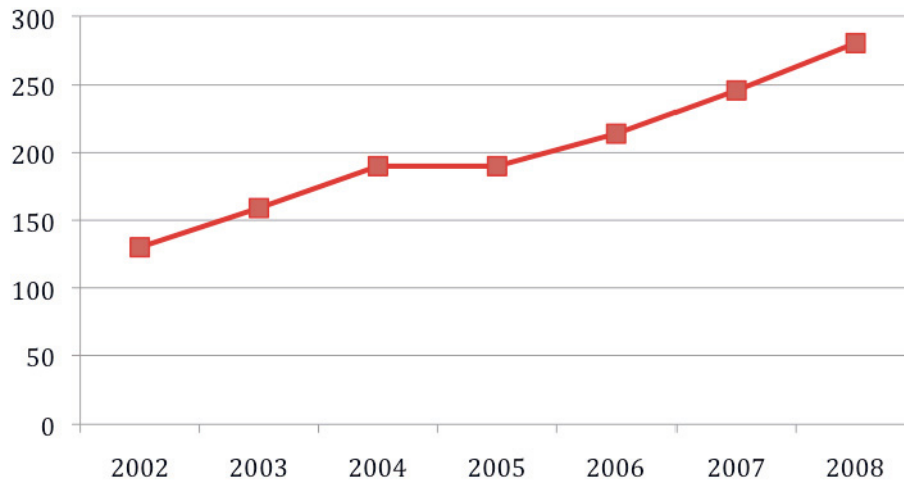
X = oui * = sous conditions	exercice salarie	Réfraction	Prescription lunettes	Rééducation orthoptique	Champ visuel V, couleurs	Rétinographies	Fond d'œil	tonus oculaire
Allemagne	98%	X		X	X	X		X*
Autriche	100%	X		X	X	X		X*
Belgique	majoritaire	X*		X	X	X*		X*
France	42% + mixte	X*		X	X	X*		X*
Irlande	95%	X		X	X	X		X
Italie	75%	X		X	X	X		X
Luxembourg	100%	X		X	X			
Norvège	50%	X		X	X			
Pays-Bas	100%	X	X	X	X	X	X	X
Portugal	98% + mixte			X	X	X		X*
Royaume-Uni	99%	X*		X	X	X	X	X
Suède	98%			X	X	X	X	X*
Danemark	100%	X		X	X		X	X*
Suisse	100%	X	X	X	X			

Tableau 13 : Principaux champs d'action de l'orthoptiste dans les pays européens (2005)

1.5. Combien forme-t-on d'orthoptistes en France ?

Le Tableau 14 ci dessous indique les flux d'étudiants en orthoptie en 2008-2009 suivant les écoles.

ECOLE D'ORTHOPTIE	1ère année	2è année	3è année	Total / école
AMIENS *	15			15
BORDEAUX	15	15	16	46
CLERMONT-FERRAND	15	14	15	44
LILLE	12	13	11	36
LYON	23	28	23	74
MARSEILLE	15	10	11	36
MONTPELLIER	17	11	15	43
NANCY	8	8	7	23
NANTES	8	7	10	25
PARIS V	26			26
PARIS VII	80	80	60	220
RENNES	10	10	11	31
STRASBOURG	6	4	4	14
TOULOUSE	26	23	23	72
TOURS	5	3	2	10
TOTAL	281	226	208	715
* première année ouverte à la rentrée 2009.				



Graphique 8 : Nombre d'élèves pris en 1^{ère} année dans les écoles d'orthoptie

Le graphique 8 indique qu'en six ans, le nombre d'élèves orthoptistes pris en première année a plus que doublé. Le nombre d'écoles est passé de 12 à 15. Le SNOF a joué un rôle majeur dans cette évolution. On se rapproche de l'objectif qui est d'environ 300 à 350 orthoptistes diplômés par année. On remarque cependant que, si dans certaines régions (Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Auvergne), les effectifs sont déjà suffisants, dans d'autres, ils restent faibles. Ces écoles n'ont pas intégré les évolutions législatives et réglementaires de la profession et leurs conséquences sur les besoins. C'est d'autant plus regrettable qu'il s'agit souvent de régions en pénurie chronique d'orthoptistes et d'ophtalmologistes. Il y a donc nécessité d'une meilleure régulation nationale pour les flux et le contenu de la formation.

1.6. Une évolution qui va dans le bon sens, mais encore insuffisante

Il est désormais démontré que les décrets des orthoptistes de 2001 et 2007 ont déjà eu un impact considérable sur l'activité et l'orientation professionnelles des orthoptistes. Ceux-ci sont devenus les partenaires paramédicaux privilégiés des ophtalmologistes, avec des activités de plus en plus diversifiées. L'image de l'orthoptiste « kiné des yeux », purement rééducateur, a vécu. Le décret de 2007 n'a pas encore donné toute sa mesure du fait des habitudes et d'une formation encore insuffisante. **De plus, il se pose le problème du type de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes. Celle-ci prend clairement le sens du salariat comme nous l'avons vu.** Le SNOF, bien qu'il appuie cette évolution pour des raisons pratiques et juridiques, n'est pas opposé à la création d'associations en libéral en unité de lieu entre orthoptistes et ophtalmologistes, puisqu'il y a une demande en ce sens dans les deux professions. C'est une nouvelle forme juridique à créer, elle n'a pas eu beaucoup d'écho auprès des syndicats d'orthoptistes jusqu'à présent. Les orthoptistes libéraux devraient cependant réfléchir à leur avenir. **L'exercice isolé des professionnels de santé deviendra de plus en plus problématique.**

Le temps où chaque ophtalmologiste pourra compter sur un orthoptiste pour l'aider n'est pas pour tout de suite. Il faut amplifier la formation aussi bien qualitativement que quantitativement et le plus vite sera le mieux ; toutes les écoles d'orthoptie n'ont pas tiré les conséquences du décret de 2007.

1.7. Combien d'orthoptistes devrait-on former d'ici 2025 ?

Si l'on considère que 50 % des médecins exerçant actuellement opteront pour la délégation de tâches d'ici 2025, et que 95 % des nouveaux ophtalmologistes travailleront en délégation de tâches en ville comme à l'hôpital, il est ainsi nécessaire de former un peu plus de 4000 orthoptistes d'ici l'horizon 2025.

- En effet, sur les 5500 médecins actuels, 3500 partiront à la retraite d'ici 2025, il en restera 2000 (1000 avec délégations).

- Par ailleurs, si l'on ajuste le nombre d'internes destinés à la spécialité à une proportion comprise entre 2,7% et 3 % (cf. chapitre VII), on devrait ainsi former environ 3200 jeunes ophtalmologistes en 15 ans (95 % = 3040).

Au 31 décembre 2009, sur 3081 orthoptistes, 1789 avaient une activité libérale alors que 1292 avaient une activité salariée (chiffres DREES et SNIR)

Nous faisons l'hypothèse qu'il y aura un socle de 2000 orthoptistes libérales.

Voici la situation actuelle (tableau 15) selon les écoles d'orthoptie et leur région d'influence (nombre d'orthoptistes, densité, nombre d'étudiants pris en première année et population). L'ensemble Bourgogne – Franche-Comté est un ensemble qui ne dispose pas d'école d'orthoptie et qui n'est pas clairement rattaché à une école existante. Cela explique sans doute que la densité y est la plus faible de la France avec l'ensemble Picardie – Normandie où une école vient d'être opportunément créée.

ECOLE D'ORTHOPTIE	Nb étudiants 1ère année (2008)	Nb orthoptistes en 2009	Population 2009 (milliers)	Densité en 2008 / 100 000h
AMIENS	15 (2009)	129	5195	2,48
BORDEAUX	15	244	4959	4,92
CLERMONT-FERRAND	15	107	2084	5,13
LILLE	12	121	4022	3,01
LYON	23	283	6160	4,59
MARSEILLE	15	355	5247	6,77
MONTPELLIER	17	151	2616	5,77
NANCY	8	154	3678	4,19
NANTES	8	175	3538	4,95
PARIS V + VII	106	724	11746	6,16
RENNES	10	139	3163	4,39
STRASBOURG	6	95	1847	5,14
TOULOUSE	26	258	2865	9,01
TOURS	5	70	2544	2,75
Bourgogne +Franche-Comté		76	2805	2,71
TOTAL	281	3081	62469	4,80

Tableau 15 : Statistiques nombre d'orthoptistes sur la population par région

AMIENS = Picardie + Normandie / BORDEAUX = Aquitaine + Poitou-Charentes / NANCY = Lorraine + Champagne-Ardenne / CLERMONT-FERRAND = Auvergne + Limousin / MARSEILLE : PACA + Corse

Au total, nous fixons l'objectif que 90 % des ophtalmologistes devraient pouvoir s'appuyer sur un(e) orthoptiste en 2025 + 2000 orthoptistes en libéral. Pour avoir le nombre d'orthoptistes espéré par région en 2025, nous avons considéré le nombre d'ophtalmologistes déterminé par région en 2025 dans le chapitre VII, additionné du nombre théorique d'orthoptistes libérales en supposant une répartition uniforme sur le territoire en fonction de la population.

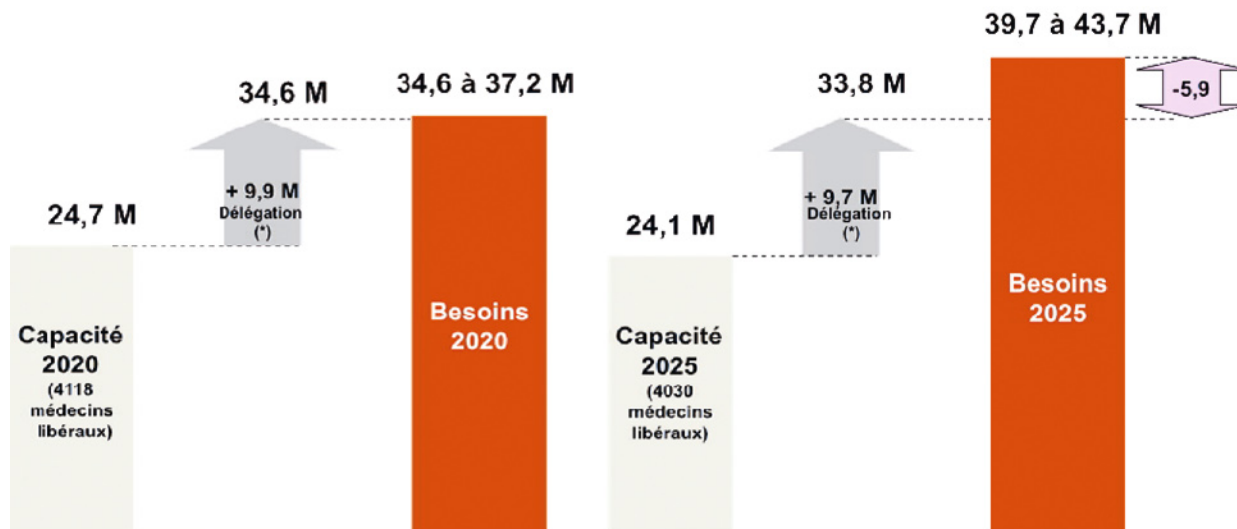
Les départs en retraite estimés par région correspondent aux effectifs de 50 ans et plus en 2009. L'hypothèse moyenne est donc un départ à 65 ans et conservation de la part travaillant au delà (2 %). Ils se monteraient à 678 entre 2009 et 2024. **Dans ces conditions, et compte tenu des départs à la retraite des orthoptistes, pour mettre en place ce type d'organisation, il est nécessaire de former à minima 4300 orthoptistes d'ici 2025, soit 280/an (tableau 16).** L'idéal serait de faire participer tous les CHU à leur formation tout particulièrement dans les régions déficitaires, afin de garantir une répartition homogène sur l'ensemble du territoire : cela vient d'être réalisé lors de la création de l'école d'Amiens qui met ses étudiants en stage à Amiens, Caen, Rouen et Reims. C'est un modèle que pourrait utiliser la Bourgogne et la Franche-Comté. La densité serait un peu supérieure à celle des ophtalmologistes en 2025.

Le nombre global actuel d'élèves pris en première année est déjà satisfaisant, mais il y a de grosses disparités. Paris et Toulouse sont largement au-delà de leur objectif, mais cela permet de compenser l'insuffisance des autres. **Les écoles qui ne forment pas encore assez d'orthoptistes par rapport à l'objectif ici fixé sont en rouge. Elles sont 10 sur 15.** Certaines sont assez proches de leur objectif (Strasbourg, Rennes, Lyon, Lille) et d'autres encore éloignées (Bordeaux, Marseille, Nancy, Nantes et Tours). Amiens est un centre très jeune et pourra sans doute s'adapter vu les différents lieux de stages. Les objectifs des écoles de Lyon et de Nancy devront sans doute être augmentés si elles envoyaient des stagiaires en Bourgogne et Franche-Comté. L'ensemble des déficits des écoles représente environ 70 élèves/ année.

ECOLE D'ORTHOPTIE	Nb d'orthoptistes à former par année	Nb orthoptistes espéré en 2025	Départs en retraite 2009-2024	Nb orthoptistes à former entre 2009 et 2024	Hypothèse nb orthos libérales	population 2025 (milliers)	densité en 2025
AMIENS	24	461	31	363	159	5269	8,7
BORDEAUX	24	520	83	359	161	5316	9,8
CLERMONT-FERRAND	7	189	26	108	63	2074	9,1
LILLE	17	360	18	257	123	4080	8,8
LYON	27	646	41	404	205	6764	9,5
MARSEILLE	27	646	111	402	174	5751	11,2
MONTPELLIER	14	331	29	209	95	3132	10,6
NANCY	14	317	51	214	108	3585	8,8
NANTES	13	351	23	199	117	3852	9,1
PARIS V + VII	58	1464	128	868	370	12227	12,0
RENNES	13	313	20	194	103	3398	9,2
STRASBOURG	7	185	19	109	61	2022	9,2
TOULOUSE	7	308	59	109	97	3204	9,6
TOURS	12	224	21	175	80	2633	8,5
Bourgogne +Franche-Comté	12	245	18	187	85	2817	8,7
TOTAL	277	6559	678	4321	2000	66124	9,92

Tableau 16 : Nombre d'orthoptistes à former par année d'ici 2025 pour que 90 % des ophtalmologistes disposent d'une orthoptiste

La délégation aux orthoptistes associée à un réajustement d'effectif des Internes en ophtalmologie constitue une réponse adéquate puisqu'elle permettrait de couvrir les besoins de santé (en nombre d'actes) en totalité à l'horizon 2020 et à 85 % à l'horizon 2025. (cf. ci-après graphique 9 réalisé avec AEC Partners) :



**..dans l'hypothèse d'une amélioration de l'efficacité individuelle du médecin de 50 %
(80% des médecins travailleraient en délégation de tâches)**

Graphique 9 : Evolution des besoins en ophtalmologie (en nombre d'actes) d'ici 2025 et capacité des ophtalmologistes à y faire face avec et sans délégations.

Vers de nouvelles coopérations

Dans le cadre de la loi HPST et de son article 51 sur les nouvelles coopérations entre professionnels de santé, des délégations complémentaires sont à l'étude pour les orthoptistes avec une certaine autonomie (il est encore trop tôt pour dire si elles vont toutes être retenues) :

- **Délégation de l'adaptation des lentilles auprès de l'orthoptiste** lors de la première demande sous le contrôle d'un ophtalmologiste :
 - 2 millions de prescriptions de lentilles ont été enregistrées en 2 006 (source IMS –marché de l'optique). 200 000 prescriptions correspondent à une première demande et nécessitent une adaptation longue.
 - Enjeu : 200 à 230 000 actes
- **Transfert du suivi des glaucomateux, une visite sur deux** (2 visites annuelles pour 2 millions de glaucomateux en 2025 en unité de lieu):
 - Enjeu : 2 millions d'actes/an

- **Transfert du suivi des diabétiques deux fois sur trois** (une visite annuelle pour 3,5 millions de diabétiques en 2025)

- Les clichés seraient pris, par ex., par des professionnels paramédicaux formés puis télétransmis, en mode sécurisé et anonyme, à un centre de lecture où ils seraient interprétés par un ophtalmologiste spécialisé adhérent. Un mode de fonctionnement similaire peut se développer dans les cabinets médicaux où le patient serait vu (sauf complications ou demande particulière) par l’ophtalmologiste tous les deux ou trois ans, l’orthoptiste faisant des rétinographies et une mesure de la tension oculaire les deux autres années.
- Enjeu : 2 millions d’actes/an.

- **Délégation sous conditions du contrôle visuel des enfants au-delà de 6 ans et jusqu’à 16 ans, après une consultation initiale d’un ophtalmologiste :**

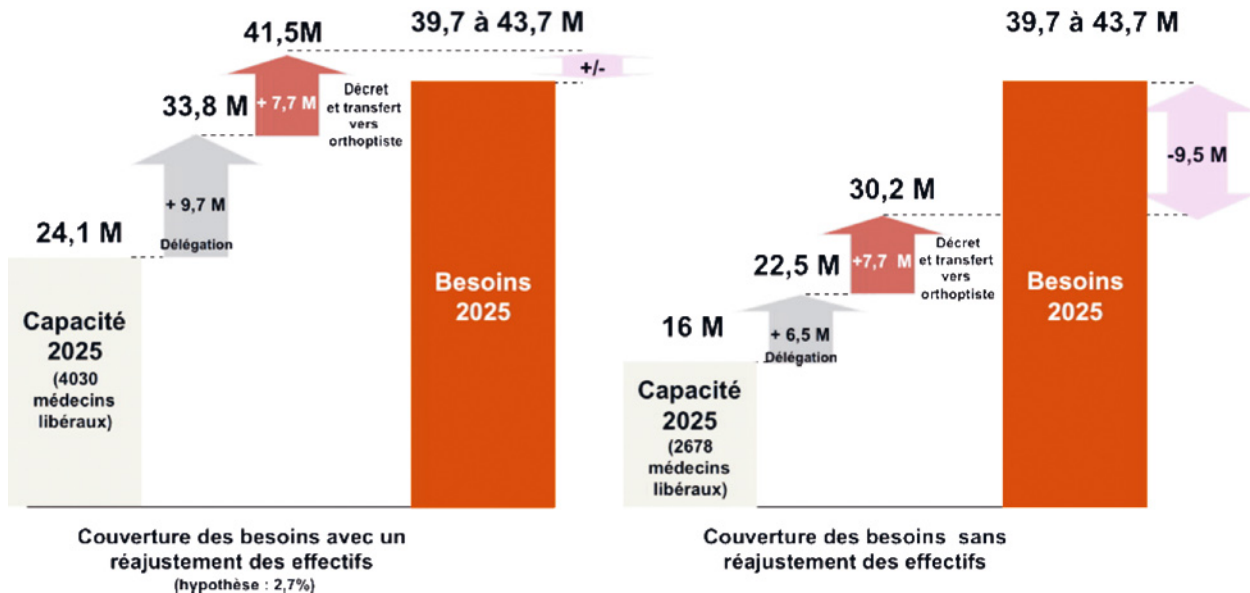
En 2004, l’activité relative aux enfants représentait 2,3 millions d’actes et devrait rester stable

- Dans la tranche 0-6 ans, 8 % sont porteurs de lunettes (soit 600 000 enfants)
- Dans la tranche 6-16 ans, 22 % le sont (soit 1 700 000 enfants)

- Enjeu : 1,7 million d’actes

En intégrant ces trois pistes (ajustement du nombre d’internes, délégations, décrets de délégation & transfert), l’ensemble des besoins de santé pourraient être couverts à l’horizon 2025. (cf. graphique 8 AEC Partners). Cela nécessiterait cependant de former environ 2000 orthoptistes de plus en 15 ans et donc de former au minimum 420 orthoptistes par an. Les chiffres de formation par école sont alors à multiplier par un coefficient de 1,46.

Cependant cela suppose que l’augmentation d’activité soit de 50% en travail aidé par ophtalmologiste, ce qui est difficilement réalisable avec un seul orthoptiste par médecin. C’est là où l’utilité des TASO prend toute son importance (cf. chapitre suivant).



Graphique 10 : Evolution des besoins en ophtalmologie libérale (en nombre d’actes) d’ici 2025 et capacité des ophtalmologistes à y faire face avec et sans délégations, et avec et sans réajustement des effectifs en internes

Le cursus LMD

Les études d'orthoptie vont évoluer dans le cadre de la séquence Licence-Master-Doctorat (LMD). Le rapport de Laurent Hénart²⁰ sur les nouveaux métiers de la santé qui vient de sortir (janvier 2011), demande la création de Licences universitaires pour les professions paramédicales existantes en consolidant leur formation actuelle. La plupart des formations actuelles s'effectuent bien en trois ans, mais ne sont reconnues au niveau diplôme qu'à Bac+2 (niveau III) alors qu'une licence correspond à un niveau II. Le passage à une licence correspond donc à une promotion. Ce niveau licence doit permettre d'après la mission Hénart, l'exercice plein et entier de chaque profession paramédicale. Il devrait suffire pour faire face à la grande majorité des besoins à venir en réajustant la formation et les effectifs. Dans certains cas, des enseignements complémentaires (en six mois ou un an) pourraient être requis pour certaines missions particulières. Les nouveaux métiers de soins au niveau Master devraient être peu nombreux et limités en effectifs.

Les besoins au niveau licence ne sont pas encore couverts comme nous l'avons vu. Cela doit rester la priorité pour les 10-15 ans à venir. Les besoins en Master qui ont été ciblés depuis quelques années dans notre secteur concernent l'enseignement, l'encadrement des écoles et la recherche. Cela représente des effectifs assez faibles et rentrera sans doute dans le cadre d'un master ouvert à l'ensemble des professions paramédicales.

La réingénierie du diplôme d'orthoptiste vient de démarrer au ministère de la santé. L'Académie Française de l'Ophtalmologie et ses différentes composantes y sont parties prenantes au côté des syndicats d'orthoptistes.

Les priorités concernent la définition d'un programme national réactualisé, conforme aux besoins de la filière et aux décrets, ainsi qu'un financement pérenne des formations d'orthoptie.

2. Les TASO (Techniciens Assistants en Soins Ophtalmologiques)

L'activité chirurgicale et technique augmente beaucoup pour les ophtalmologistes, les contraintes administratives et réglementaires s'accroissent régulièrement. Le médecin devra de plus en plus s'entourer d'une équipe et non seulement d'un seul assistant. Cette évolution existe depuis longtemps dans les hôpitaux, elle doit se propager aux cabinets médicaux. La France est en retard sur d'autres pays dans ce domaine. **En ophtalmologie, les exemples de l'Allemagne, des USA, du Canada, montrent qu'il s'agit d'une organisation efficace permettant de faire gagner beaucoup de temps au médecin.** Bien entendu, l'orthoptiste trouve naturellement sa place dans cette équipe au côté du médecin.

²⁰ Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET
<http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html>

Il faut arrêter de dire qu'il est nécessaire d'avoir fait plusieurs années d'études pour remettre une fiche à un patient, ou mesurer des verres de lunettes avec un frontofocomètre ou instiller des collyres dans le cadre d'un cabinet médical. Les USA ont développé toute une gamme d'assistants médicaux adaptés aux tâches qu'on leur demande ; en dehors des orthoptistes, il y a trois catégories principales : les assistants, les techniciens et les technologues en ophtalmologie. **Les ophtalmologistes américains, ont développé des aides purement ophtalmologiques** (<http://www.atpo.org/>). Depuis trente à quarante ans, **un véritable personnel médical ophtalmique (les OMP) a vu le jour** sous la direction des ophtalmologistes. Les OMP interviennent dans les secteurs tels que la chirurgie, la consultation et l'éducation des patients. Ils se trouvent dans les cliniques privées, les hôpitaux, les centres médicaux, ou dans les centres de recherches d'université et de formation. Les postes peuvent être parfois assez divers et évolutifs comme directeurs de clinique, éducateurs, directeurs de programmes de formations accréditées, ou instructeurs. On les trouve aussi dans les services de santé des armées. La plupart du temps, ils exécutent des procédures ophtalmiques sous la direction ou la surveillance d'un médecin ophtalmologiste.

Les fonctions qui peuvent être effectuées par un OMP incluent :

1. Prise des antécédents médicaux
2. Exécution des tests de diagnostic
3. Prise des mesures oculaires anatomiques et fonctionnelles de l'œil et du tissu environnant
4. Mesure de l'acuité visuelle et réalisation des champs visuels
5. Administration des médicaments ophtalmiques topiques et oraux
6. Education du patient dans le soin personnel et l'utilisation des verres de contact
7. Entretien des instruments et équipements ophtalmologiques.
8. Entretien et stérilisation des instruments chirurgicaux.
9. Aide-opérateur en chirurgie ophtalmique (hôpital, ou centre chirurgical ambulatoire)
10. Biométrie oculaire.
11. Aide dans l'adaptation des verres de contact
12. D'autres tâches peuvent être déléguées sur protocole.
13. Exécution de la photographie et de l'angiographie rétinienne en fluorescence de l'œil
14. Rééducation de la motilité oculaire.
15. Réalisation des procédures électrophysiologiques oculaires
16. Exécution des procédures microbiologiques avancées
17. Surveillance et instruction d'autres personnels et éducation des patients

Les OMP ne sont pas des praticiens indépendants. Ils ne diagnostiquent pas, ne traitent pas, ni ne prescrivent des médicaments. Approximativement 43 programmes éducatifs existent actuellement

dans l'ensemble des Etats-Unis. Ils sont proposés par des universités, des hôpitaux, des écoles médicales, et d'autres établissements qui répondent à des normes adéquates. Les programmes durent de 4 semaines pour les aides ophtalmiques de base, à deux ans pour les orthoptistes et un an pour les techniciens et technologues ophtalmiques. Les OMP (de différents niveaux) seraient plus de 15000. L'équipe médicale de soins oculaires inclut les ophtalmologistes, les infirmières et les OMP. Spécifiquement, dans les OMP (encore appelés « professions ophtalmiques alliées de santé»), plusieurs domaines de spécialisation existent : assistant ophtalmique, technicien et technologue en ophtalmologie, orthoptiste, photographe ophtalmique, et opticien de distribution ophtalmique.

Sans aller jusqu'à une telle complexité en France, il est nécessaire de développer des aides comprises entre les secrétaires et les orthoptistes. On pourrait utiliser le terme générique de **TASO : technicien assistant en soins ophtalmologiques**.

Il s'agit d'un axe très important pour permettre aux cabinets médicaux de s'adapter aux besoins, à l'évolution technique et aux obligations réglementaires actuelles et à venir.

Les TASO s'intégreraient facilement dans la Convention Collective des cabinets dans la catégorie « Personnel Technique » et pourraient se décliner par spécialité médicale.

Un cadre possible de formation pour les TASO serait le C.Q.P. (Certificat de Qualification Professionnel). C'est une formation délivrée de manière paritaire par une branche professionnelle, correspondant à un besoin clairement identifié dans une profession. Ce n'est donc pas un diplôme, il n'y a pas besoin de reconnaissance obligatoire de l'Etat. Le CQP serait inscrit dans la Convention Collective des Cabinets Médicaux après décision de la Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi (CPNE) de la branche professionnelle (cabinets médicaux). Il ne serait valable par définition que pour l'exercice dans des cabinets. La formation se ferait en alternance.

Plus de 500 CQP existent dans plus de 30 branches professionnelles. Il y en a déjà quelques-uns en santé (en optique, en dentisterie : les assistantes dentaires, en pharmacie, chez les vétérinaires).

La durée d'un CQP est variable (par ex. 6 mois en alternance). Le personnel pourrait valider ces formations suivant différentes modalités :

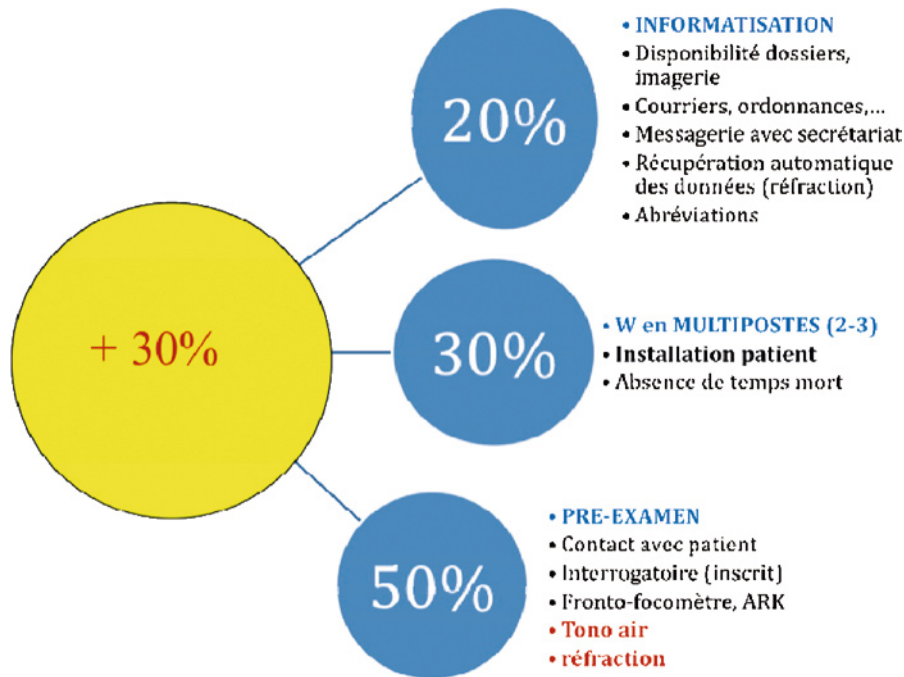
- Contrat de Professionnalisation (à l'embauche)
- Période de Professionnalisation (pour un salarié en activité).
- Dans le cadre progressif de son DIF (droit individuel à la formation : 20H / an pouvant se cumuler jusqu'à 120H) pouvant déboucher sur une VAE.

Leur rôle consisterait à seconder le médecin ou l'orthoptiste dans des actions en contact avec les patients, mais sans responsabilité autonome :

- installation des patients, instillation de gouttes, distribution de fiches d'information ou de pré-consultation, préparation du dossier patient, recueil du motif de consultation.
- Prises de mesures avec certains appareils automatiques ne nécessitant pas d'intervention du patient (frontofocomètre, réfractomètre par ex.).

- Maintien de l'hygiène du cabinet (rôle à coordonner avec la technicienne de sol)
- Gestion des fournitures et du petit matériel d'examen. Désinfection, stérilisation.
- Entretien du matériel technique.
- Aide-opératoire, injection de fluorescéine lors des angiographies s'il s'agit d'infirmières.

Leur fonction serait susceptible de faire gagner un temps médical non négligeable de l'ordre de 20 à 30 %.



Graphique 11 : Répartition des 30% de gain de productivité avec un orthoptiste

En effet, le graphique 11 ci-dessus décompose la répartition des gains de productivité dans le travail aidé par un assistant en consultation. On voit que l'organisation (informatisation et travail en multipostes) joue pour 50%. Par ailleurs, environ 50% du temps de contact de l'orthoptiste avec le patient peut aussi être réalisé par un autre assistant.

Par l'intermédiaire de Périodes de Professionnalisation, cette formation pourrait être accessible à des secrétaires qui pourraient ainsi évoluer dans leur carrière, soit en changeant d'orientation, soit en cumulant les deux fonctions (ce qui est déjà partiellement le cas dans un nombre important de cabinets : 45% des ophtalmologistes se font aider pour certains examens par leur secrétaire d'après les enquêtes annuelles réalisée par R. Gold).

L'ouverture de ces formations pourrait se faire en fait en direction de trois professions déjà existantes : les secrétaires médicales ayant une certaine ancienneté en ophtalmologie, les aides-soignantes, les infirmières. S'appuyer sur des professions existantes permet de proposer des

formations courtes, d'avoir du personnel rapidement opérationnel et de bénéficier de leurs compétences initiales. Pour ces professions, cela constitue une ouverture et une diversification professionnelle intéressante. Par ailleurs, ces professions ont des centres de formation bien répartis sur le territoire. On peut donc en trouver même en dehors des grandes villes.

Ces formations courtes, adaptées à un poste de travail ou à des prises en charge particulières complémentaires de la formation initiale, paraissent particulièrement adaptées aux nouvelles formes de coopérations prévues dans l'article 51 de la loi HPST. Sont concernés : les infirmières (diplôme de niveau II) et les aides-soignantes (diplôme de niveau IV).

Pour les secrétaires médicales, (diplôme de niveau IV, profession non-inscrite dans le Code de la Santé Publique), leur activité se limiterait à celui d'assistant de cabinet, ce qui est suffisant dans de nombreux cas. La démedicalisation des appareils de réfraction depuis 2007 (suppression d'un alinéa de l'arrêté du 6 janvier 1962) leur permet d'effectuer un certain nombre de tâches.

Pourquoi s'appuyer sur plusieurs professions ? Parce que les besoins sont divers : il y a actuellement au moins 5 profils d'ophtalmologistes identifiés. Certains ont plutôt besoin d'aides de consultation, d'autres d'aides opératoires ou des deux.

La mission Legmann sur l'avenir de la médecine libérale qui a rendu ses conclusions en avril 2010 a mis en avant ce type de formation :

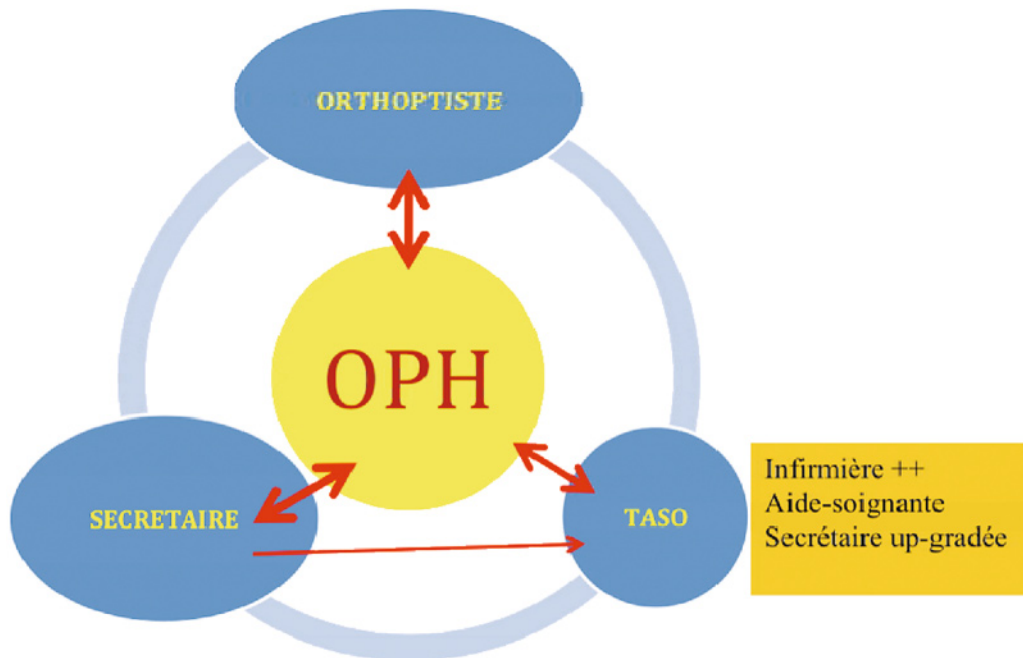
« Pour permettre aux médecins de se recentrer sur leur métier de base, alors qu'ils doivent assumer de nombreuses tâches non médicales, il y a place pour de nouvelles professions dont les missions sont plus larges que celles de secrétaires. La gestion d'un cabinet médical s'apparente à celle d'une petite entreprise. Il faut pouvoir dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient. Il y a de nombreuses tâches qui peuvent être déléguées à un «assistant de santé» telles que des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement,...) et des tâches médico-sociales ou para médicales (questionnaires, éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico- social et sanitaire... ».

Par ailleurs, dans les années à venir, on va probablement manquer d'orthoptistes dans certaines régions. Ils sont aussi mal répartis à l'intérieur des régions avec une concentration dans les grandes villes. Les orthoptistes sont plus difficiles à recruter en secteur 1 vu les niveaux de salaires plus élevés proposés en secteur 2, les TASO seraient une alternative. Par ailleurs, à moyen terme, le meilleur modèle semble être celui de deux assistants par ophtalmologiste, cela ne sera possible qu'avec le développement des TASO (cf. graphique 12).

Cette nouvelle formation devrait rapidement avoir des effets positifs car elle devrait :

- Décider des ophtalmologistes n'ayant pas de secrétaire d'en embaucher une cumulant les deux fonctions.
- Faire évoluer certaines secrétaires vers ce type de travail et en embaucher de nouvelles.
- Créer des emplois directs de TASO dans les cabinets surchargés (nombreux).
- Compenser partiellement l'impossibilité immédiate de trouver des orthoptistes pour tous les cabinets.

- Libérer les orthoptistes de certaines tâches pour lesquelles ils ne sont pas destinés (installation du patient, nettoyage du matériel par ex.).
- Apporter une aide substantielle aux médecins et accélérer l'évolution vers des structures médicales plus importantes avec du personnel diversifié et qualifié.
- Généraliser les aides-opérateurs pour les ophtalmologistes chirurgicaux (fonction ne pouvant être occupée par les orthoptistes).



Graphique 12 : L'équipe assistante future de l'ophtalmologiste

Les TASO peuvent être formalisés rapidement (un an). Pour booster le dispositif, les aides à la formation seraient nécessaires : financement de contrats et de périodes de professionnalisation.

Un des atouts essentiels des TASO est de permettre une adaptation rapide aux besoins, sans avoir à créer de véritables nouvelles professions qui ne pourraient prendre de l'ampleur qu'après un certain nombre d'années vu la lourdeur des structures à mettre en place (cadre juridique, champ d'action, structures enseignantes, nomenclature et cadre du remboursement,...). Or la pénurie de médecins va surtout être difficile à gérer entre 2012 et 2025, il y a donc urgence à trouver des solutions efficaces, rapides et modulables. Il est aussi à noter que les centres de formation des infirmières, des aides-soignantes et des secrétaires sont assez bien répartis sur le territoire et que l'on peut donc en trouver à peu près dans toutes les zones, alors qu'il peut être problématique de faire venir des orthoptistes dans des villes secondaires vu leur formation exclusive actuelle en CHU. Les perspectives d'emploi seraient de l'ordre de 3-4000 en quinze ans. Il ne faut pas opposer les TASO aux orthoptistes : il s'agit de deux modalités complémentaires d'aides pour les ophtalmologistes, à moduler en fonction des situations et des besoins.

Ce CQP pourrait être adapté dans d'autres spécialités et permettre d'obtenir rapidement des assistants de cabinet formés en médecine de ville.

Il y a cependant des problèmes pour rentabiliser des structures importantes avec des charges salariales élevées, particulièrement en secteur 1, où toute l'augmentation du chiffre d'affaires est absorbée par le personnel et les investissements.

Il est donc hautement souhaitable qu'il y ait des mesures incitatives des pouvoirs publics (surtout en secteur 1). Sinon, il est à craindre que les délégations de tâches et la transformation des cabinets (et de l'offre de soins) ne concerne que les médecins en secteur 2 en laissant les autres au bord de la route. Il s'ensuivrait une médecine à deux vitesses.

Les aides possibles pourraient être :

Des aides à la formation des TASO :

- Financement de contrats et de périodes de professionnalisation

Des aides à l'embauche :

- Exonération de charges patronales

Des aides à la pratique :

- Contrat avec l'ARS, la CNAMTS ou les complémentaires santé
- Financement de la télémédecine
- Forfaits liés à la structure
- Majoration tarifaire pour les actes aidés

Les aides d'équipements :

- Prêts à taux zéro pour l'immobilier professionnel et les appareils de consultation.
- Défiscalisation partielle incitative de l'immobilier professionnel
- Subventions d'équipement

3. Les opticiens-lunetiers

3.1. Contexte légal

Cette profession a la particularité d'être à la fois **paramédicale et commerciale**, avec inscription au registre du commerce. **Elle peut faire de la publicité** et ne s'en prive d'ailleurs pas. Les magasins d'optique doivent avoir au moins un opticien comme responsable technique, mais celui-ci n'est pas nécessairement le propriétaire, ce dernier peut ne pas être opticien. 52% des points de vente sont rassemblés au sein d'enseignes (Krys, Afflelou, Optic 2000, Atol,...). L'opticien n'est en général pas seul dans son magasin, il est entouré habituellement de monteuses en verres et de vendeurs. Les opticiens commerçants sont assez souvent propriétaires de plusieurs magasins, employant alors des opticiens salariés.

Le diplôme actuel pour exercer est le **Brevet de Technicien Supérieur d'Optique-Lunetterie** (2 ans d'études), formation délivrée par de nombreuses écoles (plus de 50 formations en 2009 contre 6 vingt-cinq ans plus tôt), dépendant initialement de lycées, la plupart des écoles d'optique sont actuellement privées et donc payantes.

La définition de la profession d'opticien-lunetier détaillant (son appellation dans le Code de la Santé publique) est originale, puisqu'elle ne fait référence qu'au diplôme et non à son contenu, contrairement aux autres professions paramédicales. Art. 4362-1 : « Peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant, les personnes pourvues de diplômes, certificats ou titres mentionnés aux Articles L4362-2 et L4362-3... ». Une autre particularité étonnante est qu'elle ne possède pas de décret de compétence (une nouvelle occasion a été manquée en 2007). Les conditions d'exercice sont précisées dans le Code de la Santé Publique.

Il s'agit bien d'une activité commerciale, mais soumise aux règles du CSP; elle est autorisée à délivrer les verres correcteurs d'amétropie; elle doit être sédentaire (colportage interdit). Dans tous les cas, une prescription médicale est nécessaire en-dessous de 16 ans.

Les opticiens ont le monopole de la vente des verres correcteurs d'amétropie, mais une décision récente de la Cour de Cassation a considéré que les « lunettes loupes » pour corriger la presbytie n'en faisait pas partie et que les pharmaciens étaient habilités à les commercialiser. Par contre, les opticiens bénéficient d'une dérogation légale au droit des pharmaciens pour vendre au public les produits destinés à l'entretien des lentilles oculaires de contact

Les opticiens ont aussi le monopole de la vente des lentilles de contact. L'adaptation des lentilles de contact a été une source de litige entre opticiens et ophtalmologistes. Une abondante jurisprudence avec plusieurs décisions de la Cour de Cassation, dans les années 1980, a confirmé que **l'adaptation des lentilles de contact était un acte médical**²¹. Cela n'a pas été remis en cause par le décret de 2007.

L'arrêté du 23 juillet 1996 fait obligation à l'opticien de fournir au consommateur un devis indiquant une offre de base, une offre personnalisée, les références précises des produits, la prise en charge par la LPPR et le service après-vente. En pratique, ce devis n'est pas toujours remis.

Il y a eu d'importantes modifications législatives et réglementaires en 2006 et 2007. Le SNOF y a joué un rôle important. Elles avaient d'ailleurs été proposées pour la plupart dans le rapport 2006 du SNOF sur la filière visuelle. Le dispositif retenu est proche de ce qui avait été indiqué alors.

Jusqu'en 2007, les opticiens ne pouvaient pas manier « des appareils servant à déterminer la réfraction ». **L'arrêté du 13 avril 2007 a supprimé de la liste des actes ne pouvant être réalisés que par des médecins « le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire ».** Il est à noter que ces appareils ont été totalement démedicalisés et ne sont donc pas seulement réservés aux médecins et aux opticiens.

²¹ Cette jurisprudence a été analysée en détail dans la revue Contactologia : Etat actuel de la jurisprudence française en matière d'adaptation des lentilles de contact. R.Heitz, J. Penneau. Contactologia, Vol.10. (1988), P.90-97 et 143-147.

L'article 34 quater de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale a permis aux opticiens-lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de 16 ans et sauf opposition du médecin :

« Art. L. 4362-10. - Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin. L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical. »

« Art. L. 4362-11. - Les opticiens-lunetiers sont tenus de respecter les règles d'exercice et, en tant que de besoin, d'équipement fixées par décret. »

Le décret n°207-553 du 13 avril 2007 précise les conditions d'adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale initiale :

Art. 1^{er}. – *Dans le cadre d'un renouvellement, l'opticien-lunetier peut adapter la prescription médicale des verres correcteurs à condition que le prescripteur n'ait pas exclu la possibilité d'adaptation par une mention expresse portée sur l'ordonnance.*

Pour les patients atteints de presbytie, les dispositions de l'alinéa précédant s'appliquent sous réserve que le médecin ait prescrit la première correction de ce trouble de la vision.

L'opticien-lunetier est tenu d'informer le médecin prescripteur lorsque la correction est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale.

Art. 2. – *L'opticien-lunetier est identifié par le port d'un badge signalant son titre professionnel.*

Art. 3. – *L'opticien-lunetier déterminant la réfraction reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel.*

Les locaux sont équipés de manière à ce que l'intimité du patient soit préservée.

Art. 4. – *L'opticien-lunetier s'interdit toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction.*

Le décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 a permis le remboursement des verres correcteurs délivrés par un opticien-lunetier dans le cadre d'un renouvellement en cas de prescriptions médicales initiales datant de moins de 3 ans.

Conséquences de la loi de 2006 et du décret de 2007

Une convention nationale entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les opticiens devait logiquement suivre. Elle devait notamment indiquer les sanctions en cas de non respect des obligations contenues dans le décret de 2007. Elle se fait toujours attendre quatre ans plus tard...

La CNAMTS devait mettre en place un code permettant d'identifier les équipements avec adaptation lors du renouvellement des lunettes. Ce code aurait été renseigné par l'opticien sur les feuilles de remboursement ou dans les flux télétransmis aux caisses. Il n'est toujours pas opérationnel...

Pour ce qui concerne l'opposition des ophtalmologistes au renouvellement, les situations d'opposition systématiques semblent rares. Elles sont néanmoins légales.

Plus grave est l'absence de signalement par l'opticien à l'ophtalmologiste d'un changement de la correction optique initialement prescrite par l'ophtalmologiste, **car il s'agit d'une obligation réglementaire**. Il semble pourtant que ce soit une attitude très majoritaire parmi les opticiens. La plupart des ophtalmologistes n'ont reçu depuis 2007 qu'un petit nombre de courriers (souvent moins de dix) de la part des opticiens, alors que tous les jours les ophtalmologistes voient des patients avec des lunettes renouvelées et adaptées. Cette situation n'est guère excusable vu que c'est obligatoire et que les opticiens ne peuvent, dans leur grande majorité, arguer d'une surcharge de travail (la plupart des magasins vendent moins de 3 paires de lunettes par jour et ne font que quelques adaptations par semaine). Il n'y a certes pas de sanction prévue aujourd'hui dans cette situation, mais cela montre la difficulté de la profession à entrer dans un cadre de coopération sanitaire avec les ophtalmologistes. Plusieurs enseignes (Atol, Lissac, Optic 2000,...), conscientes du problème, ont instauré une charte ayant pour but d'inciter leurs adhérents à respecter les termes du décret. Le succès semble mitigé à ce jour.

Ce non respect des obligations réglementaires (cela concerne aussi le port du badge, le respect de la limitation de la validité à trois ans de l'ordonnance initiale, la distinction entre renouvellement à l'identique ou avec adaptation), **pourtant légères et peu contraignantes, rend difficile l'étude de nouvelles coopérations ou l'extension du dispositif actuel**.

En 2006, le SNOF avait indiqué dans le rapport sur la filière visuelle : *« Seulement 30% des patients consultant en ophtalmologie le font pour un motif réfractif (lié à une correction optique), dont un quart d'enfants. Parmi ceux-ci, 36% présentent un problème médical autre nécessitant une prise en charge concomitante lors de l'examen. Donc, seulement une partie des 16% restants pourrait bénéficier de la mesure N°4 (le renouvellement avec adaptation). Il n'est pas inutile de remarquer que ces examens sont ceux qui sont parmi les moins chronophages pour les ophtalmologistes. »* Cela s'est confirmé : il n'y a pas eu de baisse d'activité des ophtalmologistes, ni individuelle, ni collective ; les listes d'attente n'ont pas baissé. Cela indique simplement que le problème essentiel n'est plus aujourd'hui celui des lunettes et de l'accès à une prescription pour les obtenir. Le dispositif actuel, malgré ses imperfections, y pourvoit.

Ce dispositif vient d'être évalué, à la demande de la HAS, dans une enquête sur le mois de juin 2010 par la CNAMTS auprès de 750 opticiens dont 250 ont fourni des réponses exploitables. Elle montre que :

- 97 % des délivrances de lunettes se font dans le cadre du remboursement SS.
- Les oppositions des ophtalmologistes au renouvellement ne représentent que 5,7 % des prescriptions. Cela indique que le dispositif est bien accepté par les ophtalmologistes.

- Les renouvellements sur prescription datant de moins de trois ans représentent 17 % de l'ensemble des lunettes délivrées. La part de renouvellements avec adaptation est de 40 % parmi ces 17 %, soit au final environ 7 % des lunettes délivrées. **Cela est tout à fait conforme à ce qu'avait annoncé le SNOF.**

L'important est d'améliorer l'accès à l'ophtalmologiste pour la prévention et la prise en charge des pathologies. Certains retards de diagnostic ont d'ailleurs été signalés au SNOF par ses adhérents suite au décret de 2007. A l'inverse, on note aussi des retours vers les ophtalmologistes qui limitent l'impact du décret, ils sont de trois ordres :

- patient adressé par l'opticien qui suspecte un problème autre que réfractif (retour légitime)
- patient venant de lui-même pour faire contrôler le travail de l'opticien
- patient mécontent des lunettes délivrées par l'opticien

La HAS vient d'élaborer des recommandations sur le thème « Troubles de la réfraction : délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement ».

Les recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- a. Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?
- b. Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?

Elles ont pour but d'améliorer la coopération entre les deux professions. Les données précédentes indiquent que cela est nécessaire. La question est de savoir si le monde de l'optique sera capable de se saisir de ces recommandations, le contexte de pléthore et de concurrence exacerbée n'arrange pas les choses. Elles ont été publiées en avril 2011. Les voici :

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

L'ophtalmologiste peut s'opposer ou limiter dans le temps, en le précisant sur l'ordonnance, le renouvellement avec adaptation, dans les situations ou circonstances associées qui nécessitent un suivi ophtalmologique rapproché.

Cette liste de situations ou circonstances associées n'est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste. Celui-ci décide au cas par cas s'il y a lieu de limiter le renouvellement avec adaptation en l'expliquant à la personne.

Il est recommandé que le médecin prenne en compte le degré de compréhension de la personne et son implication dans sa prise en charge ophtalmologique.

Il est recommandé d'inscrire l'acuité visuelle corrigée dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place.

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

- les troubles de réfraction suivants :
 - myopie $\geq - 6$ dioptries et/ou longueur axiale ≥ 26 mm,
 - changement d'axe $\geq 20^\circ$ en cas d'astigmatisme $\geq 0,75$ dioptrie, pour toute amétropie, une modification d'1 dioptrie ou plus en 1 an,
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome,
 - hypertension intraoculaire isolée,
 - pathologies rétinienne (dont DMLA, rétinopathie diabétique...),
 - cataracte et autres anomalies cristalliniennes,
 - tumeurs oculaires et palpébrales,
 - antécédents de chirurgie réfractive,
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère et datant de moins de 3 ans,
 - anomalies cornéennes (notamment greffe de cornée, kératocône, kératopathies, dystrophie cornéenne...),
 - amblyopie bilatérale,
 - diplopie récente et/ou évolutive.
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète,
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, Sclérose en plaques, Polyarthrite rhumatoïde, Lupus, Spondylarthrite ankylosante),
 - hypertension artérielle mal contrôlée,
 - SIDA,
 - affections neurologiques à composante oculaire,
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours, notamment :
 - corticoïdes,
 - antipaludéens de synthèse,
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

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

Lorsque l'acuité visuelle est connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute baisse de la meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la précédente mesure.

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

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

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

Le compte-rendu doit préciser :

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

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

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

3.2. Formation et évolution des effectifs

Les opticiens sont formés en deux ans dans des écoles d'optique qui préparent à un BTS d'opticien-lunetier. Il y avait, en 2005, 47 formations différentes en France ! Elles n'étaient que six il y a 25 ans ; trois seulement sont publiques. Les frais de scolarité sont élevés, mais ces formations sont attractives, car courtes.

On observe une **augmentation considérable du nombre de nouveaux diplômés depuis 20 ans qui passe de moins de 300 par an en 1990 à plus de 1000 par an en 2000, pour atteindre 2136 en 2009**²² (graphique 13) ! En 2001, il y avait 11 026 opticiens d'après la DREES²³, au 1^{er} janvier 2010 ils étaient 20 700, soit quasiment le double ! La démographie des opticiens n'est pas du tout régulée et il y a un laisser-faire. Cette situation risque d'avoir des conséquences graves à relativement court terme pour cette profession, car si jusqu'à présent les nouveaux effectifs ont pu être absorbés, **la vraie pléthore va arriver prochainement**, source de chômage et de baisse des revenus. Beaucoup pensent que nous sommes déjà au-delà des besoins. Il est étonnant qu'en 2 ans, on puisse former plus d'opticiens que d'orthoptistes sur les 30 dernières années !

Il semble y avoir une grande hétérogénéité dans le niveau des enseignements. La moyenne d'âge est de 38 ans. 2/3 des opticiens sont salariés. En fait des promotions de 200 à 300 néo-opticiens par année

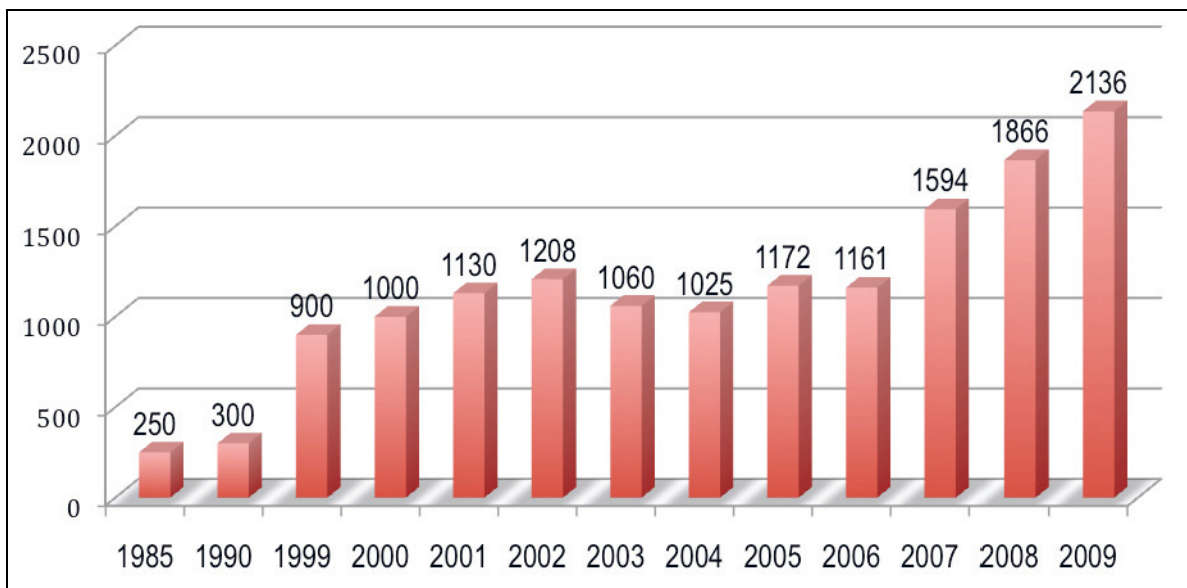
²² Site Acuité.fr. http://www.acuite.fr/bts_result09.asp

²³ <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat21.pdf>

seraient suffisantes dans les 15 ans pour maintenir la démographie. La densité varie du simple au double entre l'Auvergne et l'Île-de-France. Les magasins sont souvent très concentrés dans les villes.

Bien que d'assez nombreux acteurs de la filière visuelle, dont le SNOF, s'alarment de cette dérégulation dans la formation, rien ne change. **Tout le monde semble attendre l'effondrement du système. On va vers une régulation brutale liée à la saturation du marché.** Les écoles fermeront quand il n'y aura plus d'élèves prêts à payer pour des études conduisant une bonne part des diplômés vers le chômage.

Les besoins de la population ne justifient pas une telle évolution. Il y a une différence flagrante avec les autres professions de santé qui subissent un encadrement strict aussi bien pour le contenu de la formation, que pour la démographie et les conditions de la pratique (médecins, professions paramédicales).



Graphique 13 : Nombre de diplômés au BTS d'optique. Sources : Acuité.fr et Bien Vu

3.3. Le marché de l'optique

Le rythme de renouvellement des lunettes serait d'environ 3 ans, mais cela reste difficile à préciser vu la diversité des offres (deux paires pour le prix d'une, verres de proximité, verres solaires correcteurs, etc...). Lors des discussions sur la loi de 2006, la CNAMTS avait effectué une étude qui montrait un taux moyen de renouvellement de 2 ans et 5 mois entre 16 et 60 ans, et de 2 ans et 10 mois chez les plus de 60 ans.

En 2007, le marché de l'optique a réalisé un chiffre d'affaires total de 5,5 milliards d'euros. Cette estimation établie par le magazine Bien Vu est basée sur les Comptes Nationaux de la Santé publiés par la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques), selon lesquels les

dépenses d'optique ont atteint 4,537 milliards d'euros. Ce montant ne comptabilise que les équipements remboursés par la Sécurité sociale (montures et verres correcteurs) : il convient donc d'y ajouter les ventes de solaires afocales, de lentilles, de produits d'entretien et d'accessoires. Les montures et verres correcteurs représentant 80 à 85 % des ventes d'un magasin, la valeur du marché global atteint ainsi 5,499 milliards d'euros TTC.

Le chiffre d'affaires moyen par magasin était en 2007 de 538 000 euros, contre 568 000 euros en 2004, mais cela est très variable suivant les enseignes. Les indépendants représentent encore la majorité de points de vente (48 % des 10200 magasins), mais réalisent moins de 30 % des parts de marché. Le nombre de magasins pourrait baisser de 20 % dans les dix ans vu la saturation du marché. Bon nombre de magasins vendent entre une et trois paires de lunettes par jour. Parmi les enseignes, Optic 2000 reste leader avec 14,72 % de parts de marché, devant Kryss 11,49 % et Alain Afflelou 10,09 %.

Des informations complémentaires peuvent être trouvés sur le site Acuité.fr²⁴

L'enquête sur la santé et la protection sociale 2008 de l'IRDES portant sur près de 15000 assurés sociaux représentatifs²⁵ indiquent la fréquence des troubles de la vue et des maladies oculaires. Il s'agit cependant de données déclaratives et non constatées.

ESPS 2008 : en %	Moins de 16 ans	16 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus
Troubles de la vue	22,6	45	82,5	91,7
personnes portant des lunettes ou des lentilles	24,3	43,8	74,4	86,5
Maladies de l'œil et troubles de la vue	25,3	59	90,1	122

Tableau 17 : Fréquence des troubles oculaires dans l'enquête Santé et Protection Sociale 2008 (Irdes)

On constate que **jusqu'à 16 ans, il y a un fort parallélisme entre port d'une correction optique et l'ensemble « maladies et troubles de la vision »**. **Dès la tranche d'âge 16-39 ans, l'écart est significatif et il s'agrandit de plus en plus ensuite**. D'après cette enquête, après 40 ans, une partie importante des troubles de la vue ne sont plus corrigés de manière satisfaisante par des lunettes ou des lentilles. Ces données justifient une fois de plus la nécessité d'effectuer un dépistage régulier des maladies oculaires qui ne peut être fait, en pratique, que par un ophtalmologiste vu la diversité potentielle des anomalies

²⁴ http://www.acuite.fr/eco_marche11.asp

²⁵ <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

V. Combien forme-t-on d'ophtalmologistes en Europe ?

Renouvelle-t-on les effectifs à l'étranger ?

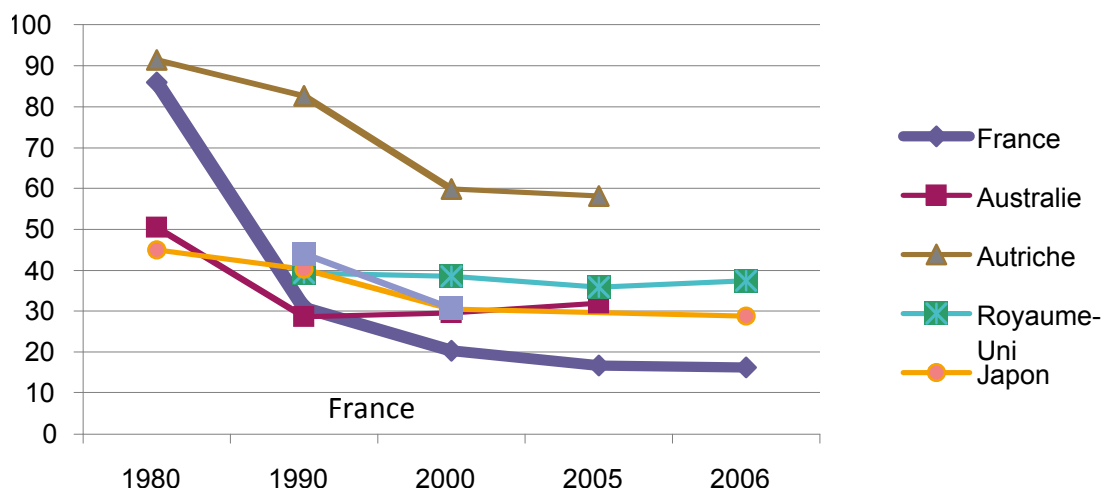
La situation extrêmement préoccupante de la démographie ophtalmologique française amène bien évidemment à se demander s'il s'agit d'un phénomène purement français où s'il touche l'ensemble des pays européens. Le SNOF, par l'intermédiaire de sa Commission Démographie et de son représentant au sein de l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), Guy Aflalo, a mené une enquête.

1. Une formation médicale peu importante en volume en France

Avant d'aborder plus spécifiquement l'ophtalmologie, il n'est pas inutile de souligner que la prétendue pléthore médicale française appartient au passé et que notre pays se distingue dorénavant parmi tous ceux de l'OCDE par son incapacité à renouveler son corps médical à une vitesse suffisante. Les chiffres sont sans appel (*Source OCDE- Eco Santé 2007*).

Ainsi, **la densité médicale française, qui était la 3^e dans l'OCDE en 1990, n'était plus que la 13^e en 2005 et on peut prédire qu'elle pointera entre la 20^e et la 25^e position vers 2020 sur 30 pays.** Du peloton de tête, nous serons passés à celui de queue ! Il est difficile de comprendre l'idéologie sous-jacente qui a conduit à cette situation.

Une autre statistique très démonstrative est celle du nombre de médecins formés par année, rapportée à 1000 médecins en activité : elle mesure en fait la vitesse de renouvellement du corps médical. Nous occupons la 2^e place en 1980 ; en 1990, nous avons reculé à la 12^e et en 2004 nous pointions à la dernière place parmi les 30 pays de l'OCDE (Graphique 14 et Tableau 18) !



Graphique 14 : Taux de renouvellement des médecins par année / 1000 médecins en exercice

La France a baissé proportionnellement sa formation beaucoup plus que tous les autres pays. En terme de nouveaux médecins par million d'habitants, nous étions également les derniers en 2006.

Pays	1980	1990	2000	2005	2006
Australie	50,5	28,6	29,6	31,9	
Autriche	91,3	82,6	59,9	58,1	
Belgique			45,1		
Canada	40,1	29,4	25	27,1	27,9
Danemark	71,2	38,9	28,8	45,6	
Finlande		40,4	31,2	24,1	27,4
France	85,9	30,8	20,3	16,7	16,2
Allemagne		44	30,7		
Grèce	51			26,5	
Hongrie		30,8	29,5	41	35
Islande	73,8	52,3	34,1	39,9	35,7
Irlande			64,7	51,9	51,7
Italie			27,6	28,9	28,6
Japon	45	40,3	30,5		28,7
Corée			58	55,7	48,6
Pays-Bas		38,7	27,8	28,8	29,4
Nouvelle-Zélande	47,7	45,1	37,5	36,4	33,7
Norvège	42,2		31,8	27,4	
Pologne				28,8	27,8
Portugal		18,5	19	20,8	
République slovaque			34,3		
Espagne			33,2	24,5	23,7
Suède	47,5	28,7	29,4	25,5	
Suisse	54,6	40,8	30	22	20,6
Turquie	62	88,7	59,4	41,1	39
Royaume-Uni		39,3	38,6	35,9	37,5
Etats-Unis			27,8	25,7	

Tableau 18 : Nombre de nouveaux diplômés en médecine /1000 médecins en exercice. *Source ECO-SANTÉ OCDE 2008*

On voit bien que la France semble ne pas être suivie par les autres pays dans son idéologie de la pénurie médicale, qui est aux antipodes des valeurs qui avaient permis à notre pays d'avoir un des meilleurs systèmes de santé au monde, sinon le meilleur.

L'ophtalmologie ayant été pénalisée par rapport à d'autres spécialités dans l'attribution des postes formateurs ces vingt dernières années, on ne peut que craindre à priori les comparaisons avec nos voisins.

2. Les densités en ophtalmologistes dans l'OCDE

Cette étude avait été faite pour le rapport 2006 sur la filière visuelle. Rappelons ses résultats.

La France se situait dans la moyenne européenne pour la densité ophtalmologique (résultat de notre effort de formation dans les années 1970 et 1980). Nos proches voisins (Allemagne, Italie, Belgique, Luxembourg, Espagne) avaient une densité supérieure. Le cas du Royaume-Uni où le nombre réel d'ophtalmologistes (tous statuts confondus) peut être estimé aujourd'hui à 3200, a été longuement développé dans le rapport 2006²⁶ et lors d'une enquête spécifique²⁷.

Pays	Nb ophtalmos	population (milliers)	densité / 100 000h
Allemagne (2001)	8000	82 260	9.8
Autriche	520	8 092	6.4
Belgique	1002	10 226	9.8
Danemark	345	5 326	6.5
Espagne	5000	39 410	12.7
Finlande	460	5 200	8.8
France (2004)	5410	60 200	9.0
Grèce	1580	10 538	15.0
Italie	7000	57 645	12.1
Luxembourg	49	441	11.1
Norvège	332	4 460	7.4
Portugal	700	9 989	7.0
Royaume-Uni (mi-2001)	2800	58 837	4.7
Suède	712	8 857	8.0
<i>Suisse (hors UE)</i>	<i>529</i>	<i>7 136</i>	<i>7.4</i>
moyenne			9.0

Tableau 19 : Les ophtalmologistes de l'Union Européenne (sources UEMS 2001, Drees, enquête Snof)

²⁶ L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques. Dr Thierry BOUR et Christian CORRE. Avril 2006. 135p. <http://www.snof.org/accueil/filiere-visuelle.pdf>

²⁷ Royaume-Uni : prise en charges des problèmes visuels. (fonctionnels et organiques). Aspects démographiques, médicaux et économiques. Comparaison avec la France. T. Bour. Revue de l'Ophtalmologie Française N°138 . p.72-93. http://www.lestroiso.org/doc/ANNEXE_IV_ROYAUMEUNI.doc

Parmi les nouveaux membres de l'UE, les densités sont les suivantes ²⁸:

Pologne	8,4	Estonie	8,4	Lituanie	9,3
Slovaquie	9,3	Tchéquie	9,9	Chypre	10,00
Malte	10,0	Lettonie	10,64	Hongrie	6,42

On voit que ces pays sont dans la même moyenne que ceux de l'Europe de l'Ouest.

Au Japon, il y avait 12 060 ophtalmologistes en 2000 (densité 9,5 / 100 000 h) pour 243 200 médecins (densité 192 contre 330 pour la France), soit environ 5% des médecins (contre 2,7% pour la France).

Les ophtalmologistes américains étaient 18 484 en 2001 d'après l'American Medical Association, c'est-à-dire une densité un peu moins élevée que les ophtalmologistes français. Si l'on tient compte du fait que 45 millions d'Américains n'ont pas accès à des soins médicaux, la densité réelle en ophtalmologistes aux USA passerait alors de 6,6 à 7,9 oph/100 000 h).

Le Canada est incontestablement le pays développé ayant le moins d'ophtalmologistes puisqu'ils n'étaient que 1059 en 1999 pour 30 millions d'habitants. Les flux de formation ont été divisés par deux depuis dix ans (cf. rapport de la Société canadienne d'Ophtalmologie²⁹) alors que les listes d'attente en Ophtalmologie sont particulièrement longues et qu'il y a de véritables déserts ophtalmologiques (parfois sur plusieurs centaines de kms) dans le pays. Les prévisions sont très sombres puisque les besoins devaient augmenter de 43% entre 2000 et 2016. La formation semble avoir été relancée récemment.

3. Les nouveaux diplômés en ophtalmologie dans l'Union Européenne (+ la Suisse)

Voici les résultats que nous avons pu obtenir (tableau 20). Certains pays de l'UE ne sont pas listés, leurs représentants à l'UEMS n'ayant pas répondu ou n'ayant pu réunir les données (d'ailleurs, jusqu'à il y a quelques années, personne ne faisait ce relevé en France).

²⁸ L'Union Européenne à 25 : quelles perspectives pour l'ophtalmologie ? J.P. Dernouchamps. Revue de l'Ophtalmologie Française N°147, avril 2005, p.132-133.

²⁹ http://www.lestroiso.org/doc/ANNEXE_VI_COS.pdf

PAYS	2007	2006	2005	2004	2003
Allemagne	223	224	236		
Belgique	36	29	22	28	
Suisse	24	24			
Autriche	25	148			
Finlande	20	20	20		
Slovaquie	24	30	28	19	
Hongrie	16	16	18	20	22
Pologne	23	23	23		
Lettonie	3				
Estonie	3	3	3		
Royaume-Uni*	150*	150*	150*	150*	150*
Slovénie	8				
France	52	59	36	57	67

Tableau 20 : Les nouveaux diplômés en ophtalmologie en Europe

*Pour le Royaume-Uni, il s'agit d'une moyenne sur les 10 dernières années et tous types d'ophtalmologistes confondus.

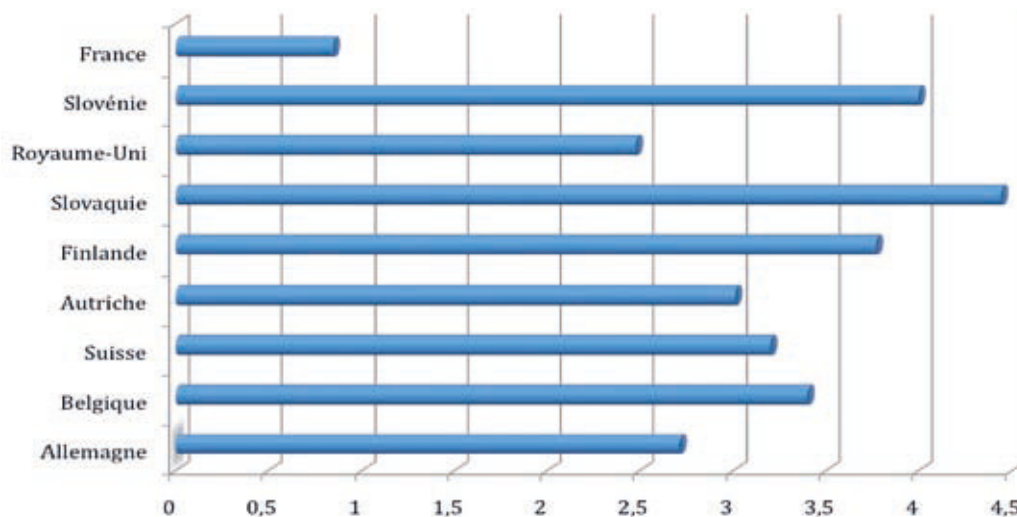
Le tableau 21 est en fait plus intéressant, puisqu'il indique le nombre de diplômés pour 2007 par million d'habitants, ce qui permet une comparaison directe entre pays. La dernière colonne indique les néo-ophtalmologistes si ces pays avaient la même population que la France.

PAYS	population 2006 en millions d'h	nouveaux OPH / million d'h (2007)	nouveaux OPH / 61 M d'h
Allemagne	82,4	2,71	165
Belgique	10,6	3,40	207
Suisse	7,5	3,20	195
Autriche	8,3	3,01	184
Finlande	5,3	3,77	230
Slovaquie	5,4	4,44	271
Hongrie	10,1	1,58	97
Pologne	38,1	0,60	37
Lettonie	2,3	1,30	80
Estonie	1,3	2,31	141
Royaume-Uni	60,5	2,48	151
Slovénie	2	4,00	244
France	61,4	0,85	52

Tableau 21 : Nouveaux diplômés par million d'habitants et ramenés à la population française

Nous voyons qu'il n'y a que la Pologne pour former aussi peu d'ophtalmologistes que la France. **La plupart des pays sont entre 3 et 4 diplômés par million d'habitants et par année, soit 3 à 4 fois plus qu'en France !** Cela mesure une fois de plus l'effort que nous devons faire pour être dans la moyenne et ainsi, non pas se retrouver dans une situation de pléthore, qui ne peut arriver vu le vieillissement de la population et les progrès de notre spécialité, mais simplement être en capacité de répondre dans des conditions pas trop mauvaises aux besoins de la population.

Au vu de ces chiffres, deux questions brûlent les lèvres : qu'est-ce qui peut bien justifier que la France ne veuille pas renouveler ses ophtalmologistes ? et son corollaire : quand cesserons-nous de faire l'inverse de ce qui se fait ailleurs ?



Graphique 15 : Les nouveaux ophtalmologistes formés en Europe en 2007 par million d'habitants

VI. QUELS SONT LES BESOINS DE SANTE ?

1. Evolution de l'activité des ophtalmologistes

1.1. Evolution de l'activité ophtalmologique libérale en France

Nous avons étudié l'évolution de l'activité entre 1980 et 2009. Elle a pu se faire sur les données annuelles d'activités de l'Assurance Maladie, lesquelles ne concernent que l'activité libérale (cabinets + cliniques + plateaux techniques privés + activité privée des praticiens hospitaliers). 86% des ophtalmologistes ont une activité libérale à temps plein ou partiel. Pour l'activité hospitalière, nous ne disposons malheureusement que du PMSI qui ne reflète qu'une partie de celle-ci ; en effet les consultations externes et internes, souvent disponibles au niveau de chaque hôpital, ne sont pas agrégées au plan national. Il faudrait normalement aussi pouvoir tenir compte des activités induites par la pratique médicale, mais non liées directement à une activité de soins (enseignement, FMC, tâches administratives, réunions diverses,...). Il est paradoxal que l'on connaisse mieux l'activité libérale, qui est suivie à la trace par le paiement à l'acte, que l'activité hospitalière pourtant directement sous la tutelle de l'Etat.

a. Activité globale en libéral

Dans le tableau 22, nous voyons qu'il y a eu une très forte augmentation du nombre d'ophtalmologistes libéraux dans les années 80 (+64 %) associée à une importante croissance globale de l'activité (+63%), mais avec stabilisation de l'activité par médecin. L'augmentation de l'activité a été, durant cette période, entièrement absorbée par l'accroissement démographique et sans répercussion sur l'activité individuelle. Certains ont pu y voir la confirmation de la célèbre théorie selon laquelle l'offre en professionnels engendrait la demande, théorie jamais réellement prouvée en médecine, donc que la diminution des médecins, et en particulier des ophtalmologistes, permettrait de faire baisser ou de stabiliser les dépenses.

Comme pour les autres spécialités, l'accroissement est en fait à mettre sur le compte :

- des caractéristiques démographiques de la population, laquelle augmente toujours (+17 % depuis 1980) et surtout vieillit (l'indice de vieillissement est passé de 19 à 69 en 30 ans³⁰).

³⁰ L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

- des évolutions et des demandes de la société en terme de sécurité sanitaire, ce qui va rarement dans le sens d'une minoration. L'augmentation du niveau de vie intervient également.
- du système d'assurance maladie, lequel est universel en France, c'est-à-dire que toute la population a un droit à la santé et les médecins doivent apporter à toute la population « les soins les plus conformes aux données acquises de la science ».
- des progrès médicaux (nouveaux traitements, nouvelles techniques d'explorations,...), lesquels s'imposent aux médecins qui doivent soigner conformément à l'état actuel de l'art. Les médecins ont une obligation de moyens.

Depuis 2001, il y a une régression des consultations (-16 %). **Il continue cependant d'y avoir une augmentation globale des actes par année ayant pour cause la progression des actes techniques.** Entre 1990 et 2009, il n'y a eu qu'une faible croissance des effectifs (4 %), mais l'activité en nombre d'actes a augmenté de 69 % ! Et encore ce pourcentage brut, étant de peu supérieur à celui de la décennie des années 80, sous-estime la réalité, car il pourrait faire croire à un ralentissement. En fait, si la progression n'a été que de 5 millions d'actes entre 1990 et 2000 contre 7,2 la décennie précédente, nous avons depuis 2000 une croissance de 7,9 millions d'actes (tableau 22). On peut même dire que la croissance est assez régulière depuis 1980 avec une augmentation moyenne d'un peu moins de 700 000 actes par an. **Nous sommes actuellement sur une courbe de croissance d'environ 15-20 % de l'ensemble des actes tous les cinq ans. Il faut cependant noter que cela n'a pas empêché la constitution de listes d'attente de plus en plus inquiétantes sur une large partie du territoire, ce qui indique une vraie progression des besoins et non une croissance induite par l'offre. L'activité globale est aujourd'hui près de trois fois supérieure à celle de 1980 !** Cette seule donnée ridiculise tous ceux qui affirment que la pénurie médicale est paradoxale car nous n'avons jamais eu autant de médecins (et d'ophtalmologistes) et que se retrouver en 2025 au niveau de 1980 n'est pas si grave... La réalité, c'est que la médecine d'aujourd'hui, et son activité, n'ont plus grand chose à voir avec la situation d'il y a 30 ans.

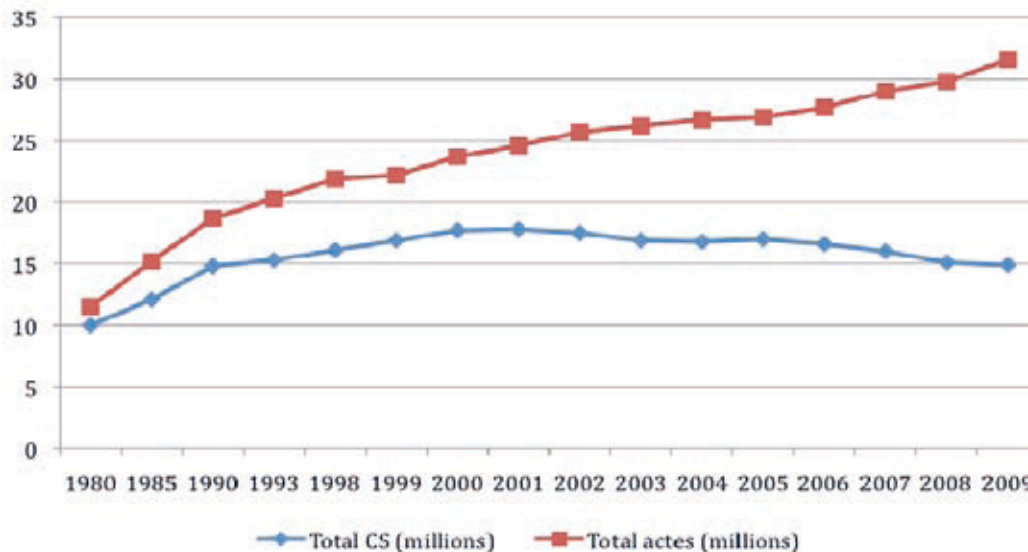
Année	Nb de CS / ophtalmo	Nb total actes/ ophtalmo	Nb d'oph. libéraux	Total CS (millions)	Total actes (millions)
1980	3495	4044	2751	10	11,5
1985	3325	4168	3504	12,1	15,2
1990	3228	4085	4513	14,8	18,7
1993	3331	4421	4586	15,3	20,3
1998	3683	4810	4553	16,1	21,9
1999	3703	4868	4552	16,9	22,2
2000	3894	5213	4542	17,7	23,7
2001	3910	5398	4561	17,8	24,6
2002	3828	5625	4574	17,5	25,7
2003	3718	5742	4559	16,9	26,2
2004	3670	5844	4578	16,8	26,7
2005	3680	5816	4625	17	26,9
2006	3564	5957	4661	16,6	27,7
2007	3428	6203	4679	16	29
2008	3250	6358	4686	15,1	29,8
2009				14,9	31,6

Tableau 22 : Activité en ophtalmologie libérale (globale et par médecin) depuis 1980, France métropolitaine (sources : Eco Santé France, DREES, ISPL-SNIIRAM)

La progression des actes techniques est corrélée aux progrès de la médecine et au vieillissement, elle est rapide et devrait continuer. Les maladies les plus fréquentes en ophtalmologie sont liées à l'âge et les moyens d'y remédier sont de plus en plus nombreux et sophistiqués. Le tableau 23 et le graphique 16 illustrent bien la **croissance des actes techniques en ophtalmologie avec recul relatif de la part des consultations passée de 87 % à 47 % en vingt-neuf ans**. Pour la première fois en 2009, le nombre d'actes techniques a dépassé celui des consultations ! C'est une tendance lourde qui va continuer dans les années à venir. Il ne faut cependant pas oublier que la prescription d'actes techniques se fait habituellement suite à une consultation et qu'il y a donc un lien fort entre les deux.

Année	% Consultations / total actes d'ophtalmologie libérale
1980	87%
1985	80%
1990	79%
1993	75%
1998	73%
2003	65%
2007	55%
2009	47%

Tableau 23 : Proportion des consultations dans l'activité ophtalmologique libérale (France métropolitaine)



Graphique 16 : Evolution de l'activité globale en ophtalmologie libérale

b. Activité individuelle globale en libéral

Les ophtalmologistes libéraux ont dû fortement augmenter leur activité individuelle depuis 1993, moment où la croissance globale des actes diminuait et où apparaissaient les listes d'attente.

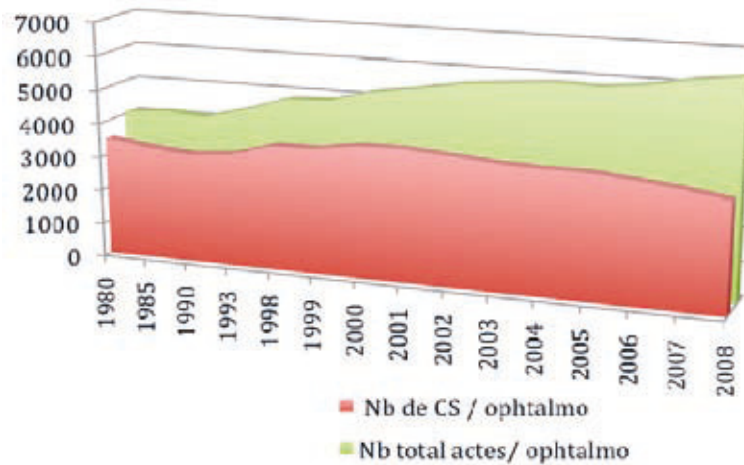
Le recours à l'ophtalmologiste libéral est passé dans la population de 0,353 actes/h en 1993 à 0,506 en 2009, soit une augmentation de 43% (mais l'activité globale s'est accrue de 56% en nombre d'actes). Il y a plusieurs explications complémentaires à cette croissance :

- 1) **rétrocession d'une partie de l'activité hospitalière publique vers le libéral** par 3 phénomènes :
 - . suppression des CES et réduction des Internes, d'où de moindres possibilités de consultations en hospitalier où la pathologie de base est de moins en moins reçue.
 - . forte réduction des durées de séjour pour les interventions chirurgicales (cataractes, strabismes, décollements de rétine,...) et montée en charge de l'ambulatoire, d'où un suivi postopératoire fait surtout en médecine ambulatoire.
 - . le bilan de certaines pathologies médicales est de moins en moins fait en hospitalier ou seulement en partie (uvéites, oblitérations vasculaires, ...).
- 2) **exigence plus importante de la population vis-à-vis de sa vision** (liée à l'évolution de la société : généralisation du travail sur écran par exemple, permis voiture quasi indispensable,...).
- 3) **réelle augmentation de la pathologie par individu**, liée au vieillissement (cataractes, glaucomes, DMLA,...) **et au développement** (ou généralisation) **de nouvelles techniques d'explorations ou chirurgicales** (phakoémulsification, traitements de la DMLA, OCT...).

Le tableau 24 montre que depuis 1990 le nombre d'ophtalmologistes libéraux est quasiment stable. **L'activité globale libérale a augmenté de 62 %, ce qui fait une croissance des actes de 57 % par ophtalmologiste.**

<i>BASE 100 en 1990</i>			
année	activité libérale	nb OPH libéraux	augmentation activité /OPH
1980	61	61	
1985	81	78	
1990	100	100	
1993	109	102	
1998	117	101	
1999	119	101	
2000	127	101	26%
2001	132	101	
2002	137	101	
2003	140	101	
2004	143	101	42%
2005	144	102	
2006	149	103	45%
2007	157	103	52%
2008	162	104	57%

Tableau 24 : Evolution des effectifs et de l'activité des ophtalmologistes libéraux français (85% des ophtalmologistes)



Graphique 17 : Evolution de l'activité moyenne d'un ophtalmologiste libéral

Les ophtalmologistes, devant l'augmentation des besoins de la population, ont fait des efforts considérables et sans précédent pour s'adapter. Peu de spécialités ont été soumises à de telles contraintes. Les quinze dernières années ont été marquées par la **généralisation de l'informatisation** des cabinets avec arrivée des logiciels de consultation, par une diffusion très importante des autoréfractomètres automatiques et des réfracteurs afin de rendre la part de l'examen consacrée à la **réfraction plus efficace et plus rapide**, par la **modernisation des techniques chirurgicales** (cataractes, glaucomes, rétine, chirurgies réfractives,...), par le **développement des plateaux techniques** et l'apparition de nouveaux moyens d'exploration (angiographes numérisés, rétinographes non-mydiatiques, OCT, lasers,...). Plus de **1900 ophtalmologistes libéraux et salariés se sont même engagés dans une démarche de certification collective ISO 9001-2000** afin de rendre plus efficace et plus lisible leur activité vis-à-vis du public. **Le travail aidé par des orthoptistes et en multi-postes**, afin de réduire autant que possible les temps morts entre examens et de mettre en pratique la délégalation de tâches, **se développe rapidement depuis 2000 (il est passé de 1 à 15 % en dix ans)**. Cela s'est traduit aussi par une **augmentation du temps de travail hebdomadaire** évalué déjà à 51H en moyenne en 1991 par le CERC³¹ ; tout indique que nous sommes plus près des 55H aujourd'hui. Les marges de manœuvres pour l'avenir sont réduites, hormis pour le travail aidé, d'autant que les tâches administratives deviennent de plus en plus lourdes et l'on peut être inquiet pour les années à venir de ce point de vue (DMP, traçabilité, codage des actes, télétransmission, prévention de la judiciarisation, référentiels, accréditation...). Ces obligations d'ordre administratif ont sans doute leur justification dans le cadre sociétal actuel, elles engendrent cependant une charge supplémentaire de travail évidente qui vient se télescoper avec l'augmentation des besoins et la stagnation démographique, elles seront de plus coûteuses vu le temps de soin perdu. Si, par exemple, de nouvelles obligations induisent une augmentation de deux minutes du temps moyen de prise en charge d'un patient, cela peut se traduire à la fin d'une journée où 50 patients auront été vus, par un accroissement du temps de travail de 100 minutes par médecin, ce qui sera intolérable.

³¹ Les ophtalmologistes français : étude démographique. L. Beyls. Revue de l'Ophtalmologie Française. N°103, juillet 1996, p.24-65.

L'exemple ophtalmologique (stagnation de la démographie, fort accroissement de l'activité par médecin, apparition de délais d'attente avec débordement de la demande sur l'offre), **est important pour le reste de la médecine, car c'est un cas de figure qui va se généraliser entre 2010 et 2020 pour la majorité des spécialités médicales.** La situation va être inévitablement très tendue, même si la démographie était stabilisée, car les adaptations sont plus limitées que certains pensent, longues à mettre en application et coûteuses, probablement plus que si la démographie médicale avait continué à progresser. Une chute de la démographie médicale pourrait avoir rapidement des conséquences graves en terme de santé publique, d'implications sociales et politiques. **Pour la première fois, il y a un véritable risque de voir régresser l'état de santé de la population.**

c. Typologie de l'activité en libéral

Il y a une grande variabilité des activités d'un ophtalmologiste à l'autre en volume et en chiffre d'affaires.

- Concernant les différences d'activités entre femmes et hommes

D'après l'étude du Cregas déjà citée basée sur le SNIR de 2000, les hommes font en moyenne 20 % de consultations et 50 % d'actes techniques de plus et ont une activité chirurgicale quatre fois supérieure. Soit **une activité globale supérieure de 31 % en moyenne. La moindre activité des femmes en consultation résulte pour la plus grande part d'un temps de travail moins important** (avec plus de temps partiels). Une étude du CERC (Centre d'Etude des Revenus et des Coûts) de 1991⁴⁶ avait montré qu'en ophtalmologie libérale, le temps de travail moyen était de 54,5H/semaine pour les hommes contre 42,1H/semaine pour les femmes. La durée d'une consultation était aussi un peu plus longue chez les femmes (+10 %). A temps de travail égal, la différence de productivité est assez faible.

En 2009 (cf. tableau 25), les femmes représentaient 40,4 % des libéraux. Elles ont réalisé 34,1 % des actes, dont 35% des consultations et 33 % des actes techniques. En nombre d'actes, l'activité d'une femme représentait 76,3 % de celle d'un homme (chiffre moyen ne tenant pas compte d'une éventuelle activité salarié et du travail à temps partiel). Un homme faisait en moyenne 24 % de consultations en plus et 37% d'actes techniques en plus. Le nombre d'actes chirurgicaux réalisés par un homme était de 704 contre 170 (soit 4 fois supérieur).

sexe	secteur	CCAM	Consultations	nb OPH	nb actes/OPH	total actes
Femmes	secteur 1	3 566 070	3 056 568	1 965	5 616	11 034 683
	secteur 2	2 063 102	2 348 943			
Hommes	secteur 1	5 561 038	4 441 587	2 893	7 360	21 291 375
	secteur 2	5 836 513	5 452 237			

Tableau 25 : Activité libérale en 2009 en fonction du sexe et des secteurs, France entière. (sources ISPL-SNIIRAM)

Comme cela a déjà été dit, la profession ne s'attend pas à une augmentation de sa féminisation dans les 15-20 ans à venir, vu qu'elle est déjà importante et plutôt en légère diminution dans les classes d'âge les plus jeunes (les femmes choisissent moins la filière chirurgie).

La France est le pays occidental ayant la plus importante proportion de femmes en ophtalmologie.

- Classification de l'activité des ophtalmologistes libéraux en différentes classes

En 2004, le SNOF avait réparti les ophtalmologistes en cinq classes à partir des données du SNIR et de diverses enquêtes (y était incluse aussi l'activité hospitalière pour le classement, mais pas pour le nombre d'actes qui n'est pas répertorié en hospitalier). Les ophtalmologistes sans activité chirurgicale représentaient 53 %, dont 5 % avaient une activité technique prédominante (surtout explorations complémentaires). L'activité de consultation restait conséquente dans toutes les classes.

Type d'activité	répartition	nb actes	CS	K	KC
(essentiellement) médicale à temps plein	36%	6885	5900	815	170
(essentiellement) médicale à temps partiel	12%	3195	2500	600	95
médico-chirurgicale à prédominance médicale	36%	5200	3500	1200	500
activité technique non chir. prédominante	5%	8490	2200	5900	390
essentiellement chirurgicale	11%	6070	3500	1520	1050

Tableau 26 : Répartition des ophtalmologistes libéraux en 5 classes

Le DACT (Département des Actes Cliniques et Techniques de la CNAMTS) a effectué en 2008, en se basant sur les données 2006-2007 du Régime Général, une étude portant sur l'activité de 3102 ophtalmologistes. La méthodologie employée était une analyse en composantes principales (ACP) sur les parts d'honoraires sans dépassements (HSD) avec une Classification hiérarchique sur les 3 axes retenus à l'issue de l'ACP.

6 classes ont été individualisées selon les actes facturés

- **Classe 1** : 1 310 ophtalmologues (42% de la spécialité)

=> réalisent principalement des consultations

consultations : 84% des HSD (honoraires sans dépassement), toutes classes confondues : 52%

Épr. fonctionnelles : 11% des HSD, toutes classes confondues : 20%

- **Classe 2** : 635 ophtalmologues (21% de la spécialité)

=> réalisent en majorité des épreuves fonctionnelles

Épr. fonctionnelles : 52% des HSD, toutes classes confondues : 20%

consultations : 26% des HSD, toutes classes confondues : 52%

- **Classe 3** : 222 ophtalmologues (7% de la spécialité)

=> forte activité en consultations et en photocoagulations / angiographies

photo./angios : 27% des HSD, toutes classes confondues : 9%

consultations : 42% des HSD, toutes classes confondues : 52%

- **Classe 4** : 38 ophtalmologues (1% de la spécialité)

=> forte activité technique mixte (chirurgie hors cataracte et photocoagulations / angiographies)

photo. /angios : 35% des HSD, toutes classes confondues : 9%

chirurgie : 29% des HSD, toutes classes confondues : 4%

- **Classe 5** : 653 ophtalmologues (21% de la spécialité)
=> **forte activité en chirurgie de la cataracte et consultations**
cataracte : 22% des HSD, toutes classes confondues : 14%
consultations : 53% des HSD, toutes classes confondues : 52%
- **Classe 6** : 244 ophtalmologues (8% de la spécialité)
=> **réalisent en majorité des actes de chirurgie et principalement pour cataracte**
cataracte : 46% des HSD, toutes classes confondues : 14%
chirurgie autre : 10% des HSD, toutes classes confondues : 4%

Pendant, **cette étude a des lacunes. Elle ne peut pas prendre en compte les exercices mixtes** (libéral-salariat) dans lesquels se trouvent un nombre non négligeable de chirurgiens opérant à l'hôpital et consultant en libéral, sous-estimant ainsi la proportion des ophtalmologistes chirurgicaux et surestimant donc le poids des non chirurgicaux.

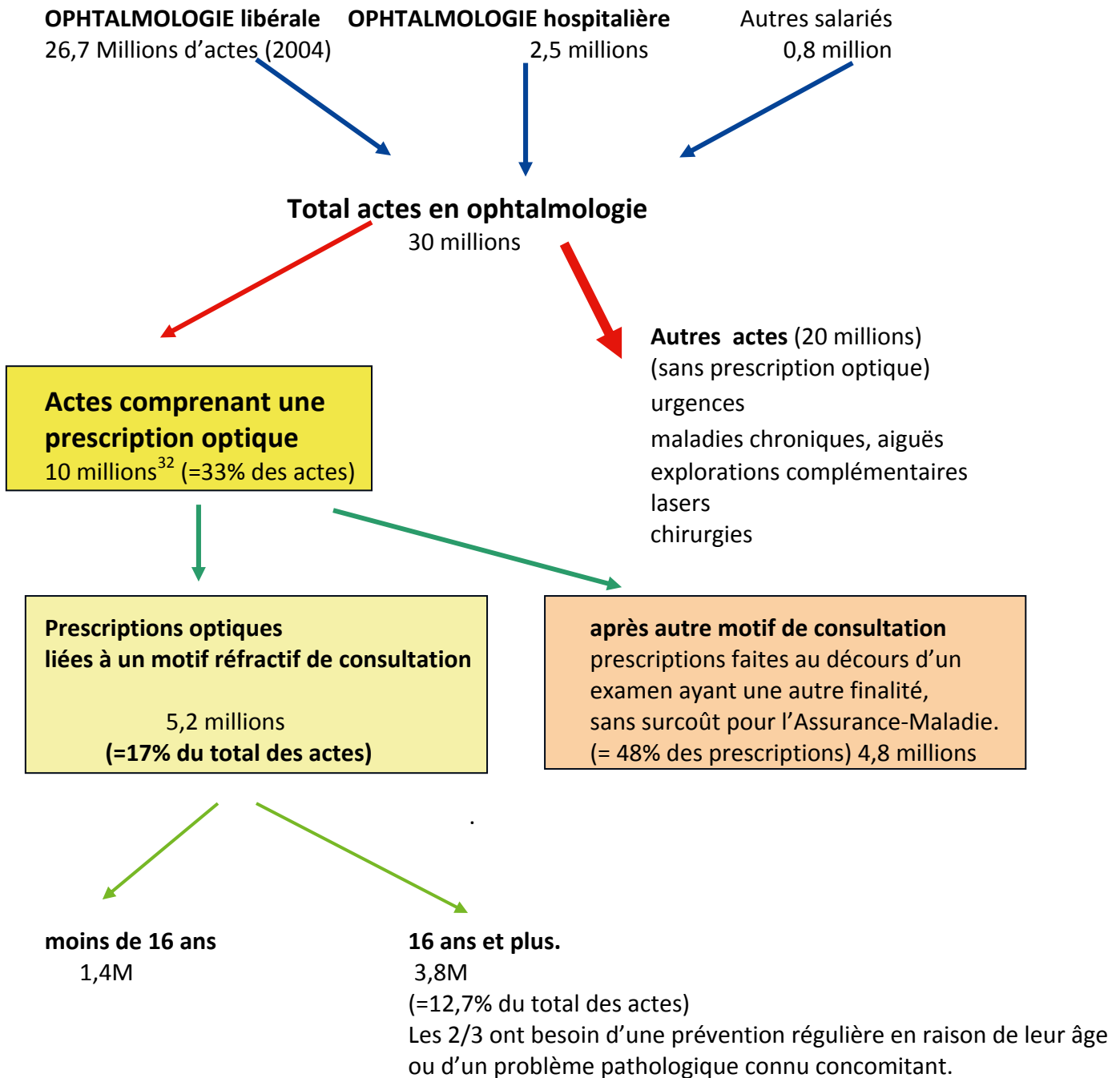
Importance relative des prescriptions optiques dans l'activité ophtalmologique

Parfois, certains lobbies attaquent les ophtalmologistes en suggérant qu'ils passent la majeure partie de leur temps à prescrire des lunettes, ce qui est indigne de leur niveau de formation et d'un coût prohibitif. De plus, la soustraction de cette activité de leur sphère de travail supprimerait instantanément les listes d'attente et révélerait même une pléthore en ophtalmologistes. Il n'est pas inutile de présenter ici l'importance réelle des prescriptions optiques et les conditions générales dans lesquelles elles s'effectuent. Le graphique 18 montre la répartition des prescriptions optiques (lunettes, lentilles de contact) en 2004, il avait été présenté dans le rapport de 2006. Les chiffres ont ensuite été confirmés par les données de l'Assurance-Maladie.

Seulement un tiers des actes effectués par les ophtalmologistes comprenait une prescription optique en 2004. 48% de ces prescriptions optiques ne découlaient pas d'un examen demandé pour ce motif. Donc, **la moitié des prescriptions se faisait sans facturation spécifique, sans coût pour l'Assurance Maladie.**

Les examens ayant un motif réfractif ne représentaient que 17 % de l'activité ophtalmologique globale (moins en temps occupé, car examens peu chronophages). Ces examens permettent aussi une prévention primaire efficace, en effet **près de 30 % des demandes d'examen réfractifs n'aboutissent pas à une prescription optique et concluent à autre cause ; par ailleurs, dans 36 % de ces demandes, un deuxième motif de prise en charge apparaît** (d'après l'étude du SNOF sur le parcours de soins présentée dans le rapport de 2006). **Une délégation vers les opticiens ne peut permettre de résorber les listes d'attente**, comme nous l'avons indiqué en 2006, car les potentialités ne dépassent pas 1 à 2 millions d'actes in fine (cf. graphique 18 pour les 16 ans et plus), sans compter les patients ré-adressés secondairement par l'opticien.

La part de l'activité réfractive pour l'ophtalmologiste diminue. Ainsi, d'après le DACT (ex. Pôle Nomenclature de la CNAMTS), **en 2008, 29 % seulement de l'activité des ophtalmologues libéraux a abouti à la prescription d'optique médicale (lunettes, lentilles de contact remboursées)** dans le Régime Général. On en sera sans doute à 25 % vers 2020. Cela n'est pas dû à une diminution des prescriptions optiques, mais à une dilution progressive dans une activité globale en constante augmentation.



Graphique 18 : Répartition des prescriptions optiques en 2004

³² Cette estimation résulte du croisement de trois sources concordantes :

- l'enquête du SNOF retrouvant 37 % d'ordonnances de lunettes ou lentilles de contact en pratique libérale.
- L'assurance Maladie qui recense environ 8 millions de montures changées par année, auxquelles il faut rajouter les ordonnances de lunettes non utilisées (5 à 10 %) et celles de lentilles (environ 1,9 millions dont la moitié non couplées à des lunettes)
- Les ventes de verres (23 millions, soit 11,5 millions de lunettes) en ôtant les deuxièmes équipements offerts (près de 3 millions de lunettes par année).

La durée moyenne des listes d'attente sur le territoire est de 3 mois (source Magazine Que Choisir de juin 2010), essentiellement dans les zones où la densité en ophtalmologistes est inférieure à 8/100 000 h, ce qui correspond à un peu plus de 7 millions d'actes. En fait, **plus de 50% des listes d'attente sont constituées de patients n'attendant pas**, car ils sont dans un cadre d'examen périodiques prévus (glaucomes, DMLA, cataractes, strabismes, suivis de pathologies diverses, contrôles postopératoires,...)

Il reste donc environ **3 millions de rendez-vous qui sont réellement décalés**. Est-ce beaucoup ? Cela représente **10 % de l'activité annuelle**. Donc, si les ophtalmologistes pouvaient brutalement augmenter leur activité de 10 %, il n'y aurait pas de liste d'attente (mais surcoût pour l'Assurance Maladie). Il est à noter que **depuis 1993** (point de départ des problèmes avec la stabilisation démographique), **l'activité par ophtalmologiste a augmenté de 43 %**. Les ophtalmologistes ont donc fait des efforts considérables (qu'ils continuent actuellement) pour s'adapter aux besoins de la population. Il y a simplement un décalage. Ce dernier n'aurait pas eu lieu si l'ophtalmologie n'avait pas été pénalisée à l'intérieur du numerus clausus au détriment des autres spécialités chirurgicales de 1990 à 2005. **Ce décalage est cependant résorbable en quelques années en mettant en place une politique d'aides-assistants** dans les cabinets d'ophtalmologie en créant une équipe de soins autour de l'ophtalmologiste. Une délégation de tâches encadrée vers les opticiens est utile, mais comme adjuvant. Il faut ici souligner que **la grande majorité des patients sur les listes d'attente n'y sont pas pour un motif réfractif** et que les conséquences potentielles sont donc plus graves que celles d'un retard de renouvellement d'équipement optique. Le problème essentiel des listes d'attente n'est pas, comme cela est parfois dit, celui du retard à l'obtention d'une correction optique (problème en fait secondaire vu que le taux de renouvellement d'un équipement optique est en moyenne de trois ans et qu'une ordonnance de verres est renouvelable, sauf opposition, pendant également trois ans), mais bien celui du retard de la prise en charge de pathologies oculaires, parfois graves (DMLA décompensées, thromboses vasculaires rétinienne, neuropathies optiques, uvéites, glaucomes évolués, cataractes devenant totales...) pouvant conduire à la malvoyance, voire à la cécité non curable. Ceci montre une fois de plus que l'urgence consiste à augmenter les moyens dans les structures de soins ophtalmologiques et non en dehors d'elles.

Le mécanisme d'apparition des listes d'attente a été développé dans l'étude démographique de 2003 du SNOF³³.

Depuis avril 2007, les opticiens ont le droit de renouveler les verres correcteurs. (cf. chapitre sur les opticiens, pp 47-50). Les résultats ont été évalués récemment (cf. p 48) sur le mois de juin 2010. Ils indiquent que **les renouvellements sur prescription datant de moins de trois ans représentent 17 % de l'ensemble des lunettes délivrées. La part des renouvellements avec adaptation est de 40 % parmi ces 17 %, soit au final environ 7 % des lunettes délivrées**. D'après le SNIIRAM³⁴, 18,87 millions de verres et 8,6 M de montures ont été prescrits en 2008 en médecine libérale ; 20,34 M de verres et 9,4 M de montures en 2009. Ces chiffres dépassent ceux d'avant 2007. **Cela confirme que le transfert d'activité vers les opticiens ne peut être que très limité et difficile à mettre en place, et que cela ne diminue pas les besoins en ophtalmologistes.**

³³ http://www.lestroiso.org/doc/ANNEXE_I_Demographie_ophtalmologique.doc, p.40-46.

³⁴ Institut Statistiques des Professionnels de Santé Libéraux (ISPL)

1.2. La difficile évaluation de l'activité ophtalmologique salariée

Comme nous l'avons déjà dit, force est de constater que si l'activité des praticiens libéraux est de mieux en mieux connue quantitativement et qualitativement grâce à la CCAM, il n'en est pas de même de l'évaluation du contenu de l'activité hospitalière. **Le PMSI s'avère nettement insuffisant**, il est pourtant le seul élément réellement disponible. On ne connaît ni l'activité des attachés, ni le nombre de consultations externes et internes, ni le nombre d'exams effectués sur les patients hospitalisés en dehors des actes CCAM classants, ni le temps consacré à des tâches de formation ou d'enseignement. Dans quelle mesure le plus ou moins abondant personnel paramédical des hôpitaux permet-il aux médecins d'améliorer leur productivité, quelle est l'importance des freins administratifs (questions aussi essentielles en libéral) ? La CCAM technique et la T2A permettent cependant d'y voir plus un peu plus clair.

D'après l'annuaire du SNOF³⁵, il y a à Paris, 15 services d'ophtalmologie dépendant de l'Assistance Publique, 11 indépendants de l'AP (essentiellement les XV-XX et la Fondation Rothschild). 27 services se situent en Ile-de-France en dehors de Paris. En province, il y a 34 services ophtalmologiques en CHU et 195 services situés dans des hôpitaux généraux. Soit au total 248 services d'ophtalmologie en hospitalier public ou assimilé. Les effectifs ont été abordés p. 15 à 17.

Vu la réduction des Internes, la disparition des CES et la rétrocession de l'activité de base à la médecine de ville, **l'ensemble de l'activité n'a que peu augmenté jusqu'en 2003**. Cela est confirmé indirectement par le PMSI qui ne retrouve qu'une progression de 6 % des diagnostics principaux en ophtalmologie entre 1997 à 2003 (161 700 à 171 800), alors que dans le même temps, ils passaient de 289 100 à 475 900 (+65 %) dans le secteur privé sous OQN (cliniques). Dans le tableau 27 sont listés les causes de séjours en établissements publics ou assimilés (PSPH) en 2003. Le PMSI nous apprend aussi que 80,5 % de ces séjours sont chirurgicaux (contre 99,1 % en établissements privés). Les séjours pour l'appareil oculaire sont d'ailleurs les plus chirurgicaux de tous les appareils.

PMSI 2003 , base publique	nb de séjours	%
Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite	13175	7.67%
Affections de la conjonctive	3501	2.04%
Affections de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire	9787	5.70%
Affections du cristallin	96490	56.17%
Affections de la choroïde et de la rétine	23940	13.94%
Glaucome	7439	4.33%
Affections du corps vitré et du globe oculaire	4019	2.34%
Affections du nerf et des voies optiques	3415	1.99%
Affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires, de l'accommodation et de la réfraction	6508	3.79%
Troubles de la vision et cécité	2638	1.54%
Autres affections de l'oeil et de ses annexes	878	0.51%
TOTAL	171790	100.0%

Tableau 27 : PMSI 2003

³⁵ Annuaire de l'Ophtalmologie Française, novembre 2010. OPH-communication. Strasbourg

L'enquête faite en 2003 par Iris Conseil Santé sur «la prise en charge des troubles de la vision en Ile-de-France »¹⁵ va plus loin dans l'analyse de l'activité hospitalière. Cependant, les enseignements pour l'ensemble de la France sont limités, vu les particularités de cette région en terme de modes d'activité, d'offre hospitalière et de densité médicale. Les mêmes tendances s'y dégagent pourtant. Ainsi, entre 1998 et 2001, les établissements privés sous OQN ont vu leur activité progresser de 26 % alors que l'activité des établissements sous dotation globale a diminué de 7 %. Le nombre de consultations y serait de 800 000 par année (dont 100 000 urgences) contre 4 millions en pratique libérale ; ce nombre de consultations hospitalières est très important par rapport au reste de la France, il est lié à l'importance de l'offre hospitalière francilienne qui regroupait alors 37 % des temps-pleins français en ophtalmologie et qui utilisait de très nombreux attachés et temps partiels (cf. tableau 2). Cette étude, commandée notamment par l'Hôpital des XV-XX, l'Assistance Publique de Paris et la Fondation Rothschild avec le soutien de l'ARH Ile-de-France conclut : « Ce sont les libéraux qui assurent les grands volumes de consultations. Ce sont également eux, et eux seuls, qui portent l'augmentation de l'activité chirurgicale, alors que l'établissement de santé sous dotation globale s'est essoufflé entre 1998 et 2001 (- 7 %). C'est le ressort libéral qui a porté la croissance chirurgicale et à un coût moindre (en moyenne -35 % en hospitalisation complète et -22 % en ambulatoire). » En extrapolant les données de l'enquête Iris Conseil Santé, on peut estimer que l'ensemble des consultations externes hospitalières est d'environ 2 millions pour l'ensemble de la France. Il est difficile de savoir si les examens complémentaires et les actes thérapeutiques en soins externes sont inclus dans ce chiffre.

Ces dernières années, avec l'arrivée de la T2A modifiant profondément les ressources des hôpitaux, l'activité a fortement augmenté. Les séjours hospitaliers ont progressé de 37 % depuis dix ans et ceux en clinique de 56 % (tableau 27bis).

Année	séjours hôpitaux publics et PSPH	séjours clinique
1999	168527	365449
2004	183998	496186
2009	231291	570652
Evolution	37,2%	56,2%

Tableau 27bis : Evolution des séjours dans les établissements de santé depuis 10 ans (source ATIH)

La progression des séjours en hôpital public et PSPH ces dernières années est exposée dans le tableau 28 et celle dans les cliniques dans le tableau 29.

Tableau 28 (source ATIH) Base Nationale Publique	Nb de séjours et séances (diagnostics principaux CIM 10)			
	2003	2005	2007	2009
Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite	13 181	15 159	14 401	15 512
Affections de la conjonctive	3 501	3 496	3 360	3 842
Affections de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire	9 787	10 253	9 984	10 616
Affections du cristallin	96 490	108 557	115 359	146 672
Affections de la choroïde et de la rétine	23 942	26 503	31 186	27 023
Glaucome	7 438	8 345	8 342	8 240
Affections du corps vitré et du globe oculaire	4 019	4 164	4 123	4 278
Affections du nerf et des voies optiques	3 421	3 608	3 811	3 437
Affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires	6 510	6 646	6 472	6 611
Troubles de la vision et cécité	2 638	3 199	3 257	3 860
Autres affections de l'oeil et de ses annexes	878	1 013	1 091	1 200
TOTAL	171 805	190 943	201 386	231 291

Tableau 29 (source ATIH) Base Nationale Privée	Nb de séjours et séances (diagnostics principaux CIM 10)			
	2003	2005	2007	2009
Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite	27 696	37 196	28 813	26 335
Affections de la conjonctive	7 691	8 727	7 960	7 685
Affections de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire	2 133	2 471	2 168	2 198
Affections du cristallin	404 538	435 357	461 199	489 621
Affections de la choroïde et de la rétine	13 737	24 350	31 595	24 176
Glaucome	8 076	8 764	7 833	7 339
Affections du corps vitré et du globe oculaire	2 921	2 980	3 893	4 022
Affections du nerf et des voies optiques	155	178	139	133
Affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires	10 051	8 824	8 378	7 979
Troubles de la vision et cécité	215	516	736	447
Autres affections de l'oeil et de ses annexes	802	949	927	717
TOTAL	478 015	530 312	553 641	570 652

Tableau 29

1.3. La progression de la chirurgie ophtalmologique

En 2003, la chirurgie ophtalmologique avait les caractéristiques suivantes en volume (tableau 30)

Il faut y ajouter environ 100 à 120 000 interventions de chirurgie réfractive hors PMSI, car hors nomenclature, et également un certain nombre d'actes de chirurgie plastique. En incluant les actes de petite chirurgie pratiqués en cabinet, on devait se situer un peu au-delà de 800 000 actes chirurgicaux annuels. Les injections intra-vitréennes dans les DMLA ne sont pas comprises.

La chirurgie PMSI était faite aux trois-quarts dans des établissements privés sous OQN. Seules les greffes de cornée, la chirurgie de la rétine + vitré et quelques interventions spécialisées étaient effectuées majoritairement dans le public. La cataracte représentait à elle-seule 78 % de l'ensemble ! Cette part ne fait qu'augmenter avec le temps, elle était de 71 % en 1997.

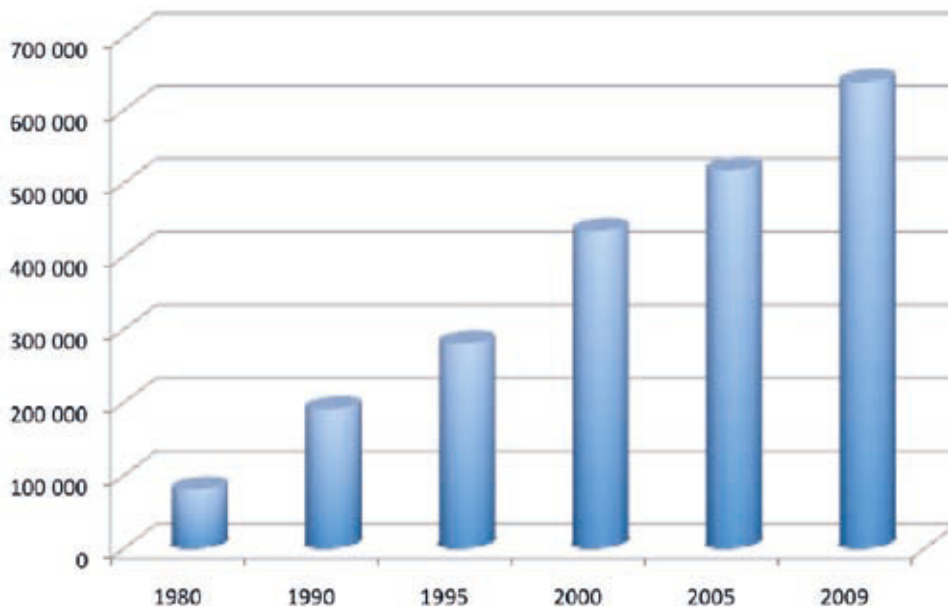
Types d'interventions (PMSI 2003)	libéral	publique	total	% libéral
CATARACTES	402 800	96 500	499 300	81%
GLAUCOMES	8 000	7 400	15 400	52%
VITRECTOMIES	7 000	10 200	17 200	41%
DACRYOCYSTORHINOSTOMIES	2 500	1 100	3 600	69%
INTUBATIONS LACRYMONASALES	3 200	1 100	4 300	74%
ENTROPIONS/ECTROPIONS	7 300	2 500	9 800	74%
PTOSIS	3 200	1 400	4 600	70%
PTERYGIIONS	6 500	2 300	8 800	74%
DECOLLEMENTS DE RETINE	9 000	11 100	20 100	45%
STRABISMES	8 000	5 900	13 900	58%
GREFFES de CORNEES	1 300	3 200	4 500	29%
Autres interventions sur les paupières, l'appareil lacrymal ou les muscles	10 000	11 000	21 000	48%
Autres interventions sur la conjonctive, la cornée ou le contenu du globe oculaire	4 500	11 000	15 500	29%
TOTAL	473 300	164 700	638 000	74%

Tableau 30 : Répartition des différents types d'interventions chirurgicales en ophtalmologie entre établissements privés et publiques (source PMSI 2003)

La progression de l'incidence de l'intervention de la cataracte est à peu près semblable dans tous les pays et a fait l'objet de nombreux travaux (par ex. Drees. Etudes et Résultats N°101, fév.2001 : le traitement chirurgical de la cataracte en France), la justification de cette progression n'est pas remise en cause. Le nombre de cataractes opérées par an était de 80 000 en 1980, de 280 000 en 1995 et de 638 000 en 2009 (graphique 19). Il y a donc un facteur multiplicatif de huit en 30 ans. Elle est devenue de loin la première intervention chirurgicale en France et la deuxième cause d'hospitalisation après l'accouchement. L'ambulatoire se développe rapidement (19 % en 1997, 44% en 2003 et près de 78 % en 2009), la réduction de la durée d'hospitalisation et l'amélioration spectaculaire des résultats ont été remarquables. Les durées moyennes de séjour pour l'intervention de la cataracte étaient de 14 jours en 1970, pour tomber à 7 jours en 1985 et moins de deux jours en 2000 (source OCDE-EcoSanté). L'ambulatoire a démarré au début des années 1990, certains pays s'y sont mis plus rapidement que la France, mais souvent sous la contrainte.

L'anesthésie générale, qui était de loin la modalité la plus répandue il y a 25 ans, a cédé la place progressivement à la locorégionale, à la neurolept-analgésie potentialisée localement ou à l'anesthésie topique, ce qui a diminué considérablement le risque vital. Le processus anesthésique s'est donc allégé, mais au détriment du confort du chirurgien. En effet, celui-ci doit prendre en compte, en plus de la complexité des interventions, l'état éveillé du patient et son authentique capacité à bouger lors d'interventions se faisant sous microscope opératoire, lequel amplifie considérablement les mouvements. C'est une source de stress supplémentaire et une nécessité d'excellence dans le geste

opératoire. La cataracte a connu depuis une vingtaine d'années une transformation radicale vers la micro-incision et l'ablation du cristallin *in situ* (phakoémulsification), rendant son apprentissage plus long et délicat (300 interventions) et demandant au chirurgien de travailler à la fois avec ses deux yeux (intervention en 3 dimensions dans un cm³), ses oreilles (pour apprécier le niveau de vide du phakoémulsificateur et l'intensité des ultra-sons), ses deux mains (2 instruments dans l'œil) et ses deux pieds (un guidant le microscope et l'autre le phakoémulsificateur). La contrepartie en a donc été un raccourcissement prodigieux des durées moyennes d'hospitalisations allant jusqu'à l'ambulatoire, une récupération visuelle rapide (passant de six semaines à un à deux jours), une socialisation précoce et enfin une diminution de la morbidité et des ré-interventions. Là aussi, les ophtalmologistes ont été mal récompensés de leurs efforts et des économies d'échelles réalisées, car la chirurgie ophtalmologique a été pénalisée dans la CCAM par rapport à la chirurgie non ophtalmologique³⁶. Développer des techniques chirurgicales complexes, difficiles d'apprentissage, mais très efficaces en termes de résultats, de confort pour le patient et de coût n'est donc pas rentable financièrement pour les chirurgiens...



Graphique 19 : Nombre de cataractes opérées

La chirurgie rétino-vitréenne et la chirurgie réfractive ont connu aussi des améliorations et des évolutions considérables. En volume d'actes, la chirurgie rétino-vitréenne a augmenté de 36% entre 1997 et 2003, elle a encore progressé du même pourcentage de 2003 à 2009. La chirurgie réfractive a, elle, probablement triplé en quinze ans. Le reste de la chirurgie ophtalmologique a assez peu augmenté, voire stagné en raison de l'amélioration de la prise en charge des aspects médicaux, mais

³⁶ Voir notamment le mémoire fait par le SNOF pour les autorités de tutelle avec le concours d'Isam Ressources : Nouvelle tarification de la chirurgie de la cataracte : *risques pour la santé visuelle et propositions de solution (2004)*

cela représente des volumes assez faibles comparativement aux pathologies précédentes. Ceci est présenté dans le tableau 32 qui reprend l'ensemble des principales causes de séjours dans les établissements de santé entre 2003 et 2009 dans le cadre de la T2A. Si la progression générale est de 23,4% ; la chirurgie de la cataracte représente à elle seule 89% de cette progression et la chirurgie de la rétine 9% !

Tableau 32 (source ATIH)	Nb de séjours et séances (diagnostics principaux CIM 10)				Evolution
Base Nationale Publique et Privée	2003	2005	2007	2009	2003-2009
Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite	40 877	52 355	43 214	41 847	2,4%
Affections de la conjonctive	11 192	12 223	11 320	11 527	3,0%
Affections de la sclérotique, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire	11 920	12 724	12 152	12 814	7,5%
Affections du cristallin	501 028	543 914	576 558	636 293	27,0%
Affections de la choroïde et de la rétine	37 679	50 853	62 781	51 199	35,9%
Glaucome	15 514	17 109	16 175	15 579	0,4%
Affections du corps vitré et du globe oculaire	6 940	7 144	8 016	8 300	19,6%
Affections du nerf et des voies optiques	3 576	3 786	3 950	3 570	-0,2%
Affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires	16 561	15 470	14 850	14 590	-11,9%
Troubles de la vision et cécité	2 853	3 715	3 993	4 307	51,0%
Autres affections de l'oeil et de ses annexes	1 680	1 962	2 018	1 917	14,1%
TOTAL	649 820	721 255	755 027	801 943	23,4%

La progression des volumes de la chirurgie s'inscrit dans la progression générale des actes d'ophtalmologie. Elle est de même niveau que l'évolution des actes techniques non chirurgicaux qui ont augmenté de 20% sur la même période (mais beaucoup plus en nombre d'actes). En volume, les actes chirurgicaux représentent 3 % de la totalité des actes, mais on estime qu'actuellement le temps chirurgical représente environ 20 % du temps de travail soignant de l'ophtalmologiste libéral en moyenne. Environ 1500 ophtalmologistes libéraux ont une activité chirurgicale, soit un peu plus de 2000 avec les hospitaliers. L'appareil oculaire requiert donc un temps chirurgical plus important que les autres appareils de l'organisme : il y a environ 20 000 chirurgiens exclusifs pour 210 000 médecins, soit 10 %.

2. Evaluation des besoins en soins pour l'avenir

2.1. Problèmes de l'évaluation du recours aux soins des patients pour l'avenir

Evaluer les besoins à venir pour une spécialité est un exercice périlleux, mais nécessaire, bien que rarement réalisé jusqu'à présent, ou avec des résultats souvent erronés.

Le rapport du Cregas, déjà cité ¹³, s'est essayé à cet exercice en 2003 à partir des données du SNIR 2000, des enquêtes SPS du Credes et de quelques études étrangères. Il s'était basé sur la progression présumée de cinq types de pathologies (amétropies, cataractes, DMLA, glaucomes, diabète) en

estimant qu'ils résumaient l'essentiel de l'activité. Nous avons développé, analysé et critiqué la méthodologie utilisée dans le rapport 2006 sur la filière visuelle ¹. Les prévisions se sont révélées en très net décalage avec la réalité. Ainsi le rapport du Cregas ne retenait qu'une augmentation de 20 % des consultations et des K entre 2000 et 2020. Or, le chiffre réel pour 2004 (date de sortie du rapport) correspondait déjà aux prévisions de 2014 ! L'estimation haute pour 2020 (27,8 M d'actes) a été dépassée en 2007 ! La faillite de cette modélisation est évidente, bien que portée par un économiste de santé bien connu.

En fait, **nous ne connaissons** pas précisément aujourd'hui **la prévalence exacte des principales pathologies**, aussi les prévisions par pathologie peuvent être entachées d'erreurs. Il faut donc rester prudent d'autant que **les différentes pathologies présentées** (amétropies, cataractes, DMLA, glaucomes, diabète) augmentent toutes fortement après cinquante ans et **sont très souvent intriquées**. Il n'est pas rare par exemple de rencontrer des patients présentant l'ensemble des cinq pathologies ci-dessus. La somme des recours aux différentes pathologies a par conséquent une justification statistique limitée. Non seulement, on sous-estime fréquemment l'évolution de la prévalence réelle de nombreuses pathologies dans le temps (laquelle dépend aussi de l'évolution des moyens de diagnostic), mais **il est difficile de prévoir la variation des moyens mis en œuvre pour suivre une pathologie donnée**. Un exemple particulièrement démonstratif est donné actuellement par la prise en charge des DMLA néovasculaires. Là où un examen annuel était suffisant il y a dix ans, il faut parfois revoir aujourd'hui le patient une dizaine de fois dans l'année. Les progrès de la médecine permettent souvent de transformer des affections aiguës ou sans solution, en pathologies chroniques nécessitant un suivi au long court. A l'inverse, une intervention ponctuelle très efficace, comme la cataracte, verra souvent ses indications s'élargir. Un autre élément essentiel est celui de l'accroissement dans le temps des besoins de santé à âge égal. Cet effet « générationnel » est bien connu des statisticiens de l'Assurance-Maladie : à pathologies et âges égaux, le coût augmente dans le temps. Enfin, l'arrivée du « Papy Boom » risque de « booster » les pathologies oculaires liées à l'âge.

Plus modestement, nous avons proposé en 2006 de ne se baser que sur l'évolution globale passée de l'activité et de la projeter séparément pour les consultations et les actes techniques dans le temps. Il s'est produit toutefois un biais avec l'apparition de la CCAM technique et la non réalisation de la CCAM clinique. La progression annuelle de 1 % proposée des consultations (soit 20 % en 20 ans) n'a pas eu lieu (au contraire, il y a eu une baisse de 11 % entre 2004 et 2009) et les actes techniques ont progressé de 60% en cinq ans au lieu des 25% prévus initialement. Il y a eu un transfert de l'activité des consultations vers les actes techniques qui trouve sa double justification par l'évolution des techniques (par ex. diffusion des OCT et des rétinographes) et l'absence de CCAM clinique. Globalement, notre modèle n'est cependant pas déficient, puisqu'il prévoyait 30,015 M d'actes en 2009, soit un chiffre situé entre les valeurs réelles données par le SNIIRAM pour 2008 (29,8 M) et 2009 (31,5 M). Tout ceci montre la nécessité de revoir régulièrement les hypothèses et les méthodes de calcul en confrontant les prévisions à la réalité, par exemple tous les cinq ans.

2.2. Quelle activité en ophtalmologie vers 2025 ?

Malgré tout ce qui vient d'être dit, il est intéressant et utile de se pencher sur l'évolution des principales pathologies, sans cependant trop entrer dans le détail dans le cadre de ce rapport et en les intégrant dans une vision d'ensemble.

- les troubles de la réfraction

Le tableau 33, fait avec l'aide d'AEC Partners, indique l'évolution des porteurs de lunettes et de lentilles de contact entre 2000 et 2025 suivant les classes d'âge. Il s'agit d'estimations à partir de chiffres actuels qui ont eux-mêmes une certaine marge d'erreur (de l'ordre probablement de 10%). Les chiffres de la population pour 2025 sont ceux fournis par l'INSEE suivant son scénario central (modèle 2005). On peut en tirer quelques données intéressantes :

- Moins de 30 % des personnes de moins de 39 ans sont porteuses de lunettes
- Entre 40 et 49 ans, cette proportion monte à 60 % et à 74 % pour les personnes de la tranche supérieure
- 90 % des plus de 60 ans portent de lunettes (données provenant de la dernière enquête SPS de l'Irdes)

Il y a environ 31 millions de porteurs de corrections optiques en 2010 répartis en 2,3 M chez les moins de 20 ans ; 16 M de 20 à 59 ans et 12,7 M chez les 60 ans et plus.

Les moins de 40 ans ne représentent que 23 % des porteurs.

La progression depuis 10 ans (3 millions) n'a concerné que les plus de 50 ans.

D'ici 2025, le nombre de nouveaux porteurs de corrections optiques ne devrait augmenter que de 12 % et cela ne concernera que les plus de 60 ans, qui ont besoin d'un suivi ophtalmologique régulier.

La population de plus de 60 ans pèsera pour près de la moitié des porteurs de lunettes mais cette population sera également suivie pour des pathologies de l'œil comme le glaucome, la DMLA, la rétinopathie diabétique ou la cataracte, voir un syndrome sec oculaire.

Ces chiffres expliquent d'une autre manière pourquoi les transferts de renouvellements chez les opticiens ne peuvent qu'être limités. Les prescriptions optiques se feront souvent lors de ces suivis et prises en charge sans nette surcharge de travail par rapport à aujourd'hui. Les besoins en consultations à visée uniquement réfractive vont diminuer probablement, sauf si une épidémie de myopie apparaît, en raison d'une légère contraction de la population des moins de 60 ans. Ces consultations réfractives ne devraient guère représenter plus de 10 % de l'activité ophtalmologique globale. Il apparaît ainsi qu'à l'avenir, le problème essentiel est bien celui de l'accès aux soins et à la prévention et non l'accès aux prescriptions optiques, qui se fera souvent au décours d'un examen ayant aussi une autre justification. La possibilité de renouvellement direct auprès des opticiens permet par ailleurs une alternative aux patients en cas de problème purement réfractif (notamment les bris de lunettes).

Tranche d'âge	Porteur de lunettes / lentilles en % (*)	En 2000			En 2010			En 2025		
		% par tranche d'âge	Population par tranche d'âge (en millions)	Porteur de lunettes / lentilles (en millions)	% par tranche d'âge	Population par tranche d'âge (en millions)	Porteur de lunettes / lentilles (en millions)	% par tranche d'âge	Population par tranche d'âge (en millions)	Porteur de lunettes / lentilles (en millions) (**)
0-19 ans		25,8	15,1	2,3	24,3	15,1	2,3	23,1	15,2	2,3
0-9 ans	8	12,4	7,3	0,6		7,2	0,6		7,3	0,6
10-19 ans	22	13,3	7,8	1,7		7,9	1,7		7,9	1,7
20-59 ans		53,8	31,8	14,9	53,0	33,0	16,0	49,1	32,5	15,8
20-29 ans	28	13,8	8,1	2,3		8,3	2,3		8,1	2,3
30-39 ans	32	14,8	8,7	2,8		8,3	2,6		8,1	2,6
40-49 ans	60	14,5	8,5	5,1		8,3	5,0		8,1	4,9
50-59 ans	74	11,0	6,5	4,8		8,3	6,1		8,1	6,0
60 ans et +	90	20,2	11,9	10,7	22,7	14,1	12,7	27,9	18,4	16,6
Total			58,8	28,0		62,3	31,0		66,1	34,6

Source : magazine BIEN VU, données INSEE

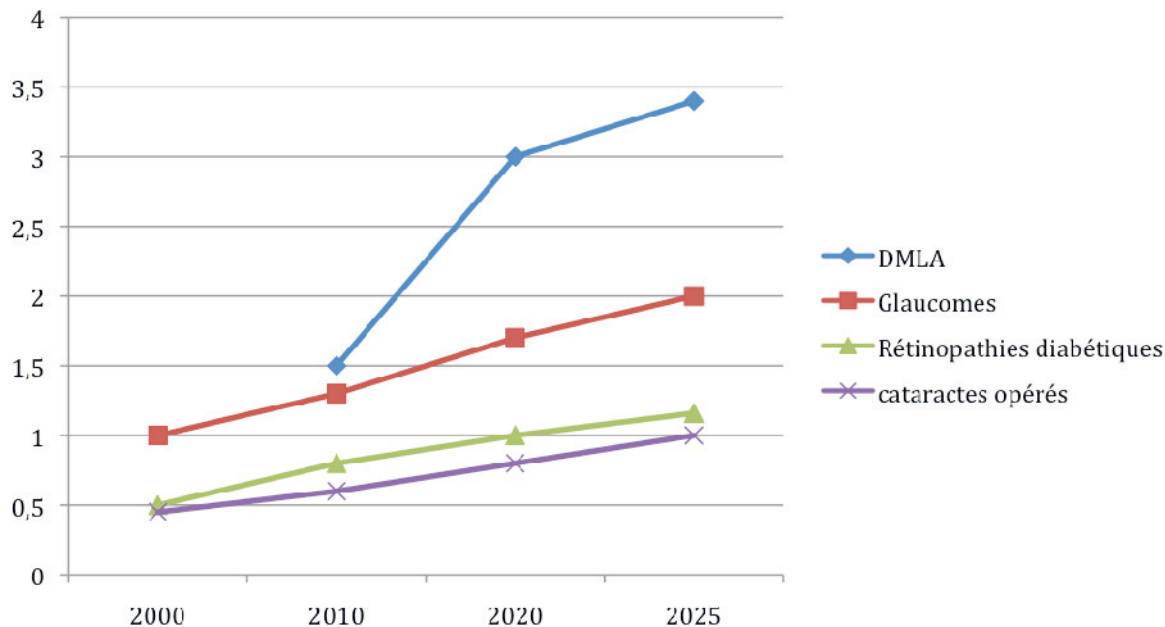
(**) : estimation pour les tranches (20-29, 30-39, 40-49, 40-59)

Tableau 33 : Evolution des porteurs de lunettes et de lentilles de contact entre 2000 et 2025 suivant les classes d'âge (France métropolitaine)

- les principales pathologies liées à l'âge

Troubles	Prévalence (en millions)				Evolution 2000/2020	Commentaires
	2 000	2 010	2 020	2 025		
Troubles de la réfraction	28	31	32-33	34-35	+ 14 % (SNOF)	Taux de recours : 0,35 (source CNAMTS –rapport septembre 2003)
Rétinopathie Diabète	0,5 1,5	0,8 2,5	1 3	1,16 3,5	+ 100%	Chiffres sous-estimés en raison de l'augmentation de l'obésité (source CNAMTS –point de repère octobre 2006)
Glaucomes traités	1	1,3-1,4	1,7	2	+ 70 %	Prévalence : 3% de la population de plus de 40 ans (source CNAMTS- 2001) . Vente de collyres Taux de recours : 1,95 (source CNAMTS –rapport septembre 2003)
Cataracte dont opérations	3,4 0,45	0,6	5,6 0,7 - 0,8	0,8- 1	+ 78 %	Prévalence (CNAMTS) Progression des opérations de l'ordre de 20 000 / an (source SNOF) Taux de recours : 1,15 avant opération (source CNAMTS –rapport septembre 2003)
DMLA Hémorragiques Atrophiques		1,5 0,5 1	3 1 2	3,4	+ 100% en 20 ans	Incidence du traitement par IVT de 50 000 cas par an dont 40 000 pris en charge avec une progression d'ici 2025 de 2% par an (source étude Korobelnik J.-F. et al., 2006) Taux de recours très important pendant la phase de traitement par IVT

Tableau 34 : Estimation de l'évolution de la prévalence des principales pathologies ophtalmologiques entre 2000 et 2025 (AEC Partners)



Graphique 20 : Estimation de l'évolution de la prévalence des principales pathologies ophtalmologiques entre 2000 et 2025 (en millions)

Dans les quinze prochaines années, la population des plus de 60 ans augmentant de 50 %, cela va nécessairement engendrer une croissance importante des pathologies liées à l'âge, dont en ophtalmologie, les cataractes, les DMLA, la rétinopathie diabétique, les pathologies de surface et les glaucomes. Le tableau 34 et le graphique 20 montrent l'évolution attendue de la prévalence de ces principales pathologies liées à l'âge qui sont toutes chroniques hormis la cataracte. La progression moyenne devrait être de l'ordre de 100 % d'ici quinze ans (l'observation du passé montre que l'on a tendance à sous-estimer cette progression, les exemples du diabète et des glaucomes sont particulièrement démonstratifs).

Comme nous l'avons déjà dit, il serait simpliste d'en déduire directement l'activité médicale correspondante. En effet, si des caractéristiques démographiques de la population, laquelle augmente toujours (+17 % depuis 1980) et surtout vieillit, on peut estimer la prévalence à venir dans certains cas, d'autres éléments viennent majorer en pratique les besoins :

- les exigences accrues vis-à-vis de la sécurité sanitaire.
- les demandes du système d'assurance maladie.
- les progrès médicaux
- les médecins ont une obligation de moyens.

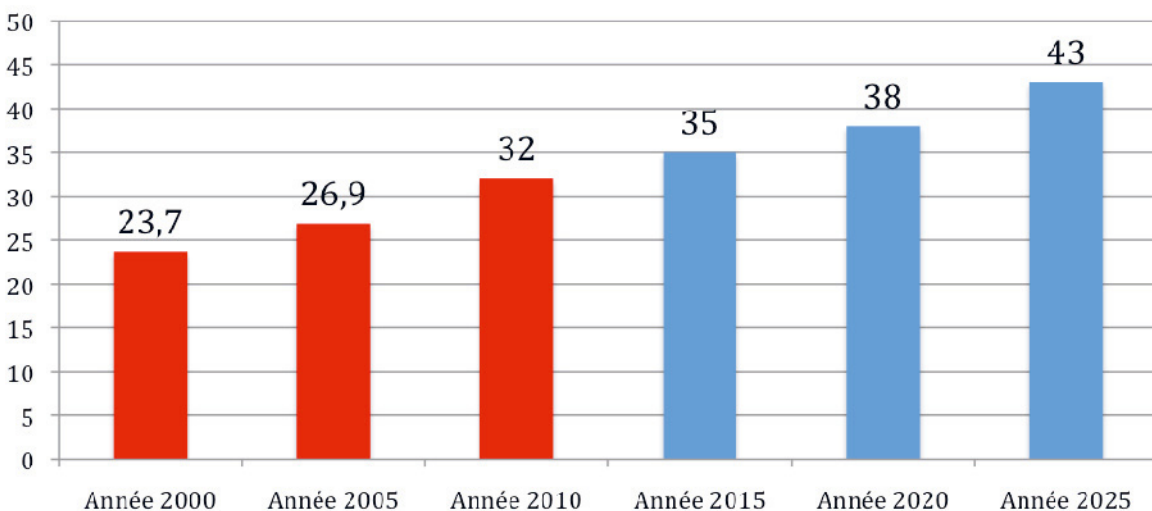
On pourrait objecter que dans certains cas, comme pour la cataracte, la prise en charge s'est simplifiée avec des consultations post-opératoires moins nombreuses que lors de l'extraction extra-capsulaire manuelle du cristallin. Cependant, cela a été plus que largement compensé par l'accroissement du

nombre de cas opérés. Il ne faudrait par ailleurs ne pas sous-estimer la part médicale de la cataracte (comme d'ailleurs de la plupart des pathologies chirurgicales). Ainsi, si aux examens péri-opératoires, on ajoute les consultations liées au suivi de l'évolution pré-opératoire de la cataracte et ceux en relation avec la capsulotomie au laser YAG, on peut estimer à près de 5 millions / an les actes liés à la cataracte.

Nous proposons donc, comme dans le rapport de 2006, de se baser sur l'historique de progression d'activité des libéraux et de la projeter dans l'avenir, avec une majoration proportionnelle de 10 à 15% pour l'activité salariée. Cette technique s'est montrée fiable sur les dix dernières années, mais les chiffres sont à considérer comme des minima, car l'arrivée du papy boom pourrait accélérer cette progression et les délais d'attente actuels minorent les besoins réels.

Les besoins prévisionnels de recours aux soins passeraient en libéral à 35 millions d'actes en 2015, 38 M en 2020 et 43 M en 2025, soit une croissance d'environ 35 % en 15 ans et de 50 % en 20 ans (graphique 21).

Pour l'ensemble de l'ophtalmologie, les besoins prévisionnels de recours aux soins seraient de l'ordre de 39 millions d'actes en 2015, 42 M en 2020 et 48 M en 2025.



Graphique 21 : Projection des besoins de santé pour l'activité libérale (en millions d'actes)

- la chirurgie

La progression de l'activité chirurgicale pourrait être de 80 à 100 % en 20 ans en raison de l'explosion de la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive. Le reste de la chirurgie devrait moins progresser, avec peut-être une exception pour la chirurgie palpébrale. Un nombre compris entre 1,6 et 1,9 million d'interventions peut donc être avancé vers 2025, contre 1M aujourd'hui.

Activité chirurgicale	Année 2003	Année 2008	Progression en cinq ans	Estimation 2020	2025
Activité libérale	573 300	673 471	17%	1 005 082	1 180 434
Cataracte	402 800	471 534	17%	697 122	815 632
Chirurgie réfractive	100 000	120 000	20%	189 216	227 059
Autres	70 500	81 937	16%	118 744	137 743
Activité Publique	164 700	210 164	28%	358 202	458 652
Cataracte	96 500	125 285	30%	241 374	313 786
Autres	68 200	84 879	24%	116 827	144 866
TOTAL	738 000	883 635	20%	1 363 283	1 639 087

Tableau 34 : Projection des besoins pour l'activité chirurgicale (libérale et publique) en nombre de séjours

Cela pose-t-il un problème insurmontable obligeant les ophtalmologistes à modifier profondément leur champ d'activité ? En fait, non. Actuellement, on estime à environ 2000 le nombre d'ophtalmologistes ayant une activité chirurgicale. Si l'on considère un temps moyen d'une heure par intervention, on en déduit que les 900 000 interventions représentent environ 450 interventions annuelles par chirurgien, soit 450 H de chirurgie par année, ou onze heures / semaine (sur une base de 42 semaines par an) ou encore 25 % de leur temps de travail moyen. Depuis 1988, tous les néo-ophtalmologistes, ayant le DES, ont eu aussi une formation chirurgicale. Même si tous ne se consacreront pas à la chirurgie, on peut penser que ça sera le cas des 2/3, soit environ 3500 à 4000 médico-chirurgicaux à l'horizon 2025, si des mesures correctrices sont prises pour la démographie. On voit immédiatement qu'un quasi doublement des chirurgiens pourra aisément absorber une augmentation de 80 à 100 % de l'activité chirurgicale. De plus, il est sans doute possible d'augmenter dans de nombreux endroits la productivité de 10 à 15 % par unité de temps à condition que les établissements y mettent les moyens (personnels, logistique). Donc, sur le papier, il n'y a pas d'obstacle majeur à ce que les besoins chirurgicaux puissent être assumés dans l'avenir, qui relèvent pour la plupart d'une chirurgie de proximité, de niveau 1. Il pourrait en aller très différemment sur le terrain si les sites opératoires étaient réduits, et non ouverts aux nouveaux ophtalmologistes.

Il s'agit là d'un **point extrêmement important, car la formation actuelle médico-technico-chirurgicale des ophtalmologistes nécessite impérativement qu'ils puissent exercer l'ensemble de leur spécialité pour pouvoir s'installer.** Une répartition harmonieuse sur le territoire ne peut se concevoir que s'il y a des sites opératoires bien répartis sur le territoire et ouverts. De plus le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut se concevoir que si la chirurgie est réellement de proximité pour une population majoritairement âgée. **Un cabinet d'ophtalmologie attaché à un plateau technico-chirurgical peut ainsi satisfaire la grande majorité des besoins des patients. Il est donc indispensable de développer ces plateaux qui seuls permettront l'installation d'ophtalmologistes.** Ceux-ci peuvent se greffer sur des établissements publics (hôpitaux généraux, voire locaux), privés (cliniques) ou être créés de novo (centres médico-technico-chirurgicaux ophtalmologiques ou centres indépendants des établissements de santé). Des conventions et des partenariats publics-privés doivent être facilités. Les mesures incitatives d'installation les plus efficaces seront celles qui seront axées sur ces plateaux médico-technico-chirurgicaux.

Concernant l'activité médicale et chirurgicale des hôpitaux, elle devrait être relancée avec le fort accroissement d'Internes prévu après 2010, lesquels absorberont une partie modérée, mais réelle, de l'activité à venir.

- **Les implications au niveau individuel** (tableau 35)

En partant d'une base 100 en 1990, si la formation reste autour d'une centaine d'Internes par an, les ophtalmologistes libéraux atteindraient l'indice 55 en 2025. Pendant ce temps, l'activité grimperait à l'indice 225. Pour faire face à la demande, il faudrait alors que l'activité de chaque ophtalmologiste ait augmenté de 309%, soit qu'elle soit quatre fois ce qu'elle fut en 1990 ! Cela dépasse les possibilités communes...

Par contre, si la démographie ophtalmologique était stabilisée à son niveau actuel, l'activité à fournir serait alors de 50% supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui, ce qui paraît supportable avec les délégations de tâches.

Il faut par conséquent faire des délégations de tâches, c'est indispensable pour l'avenir... tout en ayant conscience de leurs limites ! On ne peut pas tout leur demander et leur mise en place ne peut être que progressive. Rappelons qu'un orthoptiste par ophtalmologiste peut faire augmenter de 30% l'activité en moyenne.

BASE 100 en 1990			
année	activité libérale	nb OPH libéraux *	augmentation activité /OPH
1990	100	100	
2000	127	101	26%
2004	143	101	42%
2006	149	103	45%
2025	225	55	309%

Tableau 35 : Effet sur l'activité individuelle des ophtalmologistes d'une non adaptation de l'offre de formation

**Hypothèse : 2400 ophtalmologistes ne sont pas remplacés et 2180 sont des libéraux (les salariés baisseraient de 28%)*

Les délégations sont absolument nécessaires, mais insuffisantes pour faire face seules à l'avenir. Cela montre une fois de plus que les différents axes développés dans ce rapport sont tous indispensables, sauf à vouloir une régression sanitaire.

3. Evolution rapide de la démographie française

La France connaît depuis 1950 une situation démographique tout à fait particulière. Peu de gens ont conscience que **notre pays a connu la plus forte progression démographique de son histoire entre 1950 et 2000**³⁷. Bien que la fin du baby-boom ait été annoncée depuis longtemps, la croissance démographique

³⁷ cf. par ex. http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_de_la_France

française reste exceptionnelle en Europe. **Chaque année le nombre d'habitants croît d'environ 350 000.** Ceci est dû à la conjonction de trois phénomènes :

- une natalité forte qui dépasse régulièrement les 800 000 naissances depuis l'année 2000.
- Une mortalité faible à 540 000 décès par an en moyenne (519 000 en 2004, taux bas historique).
- Un solde migratoire positif de l'ordre de 100 000 (nettement sous-évalué à 50-60 000 dans les années 90³⁸).

Cette croissance démographique, qui est une chance pour notre pays, **a souvent été sous-estimée dans le passé.** L'Insee a dû revoir son modèle en 2005. Ainsi, son scénario central retient désormais une hypothèse de 67,2 Millions d'habitants en 2030 (au lieu de 63,9 M d'habitants comme nous l'avions signalé dans notre rapport de 2005). En y ajoutant les DOM et les anciens TOM, on arrivera très probablement à une population totale de 70 M d'habitants en 2030, soit 5 M de plus que ce qui était annoncé il y a encore quelques années par l'Insee ! **Le corps médical aura donc à prendre en charge une population plus nombreuse que prévue.**

La population française est estimée à 62,8 M au 01.01.2010 pour la France métropolitaine et à 64,7 M avec les DOM. Il faut aussi rajouter les 780 000 h des Collectivités d'Outre-Mer (anciens TOM). **Au total, la population de la France entière se monte en 2010 à 65,4 M d'habitants³⁹.**

Cette démographie vigoureuse ne sera pas sans conséquence sur les besoins de santé. Pour maintenir stable la densité médicale, il faudrait augmenter le corps médical d'au moins 1000 par année et ceci sur les 25 prochaines années... soit un nombre de médecins d'environ 230 000 vers 2030. **Cette progression de la population va donc encore aggraver la situation et elle montre à quel point il aurait été nécessaire de monter le numerus clausus à 8000 depuis quelques années.**

D'autant que la France va connaître un vieillissement sans précédent de sa population jusqu'en 2050. Ainsi, les plus de 60 ans, qui sont déjà 22,7 % de la population de la France métropolitaine en 2010, représenteront 29,3 % en 2030 (tableau 36).

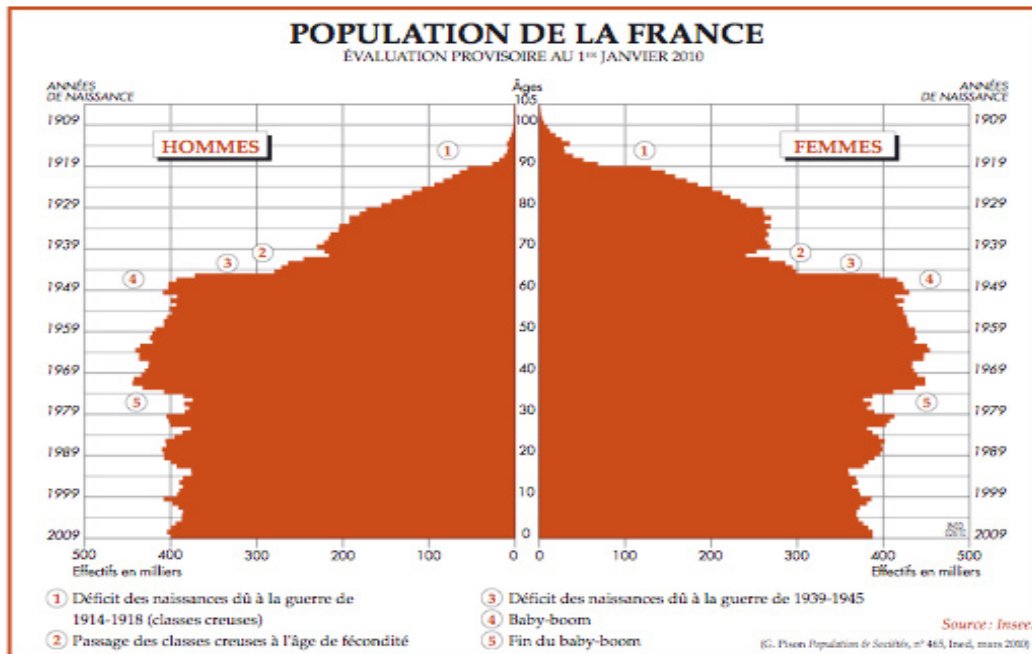
Surtout, la population du Baby Boom de l'après-guerre s'approche de l'âge de la retraite. La première tranche vient d'arriver à 65 ans. Il y a une rupture importante avec les classes d'âges précédentes qui ne comprenaient que 500 000 personnes. Là, on passe à 800 000 par année, soit plus de 50 % de plus ! Ce changement est très perceptible sur la pyramide des âges (graphique 22) et conduira dans les quinze ans à une forte augmentation des pathologies liés à l'âge.

³⁸ Immigration : l'Insee fâché avec les chiffres. M Tribalat. Le Figaro Magazine, P.22-24, 12 fév. 2005.

³⁹ <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services>

	Âge moyen en 2005	Structure par âge en 2005 (en %)				Âge moyen en 2030	Structure par âge en 2030 (en %)				Âge moyen en 2030 sans migrations
		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans	
Languedoc-Roussillon	40,7	23,5	52,4	24,1	5,3	43,6	21,8	46,7	31,5	7,4	44,4
Midi-Pyrénées	40,9	22,8	53,3	23,8	5,5	43,6	21,6	47,3	31,1	7,5	45,1
Provence -Alpes -Côte d'Azur	40,5	23,7	52,5	23,8	5,4	43,6	21,8	47,1	31,1	7,9	44,2
Rhône-Alpes	38,2	25,8	54,3	19,9	4,1	41,6	23,8	48,5	27,7	6,9	42,9
Pays de la Loire	38,9	25,6	53,3	21,1	4,7	43,1	23,0	46,3	30,7	7,5	42,4
Aquitaine	41,1	22,7	53,3	24,0	5,5	44,8	20,7	46,2	33,1	8,1	45,3
Alsace	38,0	25,1	56,2	18,8	3,5	42,3	21,8	50,1	28,1	5,9	43,7
Bretagne	40,0	24,4	52,7	22,8	4,9	44,0	21,9	45,8	32,3	7,6	43,0
Corse	41,5	21,8	53,4	24,8	5,3	46,0	18,4	47,2	34,4	8,4	46,7
Poitou-Charentes	41,6	22,7	52,3	25,1	5,8	45,8	20,2	44,6	35,2	8,8	44,9
Île-de-France	36,6	26,1	57,4	16,5	3,6	39,2	24,8	52,7	22,5	5,9	42,3
Centre	40,2	24,3	53,0	22,8	5,2	44,5	21,5	45,6	32,9	8,3	43,5
Franche-Comté	39,0	25,1	53,9	21,0	4,4	43,4	22,3	46,9	30,8	7,7	43,0
Picardie	37,6	26,9	54,6	18,5	3,8	42,3	23,3	47,7	29,0	6,5	41,6
Haute-Normandie	38,0	26,3	54,5	19,2	4,1	43,0	22,4	47,7	29,9	7,2	42,3
Basse-Normandie	39,8	24,9	52,7	22,4	4,9	44,9	21,1	45,1	33,8	8,2	43,0
Limousin	43,5	20,2	52,0	27,9	7,0	46,5	19,0	45,0	36,0	9,5	46,8
Nord - Pas-de-Calais	36,7	27,9	54,4	17,7	3,7	40,9	24,4	49,4	26,1	5,9	40,7
Auvergne	41,7	21,9	53,2	24,9	5,7	45,9	19,8	45,2	35,0	9,1	45,5
Bourgogne	41,1	23,2	52,6	24,1	5,6	46,0	19,9	44,8	35,3	9,0	44,5
Lorraine	38,9	24,7	54,9	20,4	4,0	43,8	21,1	48,1	30,8	7,1	43,7
Champagne-Ardenne	38,9	25,1	54,4	20,5	4,5	44,1	21,2	47,2	31,7	7,8	43,1
France métropolitaine	39,0	24,9	54,3	20,8	4,5	42,6	22,6	48,1	29,3	7,2	43,2

Tableau 36 : Age moyen et structure des populations par âge (scénario central de projection)

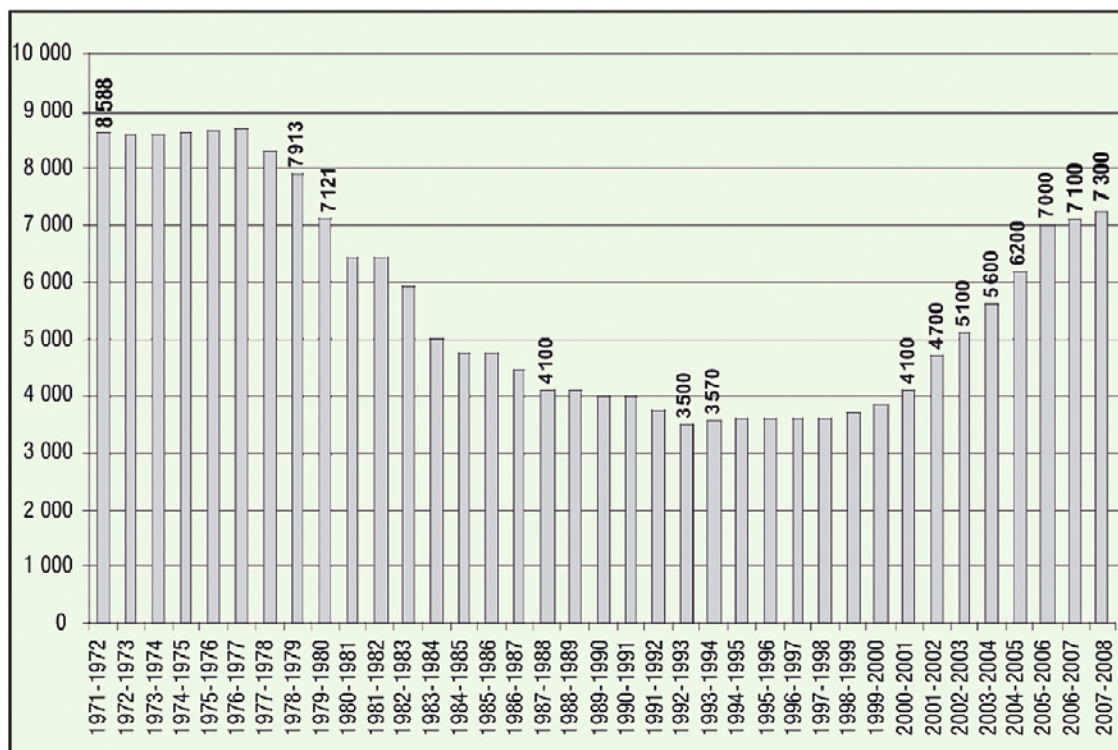


Graphique 22 : La pyramide des âges de la France en 2010

VII. La filière de soins visuels : perspectives et solutions d'ici 2030

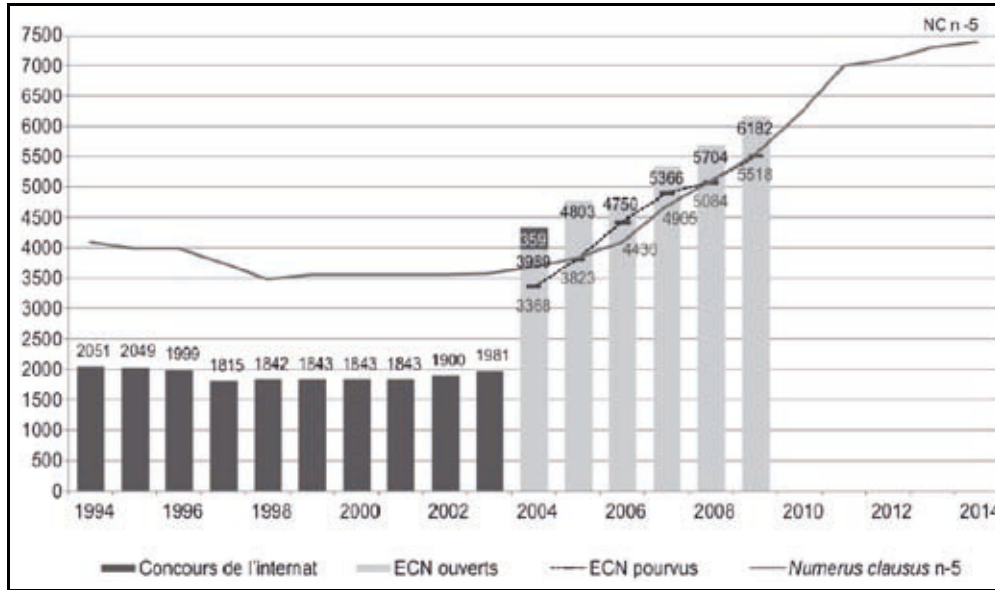
1. La nouvelle démographie médicale

Depuis 1999, nous avons assisté à une forte remontée du numerus clausus qui est passé de 3500 à 7400 en 2009. Il pourrait rester à ce niveau dans les années à venir, bien qu'une évolution à 8000 ait été annoncée à de multiples reprises. Cela représente tout de même un accroissement d'un facteur 2,1 ; bien que restant inférieur à l'effort de formation réalisé dans les années 1970 où le NC dépassait 8000 (graphique 23).



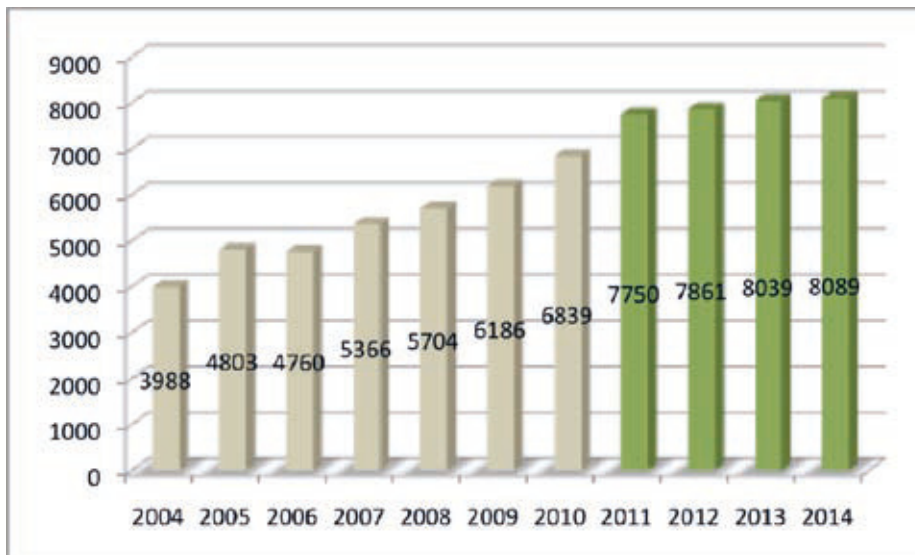
Graphique 23 : Evolution du numerus clausus des études médicales (source : ONDPS, Tome 2, rapport 2006-2007)

Cela s’est traduit naturellement, avec quelques années de décalage, par un accroissement important du nombre d’Internes, lequel avait atteint son point bas un peu avant l’année 2000. A partir de 2004, l’Examen Classant National (ECN) a remplacé le concours de l’Internat et les postes ouverts aux médecins généralistes se sont additionnés à ceux destinés aux futurs spécialistes (graphique 24).



Graphique 24 : Evolution du numerus clausus et postes d’internes depuis 1994 (source : ONDPS, Tome 3, rapport 2008-2009)

La progression des postes à l’ECN a été rapide, puisque l’on est passé de 3988 en 2004 à 6839 en 2010 (+71 %). Elle devrait se poursuivre dans les trois années à venir pour se stabiliser autour de 8050 postes (graphique 25). Cette croissance des postes n’a pas pour l’instant réellement bénéficié à l’ophtalmologie.



Graphique 25 : Progression des postes ouverts à l’E.C.N. (source Ministère de la santé)

La répartition de ces postes entre les régions a été inégale ⁴⁰, aussi bien par rapport au numerus clausus, que par rapport à la population. Certaines régions ont été nettement défavorisées dans l'attribution des postes à l'ECN (ex : Ile-de-France, PACA) et d'autres privilégiées (ex : Pays-de-Loire, Poitou, Normandie,...). Jusqu'à cette année, au moins 50% des postes ont été réservés à la médecine générale, mais d'assez nombreux postes y sont restés vacants. La politique de vouloir compenser une densité faible par un plus grand nombre de postes offerts à l'ECN a donc un succès limité en médecine générale, alors que chez les spécialistes, les postes sont pourvus.

Région	NC 2002-2003	DCM4 2007-2008	Postes ouverts ECN 2008-2009	Postes pourvus à l'issue du choix
Antilles-Guyane	34		99	77
Alsace	173	200	212	212
Aquitaine	267	408	208	208
Auvergne	119	118	153	117
Basse-Normandie	117	125	208	141
Bourgogne	127	144	207	137
Bretagne	221	227	297	284
Centre	132	128	211	131
Champagne-Ardenne	121	118	203	141
Franche-Comté	106	113	151	132
Haute-Normandie	139	154	223	193
Ile-de-France	1 187	1 438	775	775
Languedoc-Roussillon	168	180	143	143
Limousin	93	114	120	76
Lorraine	193	217	280	206
Midi-Pyrénées	189	201	177	177
Nord-Pas-de-Calais	364	407	427	427
Pays de la Loire	235	268	346	303
Picardie	122	117	209	186
Poitou-Charentes	115	113	194	157
PACA + Corse	359	407	274	274
Rhône-Alpes	514	632	535	535
Océan Indien	6		52	52
TOTAL	5 100	5 829	5 704	5 084

Source : JO, ministère de l'Enseignement supérieur (DEPP-SISE), traitement DREES, CNG.

Tableau 37 : Par région, numerus clausus, nombre d'inscrits en DCEM4, nombre de postes offerts aux ECN et pourvus, pour la promotion débutant l'internat en 2008-2009 (source ONDPS, T.3, rapport 2008-2009)

⁴⁰ Le renouvellement des effectifs médicaux. Tome 3. Rapport 2008-2009, ONDPS

2. La démographie ophtalmologique jusqu'en 2025-2030

Les caractéristiques de la démographie ophtalmologique ont déjà été exposées au début de ce travail (chapitre III).

Pour les projections, nous partons des derniers chiffres de la DREES au 01.01.2009 pour la France entière (métropolitaine + DOM), les écarts étant très faibles par rapport à ceux du CNOM : 5410 et 5447 (différence <1%) en 2005 ; les écarts sont également assez faibles au niveau régional, le plus important numériquement étant situé en Ile-de-France (1524 contre 1512) et le plus conséquent en pourcentage en Franche-Comté (66 contre 71, soit un écart de 7%). Dans la plupart des régions la différence est inférieure à 3% entre les chiffres de la DREES et du CNOM. Les premiers ont l'avantage d'être déclinés par âge, par sexe et d'indiquer les principaux modes d'exercice. Par ailleurs, le CNOM ne donne plus les chiffres globaux par spécialité depuis quelques années, mais uniquement ceux en activité régulière.

2.1. Les projections nationales

a. Contexte général

La DREES a publié, en septembre 2000⁴¹, une étude montrant que le nombre d'ophtalmologistes pourrait chuter de 44 % d'ici 2020. Cette sombre prévision a été réaffirmée en mars 2002⁴². Cependant, dans cette étude, le nombre de postes retenu pour l'Internat de spécialité, 1843, correspondait à celui défini pour un *numerus clausus* de 3700 alors qu'il était de 4700 en 2002 ! Par ailleurs, l'auteur n'envisageait dans ses projections aucune progression du *Numerus Clausus*. De plus pour l'ophtalmologie, les prévisions se basaient sur un faux chiffre des entrées (43/an), ne tenaient pas compte de l'effet du MICA et de la sous-attribution des postes d'Internes à l'Ophtalmologie. Enfin, les étrangers n'étaient pas non plus inclus.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'ophtalmologie a été systématiquement sacrifiée au profit des autres spécialités, hors *numerus clausus* (NC). En effet, en 1990, les ophtalmologistes représentaient 6,3% des spécialistes et 3% de l'ensemble des médecins, alors qu'en 2005, les proportions étaient de 5,2% et 2,7%. En 1990, seulement 1% des nouveaux médecins étaient des ophtalmologistes ! Ce chiffre relatif est ensuite un peu remonté pour atteindre péniblement 2% en 2000.

L'ophtalmologie a donc été triplement pénalisée depuis 1984 avec l'entrée en vigueur de l'Internat Qualifiant :

- réduction du *Numerus Clausus*
- diminution de la part des spécialistes (40 à 50% des postes du NC contre 60% auparavant)
- baisse de la part des Internes en ophtalmologie parmi les spécialistes.

Si la proportion de 2,7% avait été respectée dans l'attribution des postes à l'Internat de 2005 (4489 inscrits), il aurait du y avoir immédiatement 121 postes ouverts cette année et 135 si l'on voulait retrouver un taux normal (3% des postes de médecins), et plus s'il s'agissait de rendre justice à l'ophtalmologie du retard accumulé. **Vu la pénurie actuelle et les importants délais d'attente** (les plus importants de toutes les spécialités), **rien ne justifie que l'ophtalmologie continue à être sacrifiée.**

⁴¹ *Etudes et Résultats N°83, septembre 2000.* Les ophtalmologues : densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020. Xavier Niel, Marc Simon et Annick Vilain avec la participation de Dominique Baubeau. DREES.

⁴² *Série Statistiques N° 30, février 2002.* Projections médecins 2002-2020 – hypothèse *numerus clausus* 4700 et 1 843 postes d'internes. Daniel Sicart. DREES.

Récemment, la Drees a publié une nouvelle étude : **La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées** (dossiers solidarités et santé, N°12, 2009 ; K. Attal-Toubert , M. Vanderschelden). Elle expose comme d'habitude un scénario tendanciel (qui se produirait si rien ne change dans les habitudes et l'attribution des postes) mais précise d'emblée que ce scénario est peu probable, il conduirait en effet à beaucoup d'inégalités entre spécialités et régions. L'ophtalmologie verrait alors ses effectifs décroître de 35,5 % à l'horizon 2030. Elle présente 11 variantes à ce scénario de référence. Seules 3-4 ont un véritable impact et sont vraiment intéressantes.

La variante 7 propose de retarder de 2 ans l'âge de départ à la retraite ! L'effet est spectaculaire et quasi immédiat pour limiter la pénurie médicale globale. Elle ne permet toutefois pas de corriger les inégalités entre spécialités, mais elle peut venir en complément d'autres variables.

Les auteurs ont étudié deux variantes (11 et 12) pour limiter la pénurie d'ORL et d'ophtalmologistes.

La variante 11 attribue 7 points de plus à la filière chirurgie au détriment des autres filières (sauf méd. générale). L'effet est très positif pour l'ORL, mais insuffisant pour l'ophtalmo (-21 % en 2030) et trop bénéfique pour la chirurgie (+72 % au lieu de +40 %). Il y a aussi beaucoup d'effets négatifs sur certaines spécialités médicales.

La variante 12 est de loin la plus intéressante. Elle modifie l'attribution des postes au sein de la filière chirurgie : 25 % des postes à l'ophtalmologie au lieu de 16 % actuellement et +2 % pour l'ORL. Résultats : en 2030, le nombre d'ophtalmos ne baisserait que de 6 % (au lieu de 35 %), idem pour les ORL, la hausse des chirurgiens serait limitée à 22 % et les autres spécialités n'auraient aucun impact négatif. Si on ajouterait la variante 7, il n'y aurait pas de baisse des ophtalmos en 2030 par rapport à aujourd'hui. Ca confirme ce que nous disons depuis longtemps, le problème essentiel est celui de l'attribution des postes au sein de la filière chirurgie et non le numerus clausus.

C'est la première fois qu'une étude officielle étudie des hypothèses pour éviter la baisse des ophtalmologistes et montre que cela est possible sans pénaliser les autres spécialités. C'est un tournant important.

L'étude se termine sur un long développement sur l'évolution globale de la démographie médicale dans chaque région. Pour résumer très succinctement, les inégalités sont en constante diminution, mais elles vont aussi changer. Les deux régions les mieux pourvues actuellement (PACA et Ile de France) vont rejoindre la moyenne d'ici 2030. Comme nous le disons depuis quelques temps, le problème de la mauvaise répartition est un problème dépassé. Les auteurs ne disent pas autre chose (p.47).

La Loi HPST de 2009 a changé profondément la donne pour l'avenir.

En effet, dorénavant (article 43), il va y avoir une filiarisation par spécialité et par subdivision d'Internat. Les besoins en postes formateurs doivent être évalués par période de cinq ans à partir de 2010.

En mars 2010, le tome 3 du rapport 2008-2009 de l'ONDPS a été publié, il concerne le renouvellement des effectifs médicaux. La première partie expose les données démographiques actuelles sur les internes. Quelques éléments nous concernant : 276 internes inscrits au DES d'ophtalmologie en 2008-2009 (18 % des effectifs de la filière chirurgie contre 22 % 2 ans auparavant). Augmentation importante des internes (toutes spécialités) entre 2006 et 2008.

La deuxième partie expose des données sur les étudiants, les postes aux ECN par région, le vieillissement du corps médical, le nombre d'enseignants par Interne et surtout **expose les résultats d'une évaluation des**

besoins par région et par spécialité pour les 5-10 ans à venir. Cette évaluation régionale a été réalisée par les DRASS, au travers des comités régionaux de l'ONDPS. L'ophtalmologie est exposée page 103 (cf. Tableau 38), en tenant compte des départs, en indiquant les enseignants, le nombre de postes formateurs. Le Nord-Pas-de-Calais (NPDC) et la Franche-Comté sont actuellement les seules régions capables de compenser les départs si l'on projette les effectifs actuellement affectés en ophtalmologie. Le NPDC a plus que doublé son nombre d'internes en trois ans.

D'autres régions (Lorraine, Bourgogne, Bretagne, Pays-de-Loire, Limousin, Picardie, Rhône-Alpes) proposent de former beaucoup plus d'ophtalmologistes qu'actuellement, pour compenser les départs, voire augmenter la densité. La Bourgogne par ex. propose 23 Internes à former entre 2009-2013 (ce qui fait 4,6/an). D'autres sont complètement déconnectées des départs prévus (Ile-de-France, PACA, Aquitaine, Alsace,...).

C'est une première approche des besoins réels qui vont être sans nul doute approfondis dans les mois à venir au niveau de chaque ARS. Il apparaît cependant qu'il faut une double évaluation, à la fois nationale et régionale et ensuite les confronter.

	Éléments de démographie					Éléments sur encadrement et capacités de formation					Effectifs en formation sur la période 2009-2013	
	Effectif en activité au 1 ^{er} janvier 2008	Effectif âgé de 55 ans et plus	Effectif âgé de 60 ans et plus	Densité pour 100 000 hab.	Nombre de postes PH temps plein vacants au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de PU-PH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de ICLUPH au 1 ^{er} janvier 2009	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1 ^{er} janvier 2009	Votre services agréés	Sur la base de la situation observée en 2008 et prolongée jusqu'en 2013 (1)	Sur la base des projections régionales
Antilles-Guyane	70	29	14	6,7	3	3	1	0	2	2	10	5
Alsace	149	59	25	8,2	2	1	3	0	3	3	15	15
Aquitaine	303	122	62	9,8	1	2	2	0	4	8	20	30
Auvergne	115	48	23	8,6	NR	3	2	0	2	3	10	20
Basse-Normandie	102	36	17	7,0	2	3	1	0	2	1	10	5
Bourgogne	113	54	22	7,0	1	0	1	0	3	1	10	23
Bretagne	238	81	31	7,7	5	3	4	0	3	6	20	31
Centre	167	59	24	6,7	4	5	2	0	2	3	10	15
Champagne-Ardenne	71	34	14	5,3	1	1	1	0	1	3	10	10
Franche Comté	70	32	14	6,1	2	1	2	0	2	3	15	14
Haute-Normandie	120	54	20	6,6	3	4	2	0	2	2	10	15
Ile-de-France	1 513	592	268	13,2	9	19	20	2	24	38	100	95
Languedoc-Roussillon	248	80	36	9,8	0	10	3	0	4	5	15	20
Limousin	55	24	11	7,6	2	1	2	0	2	3	5	10
Lorraine	162	52	24	6,9	4	4	3	0	3	4	20	27
Midi-Pyrénées	242	94	30	8,8	1	3	4	0	3	3	20	15
Nord-Pas-de-Calais	242	86	41	6,0	9	6	2	0	3	9	40	40
Pays de la Loire	253	72	26	7,4	5	5	2	0	3	6	20	30
Picardie	108	38	15	5,7	1	4	2	0	2	4	15	15
Poitou-Charentes	115	42	13	6,7	1	2	2	0	1	4	15	10
PACA + Corse	601	212	88	11,9	6	5	6	1	7	11	25	41
La Réunion	40	11	7	5,1	NR	0	0	0	0	1	0	7
Rhône-Alpes	516	200	78	8,6	5	6	10	0	9	13	50	90
France entière	5 612	2 114	905	8,9	67	91	77	3	87	136	465	583

Tableau 38 : Extrait du tome 3 du rapport 2008-2009 de l'ONDPS, p.103

NR = non renseigné. Si la part actuelle du DES dans les effectifs en formation restait inchangée, le remplacement des médecins susceptibles de cesser leur activité dans les 10 prochaines années ne serait assuré qu'à hauteur de 22 % d'ici à 5 ans, c'est-à-dire à mi-parcours. Sur la base des propositions régionales, le taux de renouvellement à mi-parcours reste bas (28 %) même si les propositions régionales tendent à l'améliorer, sauf pour 3 régions (Antilles-Guyane, Basse-Normandie et Midi-Pyrénées). Le faible taux de renouvellement envisagé en Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur est associé à des densités beaucoup plus élevées que la moyenne dans ces deux régions. Il existe de ce fait un risque de flux vers ces deux régions (effet « appel d'air »). Les propositions relativement élevées en Lorraine (permettant en théorie un remplacement à mi-parcours de 50 % de la tranche d'âge des 55 ans et plus) coexistent avec une densité faible. À l'inverse, la Basse-Normandie et Poitou-Charentes, qui ont aussi une densité inférieure à la moyenne, demandent une réduction des postes par rapport à 2008, ce qui peut être rapproché de leur faible nombre de services agréés pour cette spécialité. Globalement, les capacités de formation sont très hétérogènes selon les régions, trois régions rassemblant à elles seules près de la moitié des services (Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur). (1) Les prévisions des effectifs en formation formulées «sur la base de la situation observée en 2008» se réfèrent au numerus clausus de 2002 prolongé sur 5 ans.

b. Evolution du nombre d'ophtalmologistes encore actifs à 65 ans et plus

année	effectifs	%
2001	158	3
2003	218	4
2005	216	4
2007	263	4,8
2009	326	5,9

Tableau 39 : Ophtalmologistes de 65 ans et plus actifs (source DREES)

En l'espace de 8 ans, le nombre d'ophtalmologistes continuant leur activité au-delà de 65 ans a doublé, passant de 158 en 2001 à 326 en 2009 (cf. tableau 39). Cela représente près de 6% des effectifs en 2009. On peut penser que ce nombre va continuer à croître dans les 10 ans à venir pour différentes raisons :

- l'augmentation importante des effectifs devant partir par année (jusqu'à 300), ce qui augmentera mécaniquement les effectifs actifs au-delà de 65 ans, si la même proportion qu'aujourd'hui décide de continuer de travailler.
- La difficulté d'avoir la totalité de ses annuités pour prendre une retraite sans décote à 65 ans.
- Le faible nombre d'ophtalmologistes formés peut inciter les praticiens à continuer, afin de ne pas laisser leur patientèle sans soins.
- Les inquiétudes concernant le montant réel des retraites à l'avenir (notamment le devenir de l'ASV qui représente 1/3 des retraites actuelles pour les libéraux)
- L'augmentation de l'espérance de vie, la pression sociétale actuelle poussant les « seniors » à rester actifs et les mesures prises pour faciliter le cumul d'une retraite et d'une activité.

La CARMF retrouve aussi une augmentation, mais dans une moindre proportion (ce qui est normal puisque les salariés ne sont pas inclus dans le fichier de la CARMF, sauf ceux ayant une activité libérale partielle). En 2009, 237 ophtalmologistes étaient en activité à 65 ans et plus contre 122 en 2003.

Là aussi, on a un quasi doublement des effectifs, mais en 6 ans. En 2009, cela représentait 4,8% des effectifs.

La question se pose donc du nombre réel d'ophtalmologistes qui continuera une activité après 65 ans dans quelques années, car cela pourrait diminuer en partie la pénurie médicale. En se basant sur les habitudes actuelles, une simulation pour 2020 indique que ce nombre devrait au moins doubler par rapport au chiffre actuel de la DREES. Un chiffre de l'ordre de 700 paraît plausible en première approximation, il peut cependant varier à l'avenir dans des proportions non négligeable si les critères de choix venaient à changer.

Année de Naissance	Hommes	Femmes	Total	âge
1925	1		1	84
1926				83
1927	2		2	82
1928		2	2	81
1929	1		1	80
1930	1		1	79
1931	3	1	4	78
1932	2		2	77
1933	2		2	76
1934	1	1	2	75
1935	3	1	4	74
1936	4	3	7	73
1937	8	2	10	72
1938	9	1	10	71
1939	12	3	15	70
1940	12	7	19	69
1941	16	2	18	68
1942	26	8	34	67
1943	37	11	48	66
1944	37	18	55	65

Tableau 40 : Nombre d'ophtalmologistes cotisants à la CARMF après 65 ans (données au 01.01 2010, source CARMF)

c. Projections des départs à la retraite, cessations d'activités

- Méthodologie

Nous les estimons suivant deux méthodologies.

La première consiste à se baser sur les statistiques de la DREES au 01.01.2009 sur les classes d'âges. Cela donne des projections de départs de cinq ans en cinq ans.

La deuxième utilise essentiellement la base de données des cotisants à la CARMF (ce qui regroupe tous les ophtalmologistes ayant une activité libérale, même partielle). **Les chiffres de la CARMF sont plus précis**, puisque fournis par année de naissance, Ils concernent 4954 ophtalmologistes sur les 5679 (France entière). Pour les autres, soit 725 salariés exclusifs, nous avons fait un double ajustement à partir du fichier de la DREES pour les salariés.

Dans un premier temps, nous avons déterminé le nombre total de salariés par classes d'âge (cf. tableau 41) en rassemblant les quatre classes principales de salariés (hospitaliers, PSPH et non PSPH, centre de santé), soit 97 % des effectifs salariés.

	Hôpital public		PSPH		privé non PSPH		centre de santé		TOTAL
	%	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	%	effectifs	SALARIES
<30 ans	2,60%	17,394	1,70%	0,901					18
30-34	25,10%	167,919	12,50%	6,625	4,20%	1,974			177
35-39	12,60%	84,294	5,70%	3,021	2,10%	0,987			88
40-44	10,80%	72,252	25,80%	13,674	6,30%	2,961	3,60%	3,672	93
45-49	13,20%	88,308	16,80%	8,904	15,00%	7,05	10,70%	10,914	115
50-54	11,30%	75,597	5,70%	3,021	12,60%	5,922	23,40%	23,868	108
55-59	10,00%	66,9	13,30%	7,049	16,00%	7,52	25,00%	25,5	107
60-64	8,50%	56,865	7,50%	3,975	14,50%	6,815	12,60%	12,852	81
65-69	3,50%	23,415	1,90%	1,007	21,10%	9,917	15,40%	15,708	50
70 et +	2,30%	15,387	9,00%	4,77	8,10%	3,807	9,30%	9,486	33
Total	99,90%	669	99,90%	53	99,90%	47	100,00%	102	871

Tableau 41 : Effectifs salariés par classes d'âge d'après la drees au 01.01.2009

Dans un deuxième temps, afin de ramener l'ensemble de ces effectifs à 725, nous avons attribué à chaque classe un coefficient réducteur de 0,8324 (= 725/871). Cela conduit à un tableau (42) rectifié des effectifs salariés par classes d'âge (de 5 ans en 5 ans) :

TOTAL SALARIES	salariés rectifiés	classe d'âge
18	15,2	<30 ans
177	146,9	30-34
88	73,5	35-39
93	77,0	40-44
115	95,9	45-49
108	90,2	50-54
107	89,0	55-59
81	67,0	60-64
50	41,7	65-69
33	27,8	70 et +
871	725	

Tableau 42

Le deuxième ajustement consiste à lisser les effectifs ainsi obtenus année par année (sur chaque période de cinq ans) en se rapprochant des moyennes des classes supérieures et inférieures afin d'éviter les sauts trop brutaux d'une classe à l'autre.

Malheureusement, à ces départs prévus, il faut ajouter les décès et les cessations d'activités pour cause de force majeure (maladie, accident, choix personnel). Nous les avons estimés à une moyenne de 5 par année vu le passé récent, mais cela reste à valider sur les prochaines années.

- **Projections des départs suivant les données de la DREES**

Comme nous l'avons dit, nous nous basons sur les statistiques de la DREES au 01.01.2009 sur les classes d'âges. Cela donne de projections de départs de cinq ans en cinq ans. L'hypothèse initiale faite est que les ophtalmologistes partent à 65 ans et que les ophtalmologistes travaillant après 65 ans restent stables en nombre.

Années	Départs chiffres DREES	décès ou incapacité en cours d'activité	Total cessation d'activité
2009-2013	703	20	723
2014-2018	1279	20	1299
2019-2023	1504	20	1524
2024-2028	693	20	713
TOTAL	4179	80	4259

Tableau 43 : départs prévus à 65 ans d'après la DREES de 2009 à 2028

Les départs compris entre 2009 et 2023 sont de 3546 ophtalmologistes, soit une moyenne de 236 par année ! Après une période, jusqu'en 2013, où les départs sont assez modérés (144 / an en moyenne), on passe à une moyenne de 260 dès 2014, pour atteindre 305 entre 2019 et 2023.

Il faut rappeler que les effectifs devant sortir jusqu'en 2015 sont déjà inclus dans les Internes actuels et qu'une augmentation immédiate en 2010 des postes en ophtalmologie ne pourra avoir d'effet avant 2016. **Cela montre l'urgence des mesures à prendre en terme de formation, car il est déjà trop tard pour éviter un début de baisse des effectifs d'ophtalmologistes.**

- **Projections des départs suivant les données du SNOF en couplant les fichiers de la CARMF et de la DREES pour les salariés**

La méthodologie a été exposée ci-dessus. Elle permet d'affiner les données par année de naissance des ophtalmologistes et d'être plus précis sur les prévisions de départs.

La répartition en 2010 des ophtalmologistes de plus de 44 ans (susceptibles de prendre leur retraite d'ici 2030) pour la France entière (métropolitaine + DOM) **est décrite dans le tableau 44.**

On voit qu'un nombre considérable d'ophtalmologistes est concerné par un potentiel départ à la retraite d'ici 20 ans : 4762 sur 5679 (soit 83,9 % !).

Le tableau 45 indique le nombre de départs attendus année par année de 2010 à 2030. L'impact des cessations anticipées étant difficile à appréhender sur une aussi longue période, nous les avons symboliquement limitées à une unité par année (avec sans doute légère sous-estimation à la clé). L'hypothèse est aussi que les ophtalmologistes partent à 65 ans et que les ophtalmologistes travaillant après 65 ans restent stables en nombre.

Cotisants CARMF	année de départ à la retraite	âge	SALARIES rectifiés	TOTAL Ophtalmologistes
				0
1	1990	84		1
0	1991	83		0
2	1992	82		2
2	1993	81		2
1	1994	80		1
1	1995	79		1
4	1996	78		4
2	1997	77	1	3
2	1998	76	2	4
2	1999	75	3	5
4	2000	74	4	8
7	2001	73	5	12
10	2002	72	6	16
10	2003	71	7	17
15	2004	70	7	22
19	2005	69	8	27
18	2006	68	8	26
34	2007	67	9	43
48	2008	66	10	58
55	2009	65	12	67
92	2010	64	13	105
148	2011	63	13	161
154	2012	62	14	168
182	2013	61	15	197
233	2014	60	17	250
240	2015	59	18	258
223	2016	58	18	241
241	2017	57	18	259
290	2018	56	18	308
268	2019	55	18	286
288	2020	54	18	306
309	2021	53	18	327
274	2022	52	18	292
294	2023	51	18	312
210	2024	50	19	229
134	2025	49	19	153
106	2026	48	20	126
90	2027	47	20	110
106	2028	46	18	124
92	2029	45	15	107
88	2030	44	16	104
TOTAL	4299		443	4742

Tableau 44 : La répartition en 2010 des ophtalmologistes de plus de 44 ans

En faisant la même hypothèse que précédemment (les ophtalmologistes partent à 65 ans et ceux travaillant après 65 ans restent stables en nombre), **les départs attendus par année** seraient :

Année	départs à 65 ans	décès ou incapacité en cours d'activité	TOTAL Cessation d'activité
2010	105	1	106
2011	161	1	162
2012	168	1	169
2013	197	1	198
2014	250	1	251
2015	258	1	259
2016	241	1	242
2017	259	1	260
2018	308	1	309
2019	286	1	287
2020	306	1	307
2021	327	1	328
2022	292	1	293
2023	312	1	313
2024	229	1	230
2025	153	1	154
2026	126	1	127
2027	110	1	111
2028	124	1	125
2029	107	1	108
2030	104	1	105
TOTAL	4423	21	4444

Tableau 45 : Nombre de départs prévus (CARMF + DREES salariés), source SNOF

Nous avons regroupé certaines années dans le tableau suivant afin de pouvoir comparer avec les chiffres de la DREES par période de cinq années :

estimations départs SNOF	
2014-2018	1321
2019-2023	1528
2024-2028	747

Nous voyons que les écarts sont modérés et que les prévisions suivant les deux méthodes sont concordantes (moins de 2 % d'écarts jusqu'en 2023). Ces chiffres sont aussi très proches de ceux qui avaient été annoncés dans le rapport de 2006 du SNOF, les écarts étant dus à des périodes de référence légèrement différentes.

Nous pouvons donc affirmer que, dès 2011, le nombre de départs en retraite va augmenter pour atteindre près de 200 en 2013, puis 250 à partir de 2014, puis s'approcher de 300 vers 2018. Ce n'est qu'à partir de 2025 que les départs vont fortement reculer pour retrouver leur rythme actuel vers 2027.

Dans les cinq prochaines années (2010-2014), 886 départs sont attendus ; 1357 entre 2015 et 2019 et 1471 entre 2020 et 2024. Dans les 15 années à venir, il devrait donc y avoir 3714 départs, soit une moyenne de 248 par année !

Comme nous l'avons vu, le seul élément qui pourrait minorer ces départs serait qu'un nombre plus important d'ophtalmologistes continue son activité au-delà de 65 ans. C'est une hypothèse plausible. En supposant qu'un peu plus de 700 ophtalmologistes travaillent après 65 ans entre 2020 et 2025, cela ramènerait le nombre de départs à environ 3300 en 15 ans, soit une moyenne de 220 encore par année. Il ne nous semble pas raisonnable d'envisager actuellement qu'une portion plus importante d'ophtalmologistes continue son activité, à moins que l'âge de la retraite et/ou la durée de cotisation ne soient allongés d'ici 2020.

En conclusion, sur la période 2010-2025, il faut s'attendre à ce qu'au moins 220 ophtalmologistes partent par année. Nous ne pouvons plus attendre pour remonter les effectifs en formation, car dès 2011, les départs vont augmenter.

d. Les hypothèses d'entrées (nouveaux ophtalmologistes formés)

Nos projections se font suivant trois hypothèses.

HYPOTHESE 3 % des Internes : Les nouveaux diplômés en ophtalmologie représentent 3 % des Internes en médecine par année + 30 ophtalmologistes étrangers/an. Cette hypothèse cherche à redonner à l'ophtalmologie le niveau de formation qu'elle avait jusqu'en 1990 et à rattraper le retard afin qu'elle puisse se mettre dans de bonnes conditions pour faire face à la progression des besoins de la population. Les étrangers (hors UE, et UE y compris provenant des 10 nouveaux pays étrangers en 2004) sont 30 par année : cela correspondrait à un recrutement assez volontaire et actif des ophtalmologistes étrangers.

HYPOTHESE 2,7 % des Internes : Les nouveaux diplômés représentent 2,7 % du numerus clausus défini 10 ans plus tôt + 20 ophtalmologistes étrangers/an. Le nombre de nouveaux ophtalmologistes par année est proportionnel à l'importance relative actuelle de cette spécialité par rapport à l'ensemble de la médecine. Les étrangers (hors UE, et UE y compris provenant des 10 nouveaux pays étrangers en 2004) sont 20 par année, chiffre assez similaire à ce qu'il est aujourd'hui. Il n'y aurait pas de rattrapage du retard accumulé, mais simplement conservation de la proportion actuelle en suivant la remontée du Numerus Clausus et du nombre de postes ouverts aux ECN (Epreuves Classantes Nationales).

HYPOTHESE BASSE : 100 nouveaux ophtalmologistes / an et ceci de façon invariable dans le temps. C'est-à-dire statu quo minimal actuel (80 DES + 20 étrangers validés). L'Ophtalmologie ne bénéficierait pas de la remontée du numerus clausus contrairement aux autres spécialités et ceci bien qu'elle soit déjà défavorisée depuis 15 ans par rapport à elles. Cette hypothèse d'école consisterait à sacrifier l'ophtalmologie, malgré la pénurie actuelle et l'augmentation des besoins. Elle a le mérite de montrer les conséquences d'une non modification de la formation actuelle en volume.

Le contexte général est celui d'un Numerus Clausus passant à 7500 en 2011 et maintenu ensuite à ce niveau. Par rapport aux hypothèses du rapport 2006 du SNOF sur la filière visuelle, il y a une modification importante quand au démarrage des hypothèses 2,7 et 3 % des Internes. En effet, nous avons vu qu'il n'y a pas eu

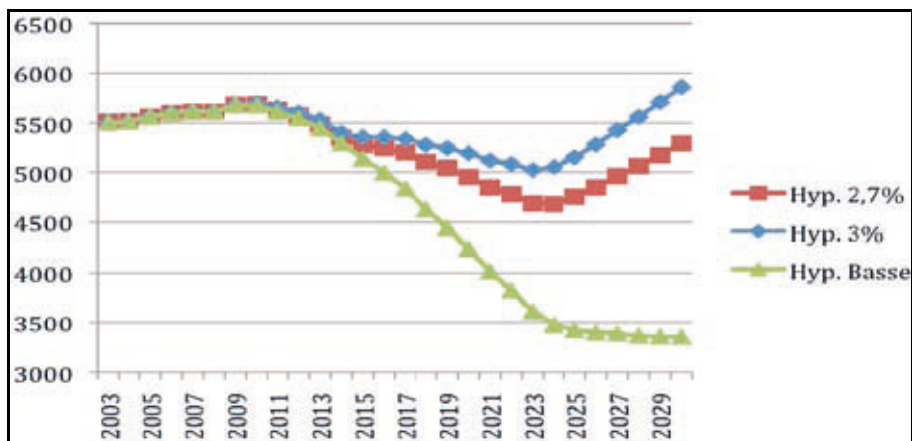
d'augmentation du nombre d'ophtalmologistes formés malgré l'augmentation globale des postes ouverts aux ECN depuis quelques années. Les effectifs devant sortir jusqu'en 2014 sont déjà en formation. Aussi, ces deux hypothèses (2,7 et 3 % des internes devenant ophtalmologistes) si elles sont appliquées dès 2010 dans l'attribution des postes d'internes, ne peuvent donner des résultats qu'à partir de 2015 pour les nouveaux diplômés. En conséquence, jusqu'en 2014, il n'est tenu compte que de 90 nouveaux ophtalmologistes + les étrangers.

e. Résultats des hypothèses d'entrées

Le tableau 47 indique l'évolution prévisible du nombre d'ophtalmologistes pour la France entière en tenant compte des départs à 65 ans par année de naissance (voir ci-dessus) et des hypothèses d'entrée (y compris les ophtalmologistes étrangers) définies ci-dessus.

Numerus Clausus	Hypothèse basse	Hypothèse 2,7% Internes (+) 20 étrangers / an	Hypothèse 3% Internes (+) 30 étrangers / an	Année
5100	5506	5506	5506	2003
5600	5513	5513	5513	2004
6200	5561	5561	5561	2005
7000	5599	5599	5599	2006
7100	5613	5613	5613	2007
7300	5612	5612	5612	2008
7400	5679	5679	5679	2009
7403	5674	5684	5694	2010
7500	5613	5633	5653	2011
7500	5545	5575	5605	2012
7500	5448	5488	5528	2013
7500	5298	5348	5398	2014
7500	5140	5277	5356	2015
7500	4999	5245	5355	2016
7500	4840	5198	5339	2017
7500	4632	5107	5280	2018
7500	4446	5041	5246	2019
7500	4240	4955	5192	2020
7500	4013	4850	5120	2021
7500	3821	4781	5083	2022
	3609	4691	5026	2023
	3480	4685	5052	2024
	3427	4754	5154	2025
	3401	4851	5283	2026
	3391	4963	5428	2027
	3367	5062	5559	2028
	3360	5177	5707	2029
	3356	5296	5858	2030

Tableau 47 : Evolution prévisible du nombre d'ophtalmologistes



Graphique 26 : Projections 2010-2030 du nombre d'Ophtalmologistes pour la FRANCE ENTIERE (hors TOM) à partir des données de la CARMF et de la DREES.

Commentaires sur le tableau 46 et le graphique 26 :

En sacrifiant le recrutement ophtalmologique comme dans l'hypothèse basse, la situation deviendra vite intenable. Dès 2020, la profession aura perdu 25 % de ses effectifs ! En 2025, on en sera à 40 %, pour finalement se retrouver avec seulement 59 % des effectifs actuels en 2030 (soit une perte de 41 %). Cette situation ne serait ni tenable, vu les besoins, ni compréhensible étant donné la forte augmentation actuelle des internes.

L'hypothèse 2,7 % des Internes provoquerait une chute des effectifs dès 2011, mais plus progressive. **Il y aurait quand même une baisse d'environ 13 % des effectifs en 2020 (et une baisse de 16 % de la densité), le maximum serait atteint en 2024 (4682 ophtalmologistes) avec une perte de près de 18 % des effectifs et une baisse de 22 % de la densité !** Puis il y aurait une remontée en 2030 à 5296 ophtalmologistes (perte de 7 %). La chute rapide des effectifs entre 2015 et 2025 paraît difficilement supportable et les délégations n'auront probablement pas le temps d'être mises en place vu le manque de paramédicaux formés.

Si 3 % des Internes devenaient ophtalmologistes, les problèmes seraient moins aigus sans léser les autres spécialités dans l'attribution des postes. Les effectifs baisseraient lentement. En 2020, il y aurait toutefois une diminution à 5192 ophtalmologistes, soit une baisse de 8,6 % (de 12 % pour la densité). La baisse maximale serait atteinte en 2023 (5026 ophtalmologistes) : 11,5 %. Puis il y aurait une remontée en 2030 à 5858 ophtalmologistes (gain de 3 % par rapport à 2009). Il faut cependant souligner que la densité aura diminué à 8,4 ophtalmologistes / 100 000h vu que la population atteindra près de 70M d'h pour la France entière en 2030, sans parler du vieillissement de la population.

Cette hypothèse 3 % apparaît donc comme un minimum vital pour la profession afin de permettre l'adaptation de la profession à la demande et aux nouvelles formes d'exercice, car elle n'évitera pas de pousser fortement la démographie orthoptiste pour faire face à l'accroissement des besoins en soins oculaires à cet horizon (+ 40-50 % au moins). Après 2025, elle permettrait une augmentation démographique assez rapide si le besoin s'en faisait sentir après une longue période de pénurie médicale. La baisse des effectifs jusqu'en 2023 ne sera cependant pas facile à compenser et nécessitera des délégations importantes et efficaces.

Une autre hypothèse consisterait à faire en sorte que 3,5 % des futurs médecins soient ophtalmologistes. La baisse serait limitée à 5,8 % en 2023 et en 2030, on retrouverait comme aujourd'hui une densité de 9 ophtalmologistes pour 100 000 h (6445 ophtalmologistes). Cette hypothèse implique que l'on privilégie un peu l'ophtalmologie dans l'attribution des postes.

Toutes les hypothèses montrent l'intérêt d'un recrutement étranger minimal.

Dans tous les cas, le nombre d'ophtalmologistes va commencer à diminuer à partir de 2011. Il est trop tard pour l'éviter. Seule l'hypothèse « 3 % des internes au moins deviennent ophtalmologistes » permettrait de limiter la baisse des effectifs à 10 % pour ensuite récupérer vers 2030 un nombre similaire d'ophtalmologistes à aujourd'hui, mais avec une baisse de la densité.

Le tableau 48 indique l'objectif de nouveaux ophtalmologistes à former suivant les deux hypothèses principales. Il faudrait augmenter très rapidement le nombre de postes d'Internes en première année, dès 2010, afin que cinq ans plus tard les effectifs mentionnés puissent effectivement être diplômés. Lecture du tableau : en 2010, il faudrait ouvrir suffisamment de postes d'Internes en ophtalmologie pour former in fine 186 ophtalmologistes (qui seront diplômés vers 2015). On voit que le nombre minimum de nouveaux ophtalmologistes suivant l'hypothèse 2,7 % devra être d'au moins 200 par an, alors qu'avec l'hypothèse 3%, il faudra atteindre 225 ophtalmologistes par année. Nous verrons dans les projections régionales à combien de postes d'Internes cela correspond.

Hypothèse 3% internes	Hypothèse 2,7% internes	Année
186	167	2010
210	189	2011
213	192	2012
219	197	2013
222	200	2014
222	200	2015
225	203	2016
225	203	2017
225	203	2018
225	203	2019
225	203	2020
225	203	2021
225	203	2022
225	203	2023
225	203	2024
225	203	2025
225	203	2026
225	203	2027
225	203	2028
225	203	2029
225	203	2030

Tableau 48 : l'objectif de nouveaux ophtalmologistes à former suivant les deux hypothèses principales

2.2. Les projections régionales

a. Situation actuelle

Dans l'enquête démographique de 2003 du SNOF, nous avons évalué le déficit en ophtalmologistes dans les régions dont la densité est inférieure à 8/100 000h. **Cette densité de 8 nous semblant être la valeur plancher sous laquelle des signes multiples de pénurie de l'offre de soins se multiplient** (notamment généralisation de longs délais d'attente de rendez-vous de consultation et apparition de files d'attente pour la chirurgie). Entre 8 et 10 ophtalmologistes / 100 000 h, la situation est assez satisfaisante. Bien sûr, d'autres facteurs interviennent comme la répartition intra-régionale, la structure par âge de la population ou le taux d'urbanisation. Cependant, en première analyse, le résultat est pertinent.

Seules deux régions sont nettement excédentaires par rapport à la moyenne. L'Île-de-France a la densité la plus élevée (13,1/100 000h). L'autre région « excédentaire » est la région PACA (densité 12). Il faut cependant remarquer que les densités sont en diminution dans ces 2 régions par rapport à 1999 et que ce phénomène devrait nettement s'accélérer à l'avenir. Par ailleurs, la surdensité de l'Île-de-France est à relativiser en raison de la situation particulière de Paris, plus grosse ville du pays, capitale, et disposant d'une offre de soins importante attirant une clientèle non négligeable au-delà de l'IDF. Ainsi, 18 % des hospitalisations en ophtalmologie en Île-de-France concernent des patients n'habitant pas dans la région parisienne⁴³. L'Île-de-France est entourée de régions déficitaires (Picardie, Champagne, Centre, Normandie, Bourgogne) et contribue partiellement à l'offre de soins pour la partie contiguë de ces régions.

A l'avenir, comme l'ont souligné les travaux récents de la Drees et de l'ONDPS, les densités entre les régions vont beaucoup évoluer et **il ne sert à rien de chercher à déplacer les professionnels actuels, il faut avant tout s'attacher à ce que les nouvelles générations de médecins soient bien réparties entre les régions et à l'intérieur de celles-ci.**

La loi HPST, en régionalisant les effectifs par spécialité doit permettre d'approcher cet objectif.

Les travaux de l'ONDPS publiés dans le rapport 2006-2007 avaient montré que dans la plupart des régions, le nombre d'inscrits au conseil de l'ordre était supérieur en ophtalmologie au nombre de DES formés dans la région. La mobilité des diplômés n'a donc pas eu de conséquence négative pour l'instant. Il faut cependant souligner qu'en Île-de-France et en PACA, le nombre d'inscrits était plus du double de celui des néoformés dans la région. Cela signifie que ces deux régions sont attractives, mais aussi qu'il y a un réel danger pour les autres régions au cas où ces deux régions ne formeraient pas à l'avenir suffisamment d'ophtalmologistes pour remplacer les départs. En effet, il y aurait création d'un « appel d'air » qui déplacerait des ophtalmologistes d'ailleurs, ce qui ruinerait les efforts de formation réalisés par les autres régions afin de limiter leur pénurie médicale.

Il nous semble nécessaire de :

- **développer une véritable politique de formation avec une augmentation et une meilleure répartition des postes formateurs sur le territoire.** La participation de structures médicales privées (cliniques et cabinets médicaux) est un élément important pour atteindre cet objectif.

⁴³ étude IRIS- la prise en charge des troubles de la vision en Île-de-France. http://www.lestroiso.org/doc/Annexe_VIII_etude_IRIS-15_20_Version%20Finale.pdf

- **fixer une densité cible par région, à atteindre en 20 ans.** Il faut bien sûr tenir compte des futurs départs à la retraite par région.
- **mettre en place des aides régionales à l'installation** pour les régions déficitaires + aides à l'installation dans les agglomérations inférieures à 100 000 h.
- **tenir compte des caractéristiques de la population** (accroissement naturel et structure par âge).
- **favoriser le maintien et la création de plateaux technico-chirurgicaux dans les zones défavorisées** et les agglomérations de moins de 100 000 h.

**b. Estimation de la densité à atteindre
et du nombre d'ophtalmologistes à former par région**

D'après l'INSEE⁴⁴, **la population française est destinée à augmenter d'ici 2030 et à vieillir fortement.** Cela se fera suivant une évolution contrastée suivant les régions. Ainsi le Languedoc-Roussillon pourrait gagner 32% de population par rapport à 2005 selon le scénario central de l'Insee, alors que la Lorraine en perdrait 2,6%. Il y a trois groupes de régions : celles qui augmenteront fortement leur population avec une croissance dépassant 13%, celles dont la croissance sera modérée (2 à 10%) et enfin celles susceptibles de perdre une partie de leur population (NPDC, Auvergne, Bourgogne, Lorraine et Champagne-Ardenne).

	Population 2030 (milliers)	Évolution 2005-2030 selon différentes variantes (en %)					
		Scénario central	Fécondité haute	Fécondité basse	Espérance de vie haute	Espérance de vie basse	Sans migrations
Languedoc-Roussillon	3 331	32,2	35,7	28,7	33,2	30,9	-0,1
Midi-Pyrénées	3 327	2,8	25,1	8,6	22,8	20,6	-0,9
Provence - Alpes - Côte d'Azur	5 611	18,3	21,3	5,3	19,3	17,1	1,7
Rhône-Alpes	6 943	16,8	19,9	3,6	17,6	15,7	8,4
Pays de la Loire	3 949	16,6	19,5	3,8	17,6	15,5	7,7
Aquitaine	3 553	16,0	19,0	3,0	17,0	14,7	-1,9
Alsace	2 055	14,4	17,4	1,3	15,1	13,3	5,7
Bretagne	3 471	14,1	16,8	1,3	15,0	12,8	2,6
Corse	313	13,8	16,7	0,9	14,8	12,5	-5,3
Poitou-Charentes	1 858	9,8	12,4	7,2	10,9	8,5	-2,1
Île-de-France	12 409	9,2	12,2	6,3	9,9	8,4	15,3
Centre	2 652	6,5	9,0	4,0	7,5	5,3	2,8
Franche-Comté	1 189	4,0	6,5	1,4	4,8	2,9	5,8
Picardie	1 930	2,8	5,4	0,3	3,6	1,7	8,7
Haute-Normandie	1 852	2,6	5,2	0,0	3,4	1,5	7,4
Basse-Normandie	1 480	2,5	4,9	0,1	3,4	1,3	3,6
Limousin	738	2,0	4,5	-0,5	3,1	0,7	-8,8
Nord - Pas-de-Calais	4 053	0,7	3,4	-1,9	1,5	-0,3	10,7
Auvergne	1 329	-0,1	2,4	-2,6	1,0	-1,3	-4,4
Bourgogne	1 618	-0,5	1,9	-2,8	0,5	-1,7	-1,4
Lorraine	2 272	-2,6	-0,1	-5,2	-1,8	-3,7	2,4
Champagne-Ardenne	1 251	-5,5	-3,1	-7,8	-1,6	-6,5	1,2

Lecture : selon le scénario central, la population de la France métropolitaine atteindrait 67,2 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2030, en progression de 10,7 % par rapport à 2005. Cette progression serait de 13,5 % selon un scénario « fécondité haute » et de 7,9 % selon un scénario « fécondité basse ». Cette même progression atteindrait respectivement 11,6 % et 9,6 % selon des scénarios « espérance de vie haute » et « espérance de vie basse ». Elle ne serait en revanche que de 5,8 % en l'absence de migrations entre la France métropolitaine et l'étranger.

Source : Insee, modèle OMPHALE.

Tableau 49 : Evolution de la population entre 2005 et 2030 selon le scénario retenu

⁴⁴ Insee Première N°1111, déc 2006. Projections régionales de la population à l'horizon 2030. O Léon, P Godefroy.

Le scénario central de l'Insee a dû être fortement revu à la hausse en 2006 en raison d'une natalité et d'une immigration sous-estimée dans le modèle précédent (nous avons souligné ce décalage par rapport à la réalité dans notre rapport 2006 sur la filière visuelle). Le scénario central actuel paraît assez plausible pour décrire l'évolution dans les 20 prochaines années.

- ***Vieillessement de la population suivant les régions***

Quel que que soit le scénario, la population française va vieillir dans toutes les régions, mais plus dans certaines. Dans le Tableau 50, l'augmentation des sujets de plus de 60 ans (particulièrement touchés par les pathologies oculaires), est indiquée en 2005 et 2030.

Région	Évolution du nombre des 60 ans et plus entre 2005 et 2030 en %
Languedoc-Roussillon	72,56
Alsace	71,40
Pays de la Loire	69,22
Rhône-Alpes	62,36
Bretagne	61,14
Picardie	60,98
Aquitaine	60,07
Haute-Normandie	59,39
Midi-Pyrénées	59,03
Corse	58,02
Basse-Normandie	54,92
Poitou-Charentes	54,26
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	54,24
Centre	53,83
Franche-Comté	52,76
Nord-Pas-de-Calais	49,13
Île-de-France	48,91
Lorraine	47,26
Champagne-Ardenne	45,79
Bourgogne	45,52
Auvergne	40,46
Limousin	31,79
France métropolitaine	56

Tableau 50 : L'augmentation des sujets de plus de 60 ans (particulièrement touchés par les pathologies oculaires), est indiquée en 2005 et 2030. (source Insee)

En France métropolitaine, le nombre de personnes de 60 ans et plus progresserait de 56 % : 19,7 millions en 2030, contre 12,6 millions en 2005. Les personnes nées entre 1945 et 1975 forment des classes d'âge très importantes (cf. ; pyramide des âges) qui, vers 2030, composeront la majorité des personnes de 60 ans et plus.

À l'échelle régionale, la croissance serait la plus forte en Languedoc-Roussillon (+ 73 %), mais aussi en Alsace (+ 71 %) et en Pays-de-Loire (+ 69 %) . Les personnes âgées de 80 ans et plus constitueraient aussi une part croissante de la population métropolitaine en 2030 (7,2 % contre 4,5 % actuellement). En progression de 75 %, leur nombre dépasserait 4,8 millions. Le Limousin conserverait la part la plus élevée de France métropolitaine (9,5 %), devant la Bourgogne et l'Auvergne (plus de 9 %). Cependant, c'est en Alsace et en Rhône-Alpes que les effectifs progresseraient le plus : le nombre de personnes de 80 ans et plus y serait presque doublé par rapport à 2005.

	Âge moyen en 2005	Structure par âge en 2005 (en %)				Âge moyen en 2030	Structure par âge en 2030 (en %)				Âge moyen en 2030 sans migrations
		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans		Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans	
Languedoc-Roussillon	40,7	23,5	52,4	24,1	5,3	43,6	21,8	46,7	31,5	7,4	44,4
Midi-Pyrénées	40,9	22,8	53,3	23,8	5,5	43,6	21,6	47,3	31,1	7,5	45,1
Provence - Alpes - Côte d'Azur	40,5	23,7	52,5	23,8	5,4	43,6	21,8	47,1	31,1	7,9	44,2
Rhône-Alpes	38,2	25,8	54,3	19,9	4,1	41,6	23,8	48,5	27,7	6,9	42,9
Pays de la Loire	38,9	25,6	53,3	21,1	4,7	43,1	23,0	46,3	30,7	7,5	42,4
Aquitaine	41,1	22,7	53,3	24,0	5,5	44,8	20,7	46,2	33,1	8,1	45,3
Alsace	38,0	25,1	56,2	18,8	3,5	42,3	21,8	50,1	28,1	5,9	43,7
Bretagne	40,0	24,4	52,7	22,8	4,9	44,0	21,9	45,8	32,3	7,6	43,0
Corse	41,5	21,8	53,4	24,8	5,3	46,0	18,4	47,2	34,4	8,4	46,7
Poitou-Charentes	41,6	22,7	52,3	25,1	5,8	45,8	20,2	44,6	35,2	8,8	44,9
Île-de-France	36,6	26,1	57,4	16,5	3,6	39,2	24,8	52,7	22,5	5,9	42,3
Centre	40,2	24,3	53,0	22,8	5,2	44,5	21,5	45,6	32,9	8,3	43,5
Franche-Comté	39,0	25,1	53,9	21,0	4,4	43,4	22,3	46,9	30,8	7,7	43,0
Picardie	37,6	26,9	54,6	18,5	3,8	42,3	23,3	47,7	29,0	6,5	41,6
Haute-Normandie	38,0	26,3	54,5	19,2	4,1	43,0	22,4	47,7	29,9	7,2	42,3
Basse-Normandie	39,8	24,9	52,7	22,4	4,9	44,9	21,1	45,1	33,8	8,2	43,0
Limousin	43,5	20,2	52,0	27,9	7,0	46,5	19,0	45,0	36,0	9,5	46,8
Nord - Pas-de-Calais	36,7	27,9	54,4	17,7	3,7	40,9	24,4	49,4	26,1	5,9	40,7
Auvergne	41,7	21,9	53,2	24,9	5,7	45,9	19,8	45,2	35,0	9,1	45,5
Bourgogne	41,1	23,2	52,6	24,1	5,6	46,0	19,9	44,8	35,3	9,0	44,5
Lorraine	38,9	24,7	54,9	20,4	4,0	43,8	21,1	48,1	30,8	7,1	43,7
Champagne-Ardenne	38,9	25,1	54,4	20,5	4,5	44,1	21,2	47,2	31,7	7,8	43,1
France métropolitaine	39,0	24,9	54,3	20,8	4,5	42,6	22,6	48,1	29,3	7,2	43,2

Source : Insee, modèle OMPHALE.

Tableau 51 : Age moyen et structure des populations par âge (scénario central de projection)

Avec un peu plus de 15 millions d'individus, le nombre des personnes de moins de 20 ans devrait rester stable sur la période. La population des 20-59 ans, en légère baisse (2 %), passerait de 32,9 à 32,3 millions.

Ainsi, en 2030, le nombre de personnes de moins de 20 ans serait de 23 % inférieur à celui des 60 ans et plus, alors qu'il lui est supérieur de 20 % en 2005.

L'importance et l'accélération du rythme du vieillissement entre 2000 et 2030 seront sans précédent dans l'histoire. La part des plus de 65 ans qui n'était que de 11,4 % en 1950, est passée en cinquante ans à 16 % (en 2000), elle devrait augmenter fortement à 24,9 % en 2030. **La progression des plus de 65 ans, qui était en moyenne de 0,56 % tous les 5 ans entre 1960 et 2000, va être de 2 % tous les 5 ans, soit une augmentation quatre fois plus rapide !**

- **Définir une densité cible par région à l'horizon 2030**

L'objectif que nous nous sommes fixé (tableau 52) est de rapprocher de la moyenne toutes les densités en fixant un seuil de 8 ophtalmologistes par 100 000 h pour les régions les plus démunies et de diminuer un peu celles qui sont actuellement excédentaires. Ainsi, les variations par rapport à la moyenne, qui vont actuellement de -38 % à + 49 % seraient réduites (allant de -14 à +23 %). Une égalité parfaite entre région est illusoire compte tenu des variations de population, d'infrastructures, d'unités urbaines et de leurs évolutions prévisibles.

Une densité de 8 est déjà aujourd'hui problématique pour faire face à l'ensemble des besoins ophtalmologiques de la population, cela sera encore plus le cas en 2030 vu le vieillissement. Cela montre que **la simple stabilisation de la densité sera en soit insuffisante, mais qu'elle est au minimum indispensable pour faire face à l'adaptation nécessaire des pratiques.**

REGIONS	Densité (2009) en Ophtalmologistes	Nb d'OPH en 2009	Population 2009 (milliers)	Densité cible en 2030	2030 (estim. milliers)	Nb d'oph espéré en 2030
Alsace	8,4	154	1847	8,5	2065	176
Aquitaine	9,4	299	3200	9,5	3563	338
Auvergne	8,7	116	1343	9	1329	120
Basse-Normandie	7,2	105	1467	8,2	1480	121
Bourgogne	6,7	110	1637	8,2	1618	133
Bretagne	7,7	242	3163	8,5	3471	295
Centre	6,3	160	2544	8	2652	212
Champagne-Ardenes	5,5	73	1336	8	1261	101
Franche-Comté	5,7	66	1168	8	1189	95
Haute-Normandie	6,9	125	1822	8	1852	148
Ile de France	13,1	1527	11746	11,5	12409	1427
Languedoc-Roussillon	9,9	256	2616	10	3301	330
Limousin	7,2	53	741	9	738	66
Lorraine	7,1	165	2342	8,5	2272	193
Midi Pyrénées	8,4	239	2865	9	3327	299
Nord Pas de Calais	6,2	250	4022	8	4063	325
Pays de Loire	7,4	259	3538	8	3949	316
Picardie	5,9	113	1906	8	1930	154
Poitou Charentes	6,7	117	1759	8,5	1868	159
PACA + Corse	11,7	612	5247	10,5	5924	622
Rhône Alpes	8,6	525	6160	9	6943	625
France métro.	9	5567	63600	3563	67204	6256
DOM	6	112	1852	8	2411	193
France entière	8,9	5679	64321	9,3	69615	6449

Tableau 52 : Densités cibles et nombre d'ophtalmologistes souhaités par région à l'horizon 2030

(Source Insee modèle Omphale 2006 pour la population de la France métropolitaine et Omphale 2001 pour les DOM, Drees pour les ophtalmologistes 2009, SNOF pour les densités cibles)

Les densités cibles ont été choisies en fonction d'un mélange de 3 critères principaux : densité de départ en ophtalmologistes (2009), évolution régionale de la population, vieillissement prévisible de cette population. Il y a également des contraintes à ne pas négliger ; par exemple, réduire trop la densité (donc la formation) dans les deux régions excédentaires actuelles (IDF et PACA) pourrait créer un « appel d'air » et attirer des ophtalmologistes d'autres régions que l'on aurait eu grand peine à former. Il s'agit en effet de régions attractives (conditions de vie, revenus, ...) ce que plébiscite d'ailleurs l'ensemble de la population puisque ce sont des régions dont la population va nettement augmenter. A l'inverse, il est aussi illusoire de vouloir passer la densité en 20 ans de 6 à 10 pour une région actuellement déficitaire, atteindre une densité seuil de 8/100 000 h est déjà un défi important.

On voit sur le tableau 52 que la densité moyenne augmente légèrement (de 8,8 à 9,3) à l'horizon 2030, ce qui est la conséquence de certains ajustements pour des régions où le taux des plus de 65 ans sera plus élevé que la moyenne (par ex. le Limousin ou le Poitou), mais aussi de la densité seuil à 8. On arrive à un chiffre d'ophtalmologistes nettement plus élevé (6449) que celui avancé avec l'hypothèse « 3 % des Internes ». **Il faudrait en effet un scénario « 3,5 % des Internes » pour y arriver. On voit ici toute la différence entre des prévisions nationales qui cherchent à définir les conditions pour obtenir une densité globale pas trop pénalisante, mais qui ne se préoccupe pas de corriger des disparités locales et des estimations faites à partir de chaque région. Il est en effet peu défendable de vouloir faire perdurer les inégalités du passé.** Le renouveau de la démographie est aussi là pour ne pas réitérer certaines erreurs.

Par ailleurs, vu les incertitudes démographiques sur la population, il ne faut pas être trop juste dans les évaluations des besoins. En l'espace de 5 ans, le modèle prévisionnel de la population de l'Insee (Omphale) a revu à la hausse la population française de 4 millions d'habitants en 2030...ce qui n'a pas été pris en compte dans la fixation actuelle du numerus clausus en médecine. Les DOM et les anciens TOM posent un problème particulier non résolu dans les prévisions, car les ophtalmologistes qui y exercent ont été dans leur grande majorité formés en France métropolitaine ; il conviendrait donc de rajouter leurs besoins dans l'effort de formation à fournir par les régions métropolitaines...

D'autre part, compte tenu de l'augmentation importante de la population prévue dans certaines régions, cela se traduira par un besoin plus important en ophtalmologistes dans ces mêmes régions et donc par la nécessité d'un effort de formation supplémentaire pour elles (ex : Alsace, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes,...).

La dernière colonne du tableau convertit en ophtalmologistes les densités cibles en fonction de la population estimée en 2030.

- ***Combien d'ophtalmologistes partiront en retraite dans chaque région ?***

Le tableau 53 montre que **la grande majorité des ophtalmologistes doit être remplacée dans les 20 ans à venir, puisque le taux de retraite sera de 75 % sur la France** avec un maximum de 88 % en Champagne-Ardennes et un minimum de 67 % dans le Nord-Pas-de-Calais. Surtout, il indique les départs prévisibles d'ici 20 ans par région et par tranche d'âge de 5 ans, ce qui permet de se faire une idée des effectifs à remplacer

par période de 5 ans (mais cela ne prend pas en compte l'évolution de la population, laquelle sera assez différente suivant les régions et les disparités de densité entre régions). On voit que des régions, déjà fortement en pénurie comme la Bourgogne et la Franche-Comté, pourraient perdre plus de 20% de leurs effectifs actuels d'ici cinq ans. Pour des régions comme le Centre ou la Bretagne, les départs massifs seront retardés. Il n'en reste pas moins que d'ici 20 ans, toutes les régions auront vu disparaître au moins les 2/3 de leurs effectifs actuels.

REGIONS	Nb d'OPH en 2009	départs 2009-2014		départs 2015-2019		départs 2020-2024		départs 2025-2029		TOTAL 2009-2029	
		%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre
Alsace	154	11,8	18	23,4	36	28,5	44	9,2	14	72,9	112
Aquitaine	299	15,8	47	21,8	65	24,8	74	12,5	37	74,9	224
Auvergne	116	13,8	16	30,2	35	29,3	34	7,8	9	81,1	94
Basse-Normandie	105	13,4	14	20,9	22	26,2	28	15,3	16	75,8	80
Bourgogne	110	20,9	23	22,7	25	17,3	19	13,7	15	74,6	82
Bretagne	242	9,5	23	22,1	53	27,7	67	10	24	69,3	168
Centre	160	10,7	17	26,8	43	28,8	46	8,8	14	75,1	120
Champagne-Ardennes	73	17,8	13	37	27	16,4	12	16,4	12	87,6	64
Franche-Comté	66	25,8	17	27,2	18	16,7	11	12,1	8	81,8	54
Haute-Normandie	125	12,8	16	23,9	30	26,4	33	10,5	13	73,6	92
Ile de France	1527	11,7	179	23,1	353	27,6	421	12,7	194	75,1	1147
Languedoc-Roussillon	256	10,6	27	19,1	49	28,9	74	11,6	30	70,2	180
Limousin	53	13,3	7	26,7	14	30,9	16	7,7	4	78,6	42
Lorraine	165	12,9	21	17,6	29	33	54	13,4	22	76,9	127
Midi Pyrénées	239	14,2	34	25,2	60	26,7	64	13	31	79,1	189
Nord Pas de Calais	250	12,5	31	18,8	47	23,3	58	12,9	32	67,5	169
Pays de Loire	259	10,5	27	20,5	53	26,7	69	15,5	40	73,2	190
Picardie	113	13,4	15	22,2	25	30,2	34	13,4	15	79,2	89
Poitou Charentes	117	12,9	15	21,4	25	25,7	30	12,9	15	72,9	85
PACA + Corse	612	12,7	78	22,4	137	27,3	167	14,4	88	76,8	470
Rhône Alpes	525	12,2	64	25,4	133	27,8	146	11,5	60	76,9	404
France métro.	5567	12,6	701	23	1280	27	1503	12,4	690	75	4175
DOM	112	13,4	15	19	21	15,2	17	17	19	64,6	72
France entière	5679	12,6	716	22,9	1300	26,8	1522	12,5	710	74,8	4248

Tableau 53 : Départs en retraite des ophtalmologistes prévus par région et par période de 5 ans, d'après l'hypothèse où les ophtalmologistes partent à 65 ans et où le nombre d'ophtalmologistes continuant après 65 ans reste constant par rapport à 2009

La détermination du nombre de départs par région et les densités cibles permettent de passer à l'étape suivante du nombre d'ophtalmologistes à former par région.

- **Combien d'ophtalmologistes à former par région sur la période 2010-2030 ?**

A partir du taux de départs attendus, du nombre d'ophtalmologistes en 2009 et de celui espéré en 2030 en fonction de la densité cible, il est aisé de déduire le nombre d'ophtalmologistes à former par région d'ici 2030 (colonne 5 du tableau 54). La colonne 7 indique la clé de répartition de ces nouveaux ophtalmologistes entre régions, c'est-à-dire le poids de chaque région dans ces nouveaux ophtalmologistes à former. **Les différences considérables d'une région à l'autre reflètent les poids démographiques respectifs, leur évolution dans le temps, les variations du taux de départs en retraite et les densités cibles. Ainsi, 3 régions (Ile-de-France, PACA et Rhône-Alpes) devront former 40,5% des ophtalmologistes !** Elles représenteront 38 % de la population métropolitaine.

La donnée la plus intéressante et la plus utile est en fait celle fournie par la colonne 6 qui indique le nombre d'ophtalmologistes à former par 100 000h et par région sur la période 2009-2030 (la population de référence est la population moyenne sur la période). Les écarts sont beaucoup moins importants avec une moyenne de 7,4 / 100 000 habitants. Nous avons la surprise de constater que **les trois régions ayant déjà les plus fortes densités (Ile-de-France, PACA et Languedoc-Roussillon) seront aussi celles, malgré un recul de leur densité en ophtalmologistes, qui vont devoir fournir le plus gros effort de formation.** Cela est dû à la conjonction des facteurs précédemment énumérés, dont la croissance démographique de ces régions.

Ces chiffres montrent aussi le gouffre que vont devoir combler en terme de formation certaines régions. Le cas le plus démonstratif est l'Ile-de-France où près de 1150 départs sont attendus en 20 ans, alors que dans les années 1990 on ne formait que 18 ophtalmologistes / an en moyenne et que ces dernières années, on est même descendu à 11/an. A ce rythme, moins de 20 % des besoins seront couverts ! Cela agirait comme une pompe aspirante sur les autres régions et désorganiserait complètement leur démographie médicale et ruinerait les efforts de formation produits. Le même raisonnement peut être fait pour les régions PACA et Languedoc-Roussillon.

REGIONS	Nb d'OPH en 2009	départs 2009-2029	Nb d'oph espéré en 2030	nombre d'OPH à former 2009-2030	Nb d'oph à former par 100 000h 2009-2030	clé de répartition par région en %
Alsace	154	112	176	134	6,8	2,67%
Aquitaine	299	224	338	263	7,8	5,25%
Auvergne	116	94	120	98	7,3	1,95%
Basse-Normandie	105	80	121	96	6,5	1,91%
Bourgogne	110	82	133	105	6,4	2,09%
Bretagne	242	168	295	221	6,7	4,40%
Centre	160	120	212	172	6,6	3,43%
Champagne- Ardennes	73	64	101	92	7,1	1,83%
Franche-Comté	66	54	95	83	7,1	1,66%
Haute-Normandie	125	92	148	115	6,3	2,29%
Ile de France	1527	1147	1427	1047	8,7	20,86%
Languedoc- Roussillon	256	180	330	254	8,6	5,06%
Limousin	53	42	66	55	7,4	1,10%
Lorraine	165	127	193	155	6,7	3,09%
Midi Pyrénées	239	189	299	249	8,1	4,97%
Nord Pas de Calais	250	169	325	244	6,0	4,86%
Pays de Loire	259	190	316	247	6,6	4,91%
Picardie	113	89	154	131	6,8	2,61%
Poitou Charentes	117	85	159	127	7,0	2,53%
PACA + Corse	612	470	622	480	8,6	9,57%
Rhône Alpes	525	404	625	504	7,7	10,04%
France métro.	5567	4175	6256	4864	7,4	96,94%
DOM	112	72	193	153	7,2	3,06%
France entière	5679	4248	6449	5024	7,5	100,12%

Tableau 54 : Nombre d'ophtalmologistes à former d'ici 2030 et clé de répartition entre région

Pour les DOM, le problème reste entier. Peut-on former suffisamment d'ophtalmologistes sur place et comment ? Il y a bien un CHU en Martinique, mais les distances entre DOM sont considérables et il est difficile de faire tourner les Internes. Une formation couplée avec la métropole est possible, mais pas simple pratiquement. Nous continuerons par la suite à séparer les besoins des DOM, car ils sont réels et ont été peu ou pas évalués dans les études antérieures.

- **Combien d'ophtalmologistes à former par région et par année ? (tableau 55)**

Nous avons vu que **pour arriver à corriger les disparités au niveau régional au travers des densités cibles, il faut partir de l'hypothèse où 3,5 % des Internes deviendront à l'avenir ophtalmologistes. Nous avons utilisé la clé de répartition précédemment définie pour répartir les postes entre les régions.** Nous avons considéré que jusqu'en 2014 il n'était guère possible de dépasser 90 nouveaux diplômés en ophtalmologie vu que ces Internes sont déjà dans le cursus de formation. Donc, une modification des postes ouverts en faveur de l'ophtalmologie, afin d'éviter une trop forte chute démographique, ne pourra avoir d'effet avant 2015. Le chiffre de 90 correspond au flux de DES qui devrait sortir les prochaines années vu le nombre d'inscrits actuel au DES. L'apport des ophtalmologistes étrangers n'est pas modélisé dans ces projections, car il n'est pas possible de savoir comment ils vont se répartir en fonction des régions ; la situation actuelle montre que cette répartition n'est pas du tout uniforme.

REGIONS	clé de répartition par région en %	Nombre de Diplômes d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) en Ophtalmologie à valider en :											
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alsace	2,67%	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	5,8	6,5	6,6	6,8	6,9	6,9
Aquitaine	5,25%	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	11,4	12,9	13,1	13,4	13,6	13,6
Auvergne	1,95%	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	4,2	4,8	4,8	5,0	5,0	5,0
Basse-Normandie	1,91%	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	4,1	4,7	4,8	4,9	5,0	5,0
Bourgogne	2,09%	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	4,5	5,1	5,2	5,3	5,4	5,4
Bretagne	4,40%	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	9,5	10,8	11,0	11,3	11,4	11,4
Centre	3,43%	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	7,5	8,4	8,6	8,8	8,9	8,9
Champagne-Ardennes	1,83%	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	4,0	4,5	4,6	4,7	4,7	4,7
Franche-Comté	1,66%	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	3,6	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3
Haute-Normandie	2,29%	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	5,0	5,6	5,7	5,9	5,9	5,9
Ile de France	20,86%	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	45,3	51,1	51,9	53,4	54,0	54,0
Languedoc-Roussillon	5,06%	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	11,0	12,4	12,6	12,9	13,1	13,1
Limousin	1,10%	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,4	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8
Lorraine	3,09%	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	6,7	7,6	7,7	7,9	8,0	8,0
Midi Pyrénées	4,97%	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	10,8	12,2	12,4	12,7	12,9	12,9
Nord Pas de Calais	4,86%	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	10,5	11,9	12,1	12,4	12,6	12,6
Pays de Loire	4,91%	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	10,7	12,0	12,2	12,6	12,7	12,7
Picardie	2,61%	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	5,7	6,4	6,5	6,7	6,8	6,8
Poitou Charentes	2,53%	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	5,5	6,2	6,3	6,5	6,6	6,6
PACA + Corse	9,57%	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	20,8	23,4	23,8	24,5	24,8	24,8
Rhône Alpes	10,04%	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	21,8	24,6	25,0	25,7	26,0	26,0
DOM	3,06%	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	6,6	7,5	7,6	7,8	7,9	7,9
France entière	100,00%	90	90	90	90	90	90	217	245	249	256	259	259

REGIONS	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total DES validés en 2030	Nb oph théorique à former
	Alsace	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	124	134
Aquitaine	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	244	263
Auvergne	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	91	98
Basse-Normandie	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	89	96
Bourgogne	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	97	105
Bretagne	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	11,6	205	221
Centre	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	160	172
Champagne-Ardennes	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	85	92
Franche-Comté	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	77	83
Haute-Normandie	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	107	115
Ile de France	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	54,9	971	1047
Languedoc-Roussillon	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	13,3	235	254
Limousin	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	51	55
Lorraine	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	8,1	144	155
Midi Pyrénées	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	231	249
Nord Pas de Calais	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	12,8	226	244
Pays de Loire	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	229	247
Picardie	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	121	131
Poitou Charentes	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	118	127
PACA + Corse	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	25,2	445	480
Rhône Alpes	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	467	504
DOM	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	142	153
France entière	263	263	263	263	263	263	263	263	263	263	4655	5024

Tableau 55 : DES à valider par année et par région dans l'hypothèse où 3,5% des internes deviennent ophtalmologistes

Nous voyons que l'augmentation des DES est brutale à partir de 2015, vu que le numerus de référence (2005) était déjà de 6200. Bien sûr, les chiffres après la virgule ne sont pas à prendre au pied de la lettre, mais indiquent une tendance. L'idéal serait de se baser plutôt sur les postes offerts à l'ECN par région que sur le numerus clausus, mais nous ne connaissons pas ces chiffres après 2010 et avant cela n'a pas d'incidence sur les postes formés jusqu'en 2015. **A partir de 2021, il y a un plateau à 263 nouveaux DES par an. Ce chiffre de 263 peu paraître important, mais il faut se rendre compte que l'absence d'anticipation des besoins démographique coûte cher. Ainsi, en 2030, on n'arriverait qu'à 4661 ophtalmologistes formés contre 5024 attendus pour atteindre les densités cibles.** Cependant, le manque de 363 ophtalmologistes serait comblé dès 2032.

- **Comment évoluerait la démographie des ophtalmologistes entre 2015 et 2030 par régions suivant l'hypothèse où 3,5 % des internes deviendraient ophtalmologistes ?**

Le résultat est donné dans le tableau 56. Il tient compte des résultats précédents et de la clé de répartition. Dès 2015, certaines régions (Bourgogne, Franche-Comté) verraient leur démographie chuter de plus de 10 %, mais ensuite leur situation se stabiliserait pour s'améliorer nettement en fin de période. En 2020, la situation serait assez contrastée suivant les régions allant de -14 % en Auvergne à +5 % en Picardie et Languedoc-Roussillon. En 2025, la chute atteindrait 20 % en Ile-de-France malgré un important effort de formation (55 DES par an), alors qu'il y aurait une remontée importante de la démographie en Franche-Comté à +7,5 %. Toutes les régions verraient leur situation nettement s'améliorer entre 2025 et 2030 vu la diminution des départs en retraite et l'arrivée d'un nombre important de DES. On voit que, malgré un effort important de formation, la situation sera fortement tendue dans beaucoup de régions entre 2015 et 2025. Elle le sera d'autant plus que cet objectif de «3,5 % des internes » ne serait pas tenu.

Pourquoi le chiffre final pour la France entière (5823) est-il inférieur à celui trouvé page 105 (6445) ?
 Tout simplement parce que le modèle régional n'intègre pas l'apport des étrangers sur la période.

REGIONS	Nombre OPH 2009	2015		2020		2025		2030	
		OPH	%	OPH	%	OPH	%	OPH	%
Alsace	154	150	-2,5%	147	-4,6%	138	-10,4%	159	5,7%
Aquitaine	299	280	-6,3%	279	-6,6%	274	-8,4%	306	9,1%
Auvergne	116	111	-4,7%	99	-14,4%	91	-21,7%	107	-2,8%
Basse-Normandie	105	101	-3,6%	103	-2,1%	100	-4,5%	109	8,0%
Bourgogne	110	98	-10,7%	99	-10,1%	107	-2,5%	120	21,7%
Bretagne	242	243	0,3%	243	0,5%	234	-3,4%	267	10,2%
Centre	160	161	0,9%	161	0,4%	160	-0,3%	191	18,1%
Champagne-Ardennes	73	70	-4,3%	65	-10,5%	77	5,9%	89	28,0%
Franche-Comté	66	58	-12,2%	60	-8,7%	71	7,5%	85	46,3%
Haute-Normandie	125	121	-2,9%	120	-4,3%	117	-6,6%	134	10,2%
Ile de France	1527	1461	-4,3%	1364	-10,7%	1216	-20,4%	1296	-11,3%
Languedoc-Roussillon	256	256	0,1%	269	5,2%	262	2,2%	298	16,5%
Limousin	53	52	-2,1%	51	-3,4%	49	-7,2%	60	14,8%
Lorraine	165	160	-2,8%	169	2,6%	155	-5,9%	174	8,3%
Midi Pyrénées	239	232	-3,0%	233	-2,7%	234	-2,1%	268	15,7%
Nord Pas de Calais	250	245	-2,0%	258	3,0%	263	5,2%	295	20,3%
Pays de Loire	259	258	-0,3%	265	2,5%	261	0,7%	285	10,4%
Picardie	113	112	-0,9%	119	5,2%	119	5,2%	138	23,3%
Poitou Charentes	117	116	-1,2%	122	3,9%	125	6,6%	143	23,7%
PACA + Corse	612	586	-4,3%	566	-7,5%	524	-14,3%	562	-4,1%
Rhône Alpes	525	515	-1,9%	505	-3,8%	490	-6,6%	562	9,1%
France entière	5679	5503	-3,1%	5429	-4,4%	5218	-8,1%	5823	2,5%

Tableau 56 : Evolution de la démographie des ophtalmologistes entre 2015 et 2030 par régions suivant l'hypothèse où 3,5% des internes deviendraient ophtalmologistes

c. Estimation des postes d'Internes nécessaires en ophtalmologie

- Nombre de postes à ouvrir chaque année en première année d'Internat

Le nombre de semestres minimum pour valider l'ophtalmologie est de six alors que l'internat est passé en 2002 à 5 ans. En considérant que 7 semestres en ophtalmologie peut être un chiffre minimal souhaitable pour valider en pratique la spécialité, le nombre de postes à ouvrir correspondrait alors au nombre de diplômés souhaités cinq années plus tard multiplié par le rapport 7 (sem. d'oph) / 10 semestres. On peut reprocher à cette hypothèse de ne pas tenir compte d'une éventuelle fuite vers d'autres spécialités et donc de la possibilité que tous les postes occupés ne serviront pas à valider la spécialité, mais entreront aussi dans le cursus d'autres spécialités (par ex. ORL, neurochirurgie, chirurgie plastique,...). Par ailleurs, certains Internes peuvent faire plus que sept semestres en ophtalmologie et donc ainsi limiter indirectement le nombre de DES formés. Aussi, nous avons retenu l'hypothèse moyenne qu'un Interne occuperait pendant 8 semestres un poste en ophtalmologie durant son cursus. Le nombre de postes à ouvrir par année correspond alors au nombre de diplômés souhaités cinq années plus tard multiplié par le rapport 8 (sem. d'oph) / 10 semestres. Ces données sont rassemblées dans le tableau 57.

REGIONS	Cie de répartition par région en %	Nombre de postes d'Internes en Ophtalmologie à ouvrir en 1ère année en :																	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Alsace	2,80%	1,9	4,6	5,2	5,3	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	
Aquitaine	5,14%	3,8	9,1	10,3	10,5	10,8	10,9	10,9	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	
Auvergne	1,69%	1,4	3,4	3,8	3,9	4,0	4,0	4,0	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	
Basse-Normandie	2,05%	1,4	3,3	3,7	3,8	3,9	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	
Bourgogne	2,18%	1,5	3,6	4,1	4,2	4,3	4,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	
Bretagne	4,28%	3,2	7,6	8,6	8,8	9,0	9,1	9,1	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	
Centre	3,47%	2,5	6,0	6,7	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	
Champagne-Ardennes	1,72%	1,3	3,2	3,6	3,6	3,7	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	
Franche-Comté	1,52%	1,2	2,9	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	
Haute-Normandie	2,46%	1,7	4,0	4,5	4,6	4,7	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	
Ile de France	21,77%	15,0	36,2	40,9	41,6	42,7	43,2	43,2	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	43,9	
Languedoc-Roussillon	5,89%	3,6	8,8	9,9	10,1	10,4	10,5	10,5	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6	
Limousin	0,90%	0,8	1,9	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	
Lorraine	2,91%	2,2	5,4	6,1	6,2	6,3	6,4	6,4	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	
Midi Pyrénées	4,50%	3,6	8,6	9,7	9,9	10,2	10,3	10,3	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	
Nord Pas de Calais	5,25%	3,5	8,4	9,5	9,7	9,9	10,1	10,1	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	
Pays de Loire	4,53%	3,5	8,5	9,6	9,8	10,1	10,2	10,2	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	10,3	
Picardie	2,74%	1,9	4,5	5,1	5,2	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	
Poitou Charentes	2,22%	1,8	4,4	5,0	5,0	5,2	5,2	5,2	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	
PACA + Corse	11,09%	6,9	16,6	18,7	19,1	19,6	19,8	19,8	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	
Rhône Alpes	11,11%	7,2	17,4	19,7	20,0	20,6	20,8	20,8	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	21,1	
TOTAL	100%	69,9	169	190	193	199	201	201	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	

Tableau 57 : Nombre de postes d'Internes en Ophtalmologie à ouvrir en 1^{ère} année par région

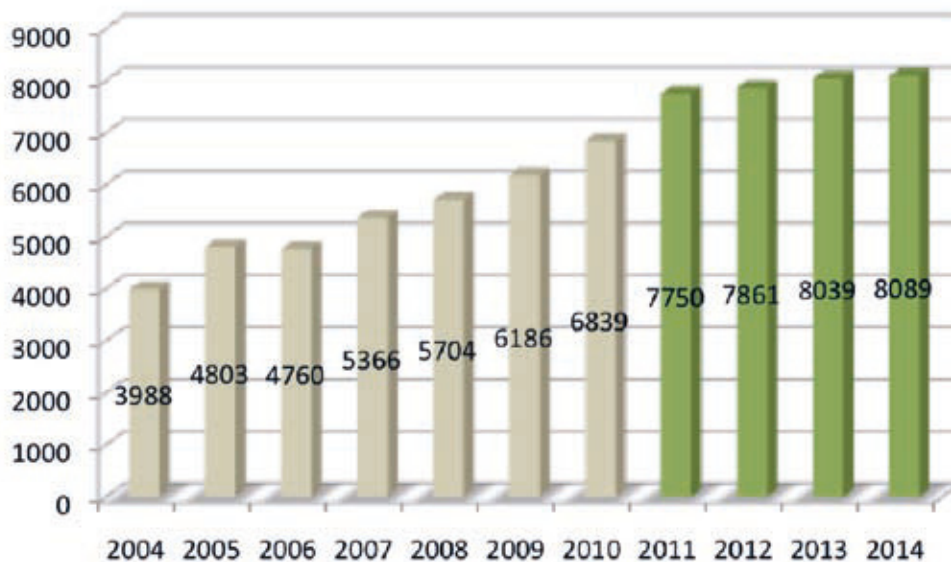
Dès 2011, il faudrait ouvrir 190 postes, pour rapidement monter à 200 en 2013 et ensuite se stabiliser un peu au-dessus de ce chiffre (204). En Limousin, il suffirait d'ouvrir un peu plus de deux postes par an, alors qu'en Ile-de-France, il faudrait monter à 44 (contre 20 en 2010). PACA et Rhône - Alpes devraient atteindre rapidement 20 postes. La plupart des régions actuellement en pénurie auraient besoin de 4 à 10 postes ouverts par année.

Le tableau 58 indique les postes qui ont été réellement attribués (par arrêté du ministère de la santé) à l'ophtalmologie à l'ECN en 2010. Seules trois régions (Auvergne, Franche-Comté et Nord-Pas-de-Calais) ont atteint l'objectif fixé dans le tableau 57 (le Nord-Pas-de-Calais est même un peu en avance). Neuf régions (Alsace, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardennes, Haute-Normandie, Limousin, Pays-de-Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes) ne sont pas trop éloignées de celui-ci. Quant aux neuf autres, il leur reste (parfois beaucoup) du chemin à parcourir...

Aix-Marseille	3
Amiens	2
Angers	2
Antilles-G.	2
Besançon	3
Bordeaux	5
Brest	3
Caen	1
Clermont-Fd	4
Dijon	3
Grenoble	4
Lille	10
Limoges	1
Lyon	7
Montpellier	3
Nancy	3
Nantes	4
Nice	2
Paris	20
Poitiers	3
Reims	2
Rennes	3
Rouen	3
St-Etienne	4
Strasbourg	3
Toulouse	3
Tours	3
Total	106

Tableau 58 : Postes ouverts en Ophtalmologie à l'ECN en 2010

Pourtant, comme nous l'avons déjà signalé, le contexte général a changé et en tout premier lieu le nombre de postes d'Internes attribués à l'Examen Classant National (ECN). Comme le montre le graphique 25, nous sommes passé de 3988 postes en 2004 à 6839 en 2010 (+71 %) et nous dépasserons 8000 dès 2013. 38500 Internes vont être formés dans les cinq ans d'après le ministère. C'est du jamais vu. **La France va compter plus d'Internes qu'elle n'en a jamais connu.** On voit que **si le ratio 2,7 % avait été appliqué en 2010, 185 postes auraient été attribués à l'ophtalmologie, soit un nombre suffisant.** Ceci montre que le redressement de la démographie ophtalmologique peut se faire sans léser les autres spécialités. Il faut simplement que nous obtenions notre dû. Il faut aussi offrir suffisamment de terrains de stages.



Graphique 25 : Progression des postes ouverts à l'E.C.N. (source Ministère de la santé)

- **Combien faudra-t-il de stages en ophtalmologie par région pour les Internes ?**

Cela consiste à additionner en fait les postes ouverts année après année.

Pour les années 2009 à 2012, nous avons estimé le nombre de postes d'Internes pour les années manquantes en nous basant sur l'enquête faite en 2008 sur les postes existants, les DES validés par faculté de médecine depuis 1990 et les données fournies par l'ONDPS.

Le tableau 59 est sans doute le plus important, car il permet de mesurer l'ampleur de l'effort de formation qu'il va falloir mener dans les quinze années à venir et qui nécessitera la mobilisation de tous, d'autant qu'il faut y rajouter la formation des paramédicaux dont les besoins en formation vont beaucoup augmenter aussi.

Dès 2010, il faudrait déjà au minimum 450 postes d'Internes occupés en permanence en ophtalmologie pour espérer former suffisamment de spécialistes. Ce nombre va devoir augmenter rapidement et au minimum atteindre 1000 en 2016, soit une augmentation de 2,8 fois, puis se stabiliser autour de 1020.

REGIONS	clé de répartition par région en %	Nombre de stages d'Internes nécessaires en Ophtalmologie par régions :																
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Alsace	2,80%	9,9	12,5	15,8	19,1	22,5	26,2	27,0	27,4	27,7	27,9	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0	28,0
Aquitaine	5,14%	25,8	22,9	30,2	37,6	44,4	51,5	53,3	54,0	54,6	54,9	55,1	55,2	55,2	55,2	55,2	55,2	55,2
Auvergne	1,69%	7,4	8,8	11,6	14,5	16,5	19,1	19,7	20,0	20,2	20,4	20,4	20,5	20,5	20,5	20,5	20,5	20,5
Basse-Normandie	2,05%	9,4	12,7	12,4	14,3	16,2	18,8	19,4	19,7	19,9	20,0	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1
Bourgogne	2,18%	9,5	11,1	13,2	15,4	17,6	20,5	21,2	21,5	21,7	21,8	21,9	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
Bretagne	4,28%	14,2	18,8	26,4	32,2	37,2	43,1	44,6	45,3	45,7	46,0	46,1	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3	46,3
Centre	3,47%	10,5	14,4	19,2	24,0	29,0	33,7	34,8	35,3	35,7	35,9	36,0	36,1	36,1	36,1	36,1	36,1	36,1
Champagne-Ardenne	1,72%	7,3	9,5	12,1	13,7	15,5	17,9	18,6	18,8	19,0	19,1	19,2	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3	19,3
Franche-Comté	1,52%	9,2	10,1	11,3	12,6	14,0	16,2	16,8	17,0	17,2	17,3	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4	17,4
Haute-Normandie	2,46%	9,7	11,6	14,1	16,7	19,4	22,5	23,3	23,6	23,9	24,0	24,1	24,1	24,1	24,1	24,1	24,1	24,1
Ile de France	21,77%	70,0	93,2	120,1	147,7	176,4	204,6	211,6	214,6	217,0	218,1	218,8	219,5	219,5	219,5	219,5	219,5	219,5
Languedoc-Roussillon	5,89%	13,6	19,4	26,3	34,4	42,8	49,6	51,3	52,0	52,6	52,9	53,0	53,2	53,2	53,2	53,2	53,2	53,2
Limousin	0,90%	4,8	5,7	6,8	9,0	9,3	10,8	11,1	11,3	11,4	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5
Lorraine	2,91%	10,2	13,6	17,6	21,8	26,1	30,3	31,3	31,8	32,1	32,3	32,4	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5	32,5
Midi Pyrénées	4,50%	11,6	18,2	26,0	33,9	42,0	48,8	50,4	51,1	51,7	52,0	52,1	52,3	52,3	52,3	52,3	52,3	52,3
Nord Pas de Calais	5,25%	35,0	35,9	37,5	39,1	41,1	47,7	49,3	50,0	50,5	50,8	51,0	51,1	51,1	51,1	51,1	51,1	51,1
Pays de Loire	4,53%	15,5	22,1	28,7	35,5	41,5	48,2	49,8	50,5	51,1	51,4	51,5	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7	51,7
Picardie	2,74%	9,9	12,4	15,5	18,7	22,1	25,6	26,5	26,8	27,1	27,3	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4
Poitou Charentes	2,22%	11,8	14,2	16,2	18,2	21,4	24,8	25,7	26,1	26,3	26,5	26,6	26,6	26,6	26,6	26,6	26,6	26,6
PACA + Corse	11,09%	22,9	35,5	50,2	65,3	80,9	93,8	97,0	98,4	99,5	100,0	100,3	100,6	100,6	100,6	100,6	100,6	100,6
Rhône Alpes	11,11%	37,2	47,6	60,3	73,3	84,9	98,4	101,8	103,2	104,4	104,9	105,3	105,6	105,6	105,6	105,6	105,6	105,6
TOTAL	100%	355,4	450	572	697	821	952	985	999	1010	1015	1018	1021	1021	1021	1021	1021	1021

Tableau 59 : Nombre de stages d'Internes nécessaires en Ophtalmologie par région

L'objectif doit donc être de proposer un millier de terrains de stages permanents aux Internes d'ophtalmologie dans les dix ans. Il s'agit d'un challenge important mais nécessaire. Il faut également y adjoindre un enseignement adéquat. Les deux semblent difficile à réaliser aujourd'hui dans certaines régions vu le tissu hospitalier limité en ophtalmologie. Il faudra recourir à une mutualisation des moyens entre les régions limitrophes (surtout à faible poids démographique) et à l'intérieur des régions entre hospitaliers et libéraux. Les hôpitaux vont gagner des moyens supplémentaires avec l'augmentation des Internes, mais des obligations nouvelles également. Il serait fortement souhaitable de faire participer l'ophtalmologie libérale à l'enseignement pratique et théorique.

Bien sûr ces tableaux ne sont qu'indicatifs région par région et sont à adapter aux situations locales. On voit cependant que **l'effort à fournir est variable suivant les régions. Une seule, le Nord-Pas-de-Calais, a anticipé les besoins** : il y a déjà en 2010, 40 postes d'Internes et l'effort supplémentaire à fournir à l'avenir n'est que de 25 % ; cette région est à donner en exemple. La Basse-Normandie, la Franche-Comté, le Limousin, auront à doubler leur nombre de stages. **La plupart des régions (dont l'Ile-de-France) devront tripler leurs terrains de stages**, ce qui ne sera pas simple. Enfin trois régions du sud, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées devraient quadrupler leurs terrains de stages.

Ces régions n'ont absolument pas anticipé l'importance des départs en retraite et la croissance de leur population. Tout se passe comme si elles se reposaient sur leur attractivité potentielle, qui est réelle. C'est très préoccupant, car un manque important de nouveaux ophtalmologistes dans ces trois régions, risque d'attirer durablement de nombreux ophtalmologistes d'autres régions et ainsi provoquer un déséquilibre important pour l'ensemble des régions malgré les efforts de formation consenties par chacune.

Un stage obligatoire dans le secteur libéral pourrait être inclus dans le cursus, ce qui permettrait aux Internes de découvrir réellement les différents aspects de la médecine libérale, de les préparer concrètement (pour une bonne partie d'entre eux) à leur futur exercice professionnel et de libérer un stage (sur 6 obligatoires) dans les services hospitaliers formateurs. Il ne faut pas perdre de vue que les facultés de médecine délivrent des formations professionnalisantes qui doivent donc être en adéquation avec la pratique.

- ***Peut-on améliorer la répartition sur le territoire et avoir suffisamment de stages ? Intérêt de la participation des hôpitaux périphériques et du développement d'un stage en libéral***

Attribuer globalement suffisamment d'Internes annuellement à l'ophtalmologie est une chose, les répartir sur le territoire en est une autre. C'est là où doit se dérouler également une remise en cause du schéma actuel de formation.

Même s'il est souhaitable que les ophtalmologistes se regroupent pour former des cabinets et des plateaux techniques plus importants, mieux équipés, ce qui aura pour corollaire d'augmenter la distance moyenne entre ces structures, il faut garder une répartition harmonieuse sur le territoire, pas seulement centrée sur les villes de CHU ou les grandes villes. Or, l'attribution des postes d'Internes cumule actuellement deux handicaps majeurs pour y parvenir. En premier lieu, de très nombreux Internes ne sont pas originaires de la région où ils effectuent leur internat : ils ne connaissent pas le tissu médical de la région et n'ont pas d'affinité pour telle ou telle ville de cette région. Leur penchant naturel sera de retourner dans leur région d'origine ou de s'installer dans la ville qu'ils auront connu durant leur internat, c'est-à-dire celle où se situe le CHU. En second lieu, les stages sont aujourd'hui très centrés sur les villes de CHU (à 75 % en moyenne et parfois à 100 %, cf. tableau 60). Ceci ne peut que concentrer les installations.

Pourtant, dans certaines régions (Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes), il y a une parité entre les postes périphériques et le CHU. Il y a certes des particularités dans le tissu ophtalmologique hospitalier de chaque région, mais **cela doit être un objectif que d'accroître fortement le nombre de postes dans les hôpitaux périphériques et ceci pour trois raisons majeures :**

- **améliorer la répartition des futurs ophtalmologistes dans chaque région.**
- **Créer suffisamment de terrain de stages, les services universitaires ne le pouvant à eux seuls.**
- **Améliorer la permanence des soins dans la spécialité (PDS).**

Tableau 60	nb postes	postes
FACULTES DE MEDECINE	Internes CHU	hors CHU
AMIENS	5	3
ANGERS	4	2
BESANCON	5	2
BORDEAUX	12	5
BREST	5	2
CAEN	6	0
CLERMONT-FERRAND		
DIJON	8	0
GRENOBLE	8	3
LILLE	12	12
LIMOGES	4	1
LYON	17	0
MARSEILLE	10	2
MONTPELLIER-NIMES		
NANCY	7	3
NANTES		
NICE	5	2
PARIS V, VI, VII, XI, XIII	43	15
PARIS XII	4	0
POITIERS	6	5
REIMS	5	1
RENNES	5	2
ROUEN	5	1
SAINT-ETIENNE		
STRASBOURG	5	5
TOULOUSE		
TOURS	6	4
TOTAL	187	70
%	73%	27%

Tableau 60 : Enquête du SNOF auprès des PU-PH sur le nombre de stages d'Internes en Ophtalmologie en France début 2008

Par ailleurs, **où forme-t-on actuellement les futurs ophtalmologistes aux difficultés qu'ils vont affronter lors de leur installation et de leur pratique libérale (84 % des ophtalmologistes sont libéraux) ?** Ne serait-il pas temps de prendre en compte durant la formation initiale la problématique

libérale et les particularités de l'exercice en ville ? La formation exclusive hospitalière à temps plein est-elle en adéquation avec les exigences actuelles de la société et les contraintes administratives de plus en plus fortes qui s'imposent au futur installé ? L'internat est censé être une formation professionnalisante délivrant des diplômés opérationnels. C'est de moins en moins le cas, d'où un retard de plus en plus grand à l'installation, les néo-ophtalmologistes multipliant les remplacements et les postes provisoires. Les écoles d'ingénieurs et de commerce obligent leurs étudiants à multiplier les stages et les expériences pour les rendre plus aptes et plus souples aux exigences du marché du travail. Il faut également insister, suite à la réduction des postes d'Internes dans les années 1990, sur le recentrage des services hospitaliers sur l'ophtalmologie de second recours, plus spécialisée et non représentative de ce que vont rencontrer les nouveaux ophtalmologistes dans leur pratique quotidienne. Les soins de premiers recours ne font pas partie des missions des hôpitaux. La gestion d'une patientèle et d'un cabinet, les rapports avec les organismes sociaux (CPAM, ARS, URSSAF...) et professionnels (CDOM, CARMF, syndicats, URPS,...), la mise en place d'un système informatique et de la télétransmission, les rapports entre médecins associés, la comptabilité, etc...ne sont enseignés nulle part aujourd'hui. Enfin, nous avons vu que **nous allons assister à une profonde modification du mode de travail en médecine ambulatoire dans les quinze ans à venir avec le développement du travail assisté et l'intégration de paramédicaux dans les cabinets : l'apprentissage de ce nouveau mode de travail et de ses contraintes (développement de structures adaptées, gestion du personnel) ne peut se faire de manière satisfaisante qu'in situ, c'est-à-dire en médecine de ville.**

Il y a donc de la place pour un stage en milieu libéral, au moins à temps partiel. La loi HPST permet de mettre des Internes dans des structures privées. Ca ne serait pas une perte de temps pour l'Interne ; au contraire, il apporterait une valeur ajoutée à la formation initiale en rendant le nouvel ophtalmologiste plus opérationnel. Il permettrait aussi d'augmenter l'offre de stages et d'améliorer la répartition sur le territoire à l'intérieur des régions.

Voilà le schéma que l'on peut proposer :

Il nous faut, d'ici 6-7 ans, environ 1000 terrains de stages pour nos Internes. Occuper 1000 Internes en ophtalmologie est loin d'être une tâche insurmontable vu l'ampleur actuelle des besoins aussi bien en chirurgie, en médecine ou en explorations. Cela permettrait également d'améliorer, voire de régler le problème de la permanence des soins.

Les possibilités en stages hospitaliers universitaires sont limitées, mais ceux-ci doivent rester le socle de la formation. **Nous pensons qu'il est possible de doubler ces postes**, donc de les monter jusqu'à 450, voire 500.

Les stages dans les hôpitaux périphériques non universitaires sont insuffisamment nombreux et très diversement présents suivant les régions. **Il faut les tripler** au moins et mieux les répartir. Cela ferait 240 à 280 postes.

Il reste à en trouver environ 200. Les 3000 cabinets libéraux et les centaines de cliniques et de services hospitaliers avec un chef de service à temps partiel offrent d'importantes possibilités de formation pratique ; on y fait également de l'ophtalmologie de qualité avec les moyens les plus modernes. **Nous proposons d'ouvrir, à partir de la 3^e année d'internat, des postes dans des cabinets de groupe situés préférentiellement dans des villes non universitaires** (afin d'améliorer la répartition sur le territoire et la PDS). Ces cabinets devront pouvoir offrir au stagiaire un poste de consultation complet et l'accès à une clinique ou un service hospitalier avec un chef de service à temps partiel. Le cabinet médical doit être un cabinet de groupe comprenant au moins deux praticiens et l'un d'eux doit exercer également dans l'établissement de santé où s'effectue l'autre partie du stage ; l'intégration de paramédicaux (orthoptistes, TASO) serait aussi une condition pour que ces cabinets soient éligibles pour ce type de stage. Le couplage avec un exercice à mi-temps en établissement de santé, assurerait une bonne formation technique et clinique lors de ces stages. Ces stages doivent être agréés par le responsable local du DES et le coordonnateur interrégional de la spécialité. Ils seraient validant pour un semestre dans le cursus de l'interne.

Il suffirait de solliciter, après sélection par le responsable régional du DES, seulement 1 à 3 cabinets d'ophtalmologie par département. Outre la découverte de l'exercice libéral, de ses particularités et de ses contraintes, cela permettrait de resserrer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital. **Ça serait aussi l'occasion de mettre en place un module d'enseignement sur l'exercice libéral, notamment ses aspects administratifs, complètement occultés dans le cursus actuel.** Pour le reste de l'enseignement, le maître d'œuvre doit rester le CHU en utilisant toutes les technologies modernes de la communication et de l'enseignement.

VIII. Démographie de la filière visuelle

Les recommandations pour la période 2010-2030

1. Attribuer 3,5% des postes d'Internes à l'ophtalmologie, afin de limiter la chute démographique à 10%.
2. Remonter la densité minimale de toutes les régions à 8 ophtalmologistes / 100 000 h d'ici 2030.
3. Augmenter fortement les terrains de stages pour les Internes dans les CHU (ils devraient être doublés) et encore plus dans les hôpitaux périphériques où ils doivent être triplés.
4. Instaurer un stage mixte libéral – établissement de santé non universitaire. Ce stage pourrait être validant pour un semestre du D.E.S. et serait préférentiellement effectué en dehors des villes de faculté. L'ophtalmologiste agréé maître de stage devra aussi exercer dans l'établissement de santé.
5. Améliorer le financement, la coordination et l'enseignement des écoles d'orthoptie. Ce dernier doit être mis en conformité avec le décret de 2007 dans toutes les écoles.
6. Expérimenter de nouvelles délégations aux orthoptistes dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST.
7. Augmenter le nombre d'élèves orthoptistes dans 10 des 15 écoles. Arriver à un taux de 400 nouveaux orthoptistes par an.
8. Mettre en place rapidement un CQP (Certificat de Qualification Professionnelle) de TASO (Technicien Aide-Soignant en Ophtalmologie) ouvert aux secrétaires, aux aides-soignants et aux infirmières. Il doit être intégré à la Convention Collective des Cabinets Médicaux.
9. Favoriser le regroupement des professionnels de la filière sur des plateaux techniques avec des aides financières pérennes. Permettre la chirurgie sous anesthésie locale et topique en dehors des établissements de santé avec un GHS adapté.
10. Réajuster les effectifs des écoles d'optique pour être en adéquation avec les besoins réels en équipements optiques. Sinon, un taux de chômage important est à craindre pour les nouveaux diplômés dans la prochaine décennie.



Syndicat National des Ophtalmologistes de France

10 rue Schweighaeuser - CS 40028 - 67080 STRASBOURG Cedex

Tél. 03 88 35 01 09 - Fax 03 88 25 51 90

www.snof.org