******

***Cabinet d’ophtalmologie des docteurs***

***Protocole organisationnel entre ophtalmologiste et orthoptiste  :***

**Suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé (peu évolutif)** **ou d'une hypertonie oculaire simple,** **par des contrôles alternés orthoptiste - ophtalmologiste.**

*Protocole conforme aux dispositions du Décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste, ainsi qu’aux articles R. 4342-1 à R. 4342-7 du Code de la Santé Publique. (version mars 2019)*

**Signatures :**

Dr

Dr

Date de rédaction :

Date de rédaction :

**Information des patients de leur intégration dans le protocole :**

*Le patient est prévenu de l’existence du protocole et de la procédure de lecture du dossier par l’ophtalmologiste en télémédecine. Son accord est requis et inscrit dans le dossier lors de l’examen. Ce protocole est disponible sur demande du patient.*

**Situations médicales concernées par le protocole :**

**Patients de plus de 16 ans suivis régulièrement par un ou des ophtalmologistes signataires du protocole pour hypertonie oculaire simple ou glaucome chronique simple, dont l’état est considéré comme suffisamment stable ou peu évolutif pour que certaines étapes du suivi régulier puissent être déléguées à l’orthoptiste en l’absence de l’ophtalmologiste. Ce dernier, après analyse du dossier (télé-expertise), adressera au patient le compte-rendu et l’éventuelle ordonnance dans les 10 jours.**

Profession du délégant : Ophtalmologiste. Profession du délégué : Orthoptiste

**Noms, prénoms et adresses professionnelles des orthoptistes participant au protocole organisationnel :**

**Date d’application :**

**Lieux d’application du protocole :**

Cabinet d’ophtalmologie

Autres lieux *(adresses) :*

**Descriptif du processus de prise en charge du patient**

**Orthoptiste**:

**La prise en charge du patient comprendra habituellement au moins :**

- Installation du patient , ouverture du dossier informatique avec prise en compte des

 préconisations éventuelles décidées lors de l’examen précédent.

- Interrogatoire du patient visant à identifier ses plaintes visuelles, à contrôler l’observance thérapeutique et la tolérance locale/générale des collyres. Cet interrogatoire pourra aussi repérer l’apparition de nouveaux symptômes sans relation avec le glaucome ou une nouvelle thérapeutique prise par le patient depuis l’examen précédent.

- Tonométrie sans contact.

- Régulièrement, en fonction de l’HTO ou du stade du glaucome et des indications inscrites dans le dossier par l’ophtalmologiste :

 . Champ visuel (périmétrie)

 . Tomographie par cohérence optique oculaire (OCT)

. Acuité visuelle, réfraction subjective

**La prise en charge du patient par l’orthoptiste peut aussi comprendre**, en fonction de la périodicité du suivi, des indications du dossier :

- Mesure des verres correcteurs éventuels, examen à l’auto-kérato-réfractomètre

 automatique.

- Pachymétrie cornéenne sans contact

- Rétinographie mydriatique ou non mydriatique

- Instillation de collyre(s), autre(s) examen(s) sur indication de l’ophtalmologiste.

Transmission des informations à l’ophtalmologiste par l’intermédiaire du dossier partagé.

**Ophtalmologiste**:

* Interprétation des examens paracliniques, analyse et validation du dossier .
* Il décide de la périodicité et de la teneur des contrôles, laquelle doit être adaptée individuellement, tenant chaque fois compte de la progression du glaucome et du stade clinique. L’âge du patient, les caractéristiques socioéconomiques et socioprofessionnelles propres à chaque individu, ainsi que le profil psychologique doivent également être pris en compte.
* Transmission au patient du compte-rendu des examens, avec l’éventuelle ordonnance de traitement, et la date et les modalités du prochain contrôle, si cela n’a pas déjà été prévu lors de l’examen (ou si modification à programmer)

**Actes orthoptiques pouvant être pratiqués dans le protocole et inscrits au décret 2016-1670 :**

- Interrogatoire (Art. R. 4342-1-1)

- Détermination de l’acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation (Art. R. 4342-4)

- Instillation de collyres (Art. R. 4342-4)

- Tonométrie sans contact (Art. R. 4342-5)

- Pachymétrie cornéenne sans contact (Art. R. 4342-6)

- Rétinographie mydriatique et non mydriatique (Art. R. 4342-5)

- Tomographie par cohérence optique oculaire (Art. R.4342-6)

- Photographie du segment antérieur de l’œil et de la surface oculaire (Art. R. 4342-6)

- Champ visuel : périmétrie, campimétrie (Art. R. 4342-5)

**Situations où le protocole ne s’applique pas :**

- Refus du patient d’intégrer le protocole

- Patients dont le suivi ou la compliance au traitement est faible

- Patients présentant une poly-pathologie oculaire (sauf si séquellaire)

- Patients présentant une baisse d’acuité visuelle profonde, brutale et récente

- Patients présentant des traitements ou des pathologies générales nécessitant un suivi ophtalmologique

- Patients adressés par un autre médecin

- Glaucome aigu, avancé ou instable

L’ophtalmologiste reste maître de la décision de proposer ou non l’inclusion dans le protocole en fonction de la connaissance qu’il a du patient

**Situations de sorties du protocole organisationnel avec programmation d’une consultation ophtalmologique**

**I / Situations d’urgence nécessitant l’avis rapide de l’ophtalmologiste** :

* une baisse d’acuité visuelle profonde (3/10 ou plus par rapport au dernier examen),
* un tonus très élevé (>28 mmHg),
* un trouble oculomoteur aigu (paralysie oculomotrice) ou autre signe oculaire inquiétant, éventuellement documenté par une rétinographie ou des photographies du segment antérieur

Un ophtalmologiste signataire du protocole doit pouvoir être joint en cas de besoin.

**II / Situations nécessitant la programmation d’une consultation ophtalmologique sans urgence** :

* Demande du patient sans rapport avec l’objet du protocole
* Forte évolution de l’état réfractif (> 1 D en un an)
* Baisse significative de la meilleure acuité visuelle corrigée
* Symptôme évoquant un problème non glaucomateux
* Mise en évidence à l’interrogatoire d’une nouvelle pathologie générale ou d’un nouveau traitement pouvant avoir des répercussions oculaires.
* Incohérence ou dégradation avec les examens antérieurs.
* Pression intra-oculaire supérieure à la cible indiquée dans le dossier

Ces éléments sont inscrits dans le dossier par l’orthoptiste et appréciés lors de la lecture à distance par l’ophtalmologiste

La liste des situations décrites ci-dessus n’est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l’ophtalmologiste qui peut décider de la sortie du protocole à tout moment.

**III / En l’absence d’évolution importante, un examen médical ophtalmologique est nécessaire dans un délai maximum de 12 à 18 mois** *.*

Il est nécessaire qu'un examen clinique complet soit réalisé à intervalles réguliers par l’ophtalmologiste, selon un rythme défini par lui-même en fonction du stade et de la stabilité de la maladie et de son jugement clinique.

*Les informations relatives à l’interrogatoire et aux examens réalisés par l’orthoptiste seront transmises au médecin ophtalmologiste par l’intermédiaire d’un dossier informatique partagé ou par tout autre moyen assurant la confidentialité des échanges.*

***Le compte-rendu, accompagné de l’ordonnance éventuelle, signé par le médecin ophtalmologiste et adressé au patient, comprendra à minima :***

* *Les dates des examens réalisés par l’orthoptiste et de l’interprétation par l’ophtalmologiste*
* *Le nom de l’orthoptiste et de l’ophtalmologiste*
* *Le résumé de l’examen avec l’acuité visuelle et la réfraction (si prescrite)*
* *Les évènements indésirables éventuels survenus et les solutions apportées*
* *L’intervalle conseillé des examens et leur modalité (poursuite ou non dans le protocole, nouvelle consultation médicale ophtalmologique)*