

Compte-rendu de l'Audition des ophtalmologistes du 15 février 2012

Les chiffres sur les ophtalmologistes

Au 1^{er} janvier 2012, selon la source RPPS, 5 808 ophtalmologistes sont recensés (France entière). Une présentation détaillée a été, depuis l'audition, publiée par la DREES à partir de cette source de données.

Lors de l'audition, les données issues de ADELI au 1^{er} janvier 2011 ont été commentées. A cette date, le répertoire ADELI recense 5 768 ophtalmologistes contre 5303 pour le fichier de l'Ordre (hors territoires d'Outre Mer et liste spéciale correspondant aux médecins français exerçant à l'étranger). Le champ de l'Ordre est plus restreint puisqu'il exclue les médecins en cessation temporaire d'activité et les remplaçants. Pour ramener les deux chiffres à des champs comparables, il faut également retirer du nombre de spécialistes enregistrés dans ADELI ceux qui ont réussi le concours de praticien hospitalier, sans être qualifiés dans la spécialité. L'écart entre les deux sources est de 458 médecins (Tableau 1). L'essentiel de cet écart est lié aux remplaçants, d'après l'Atlas 2011 du CNOM, un peu plus de 240 ophtalmologistes sont inscrits au tableau comme remplaçants.

Tableau 1 : Effectifs des ophtalmologistes au 1^{er} janvier 2011

Spécialité	ADELI			Ordre (activité régulière)	Écart Adeli - Ordre (hors diplômés concours PH)
	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total Spécialistes		
ophtalmologie	5 761	7	5 768	5303	458

Champ : France entière +DOM, hors TOM.

Sources : DREES. Répertoire ADELI et Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'évolution des effectifs des ophtalmologistes fait apparaître une croissance régulière entre 1999 et 2009. Le taux de croissance pour cette période est de 5,9% ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 0,5 %. Si l'on compare avec la situation de l'ensemble des spécialistes on a pour ces derniers un taux de croissance double pour la même période de 9,7 % (Tableau 2), et un taux de croissance annuel moyen de 0,8 %.

Tableau 2 : Evolution des effectifs d'ophtalmologistes entre 1999 et 2011

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Libéraux et mixtes	4502	4544	4557	4606	4651	4639	4666	4692	4725
Salariés	755	725	723	739	755	771	791	797	779
Ensemble des ophtalmologistes	5257	5269	5280	5345	5406	5410	5457	5489	5504
Ensemble des spécialistes	97971	99254	99778	101370	102895	103841	105218	106010	106642

Source : Adeli pondéré de 1999 à 2009, Adeli non pondéré en 2010 et 2011

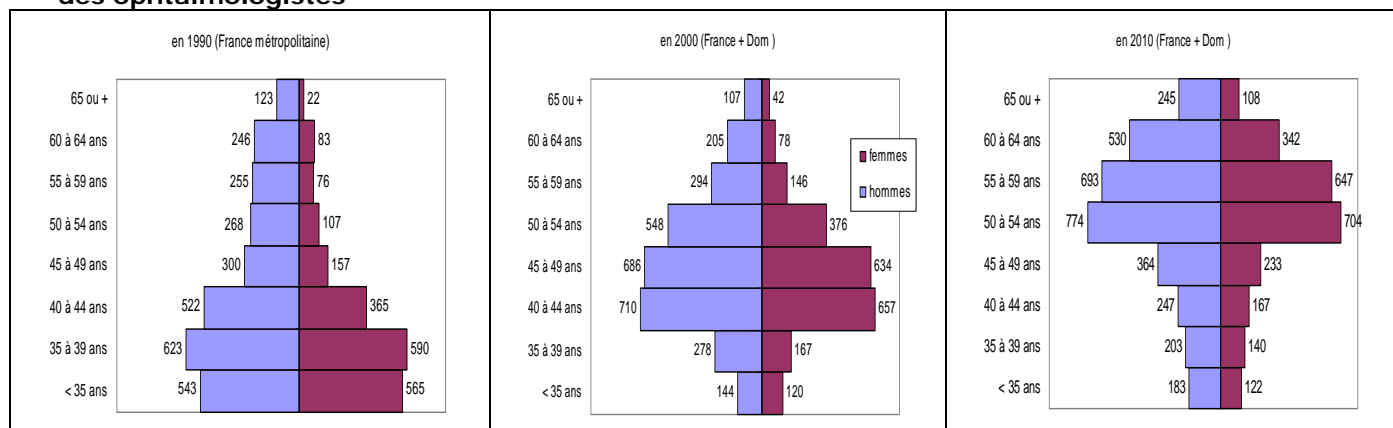
	2008	2009	2010	2011	Taux de croissance sur l'ensemble de la période (1999/2009)	Taux de croissance annuel moyen (1999-2009)
Libéraux et mixtes	4726	4742	4 875	4 920	5,3%	0,5%
Salariés	777	825	827	848	9,3%	0,8%
Ensemble des ophtalmologistes	5503	5567	5 702	5 768	5,9%	0,5%
Ensemble des spécialistes	106869	107476	108 695	110 180	9,7%	0,8%

Source : Adeli pondéré de 1999 à 2009, Adeli non pondéré en 2010 et 2011

La spécialité d'ophtalmologie compte actuellement 43,3 % de femmes. 83,7 % des ophtalmologistes déclarent exercer leur activité en cabinet libéral contre 13,5 % en établissement d'hospitalisation public ou privé. En ce qui concerne le mode d'exercice, 57,4 % sont des libéraux exclusifs, 27,9 % des mixtes et 14,7 % des salariés.

L'âge moyen des ophtalmologistes (52,9 ans) est supérieur de 1,5 an à celui de l'ensemble des spécialistes (51,4 ans). Il est légèrement inférieur chez les femmes. La part des médecins âgés de 55 ans ou plus est de 48,6 %, soit de 5,3 % supérieure à la part correspondante pour l'ensemble des spécialistes (43,3 %).

Graphiques 1, 2 et 3 : Évolution de la pyramide des âges de 1990 à 2010 des ophtalmologistes



Sources : DREES. Répertoire ADELI.

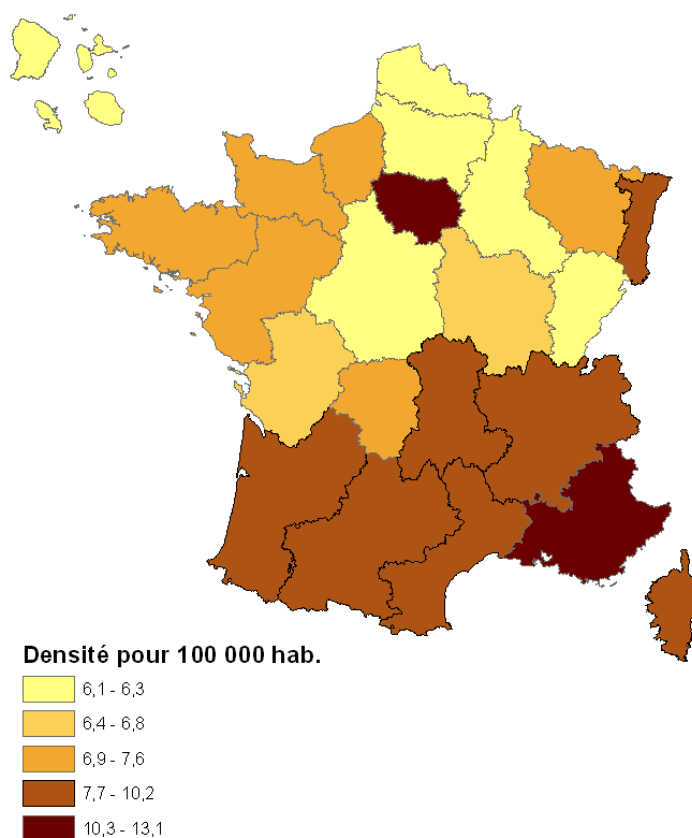
En France la densité moyenne d'ophtalmologistes est de 9 médecins pour 100 000 habitants. La région Île-de-France avec une densité de 13,1 ophtalmologistes pour 100 000 habitants est la région la mieux dotée, avec la région Paca qui enregistre une densité de 12,1 praticiens pour 100 000 habitants.

Parmi les régions les moins bien dotées (au dessous de 6,7 médecins pour 100 000 habitants) on trouve un groupe de six régions dont Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Centre, Nord-Pas-de Calais, Picardie, et les DOM.

On note toutefois une diminution des écarts de densité entre les régions entre 1990 et aujourd'hui (Cartes 2, 3 et 4).

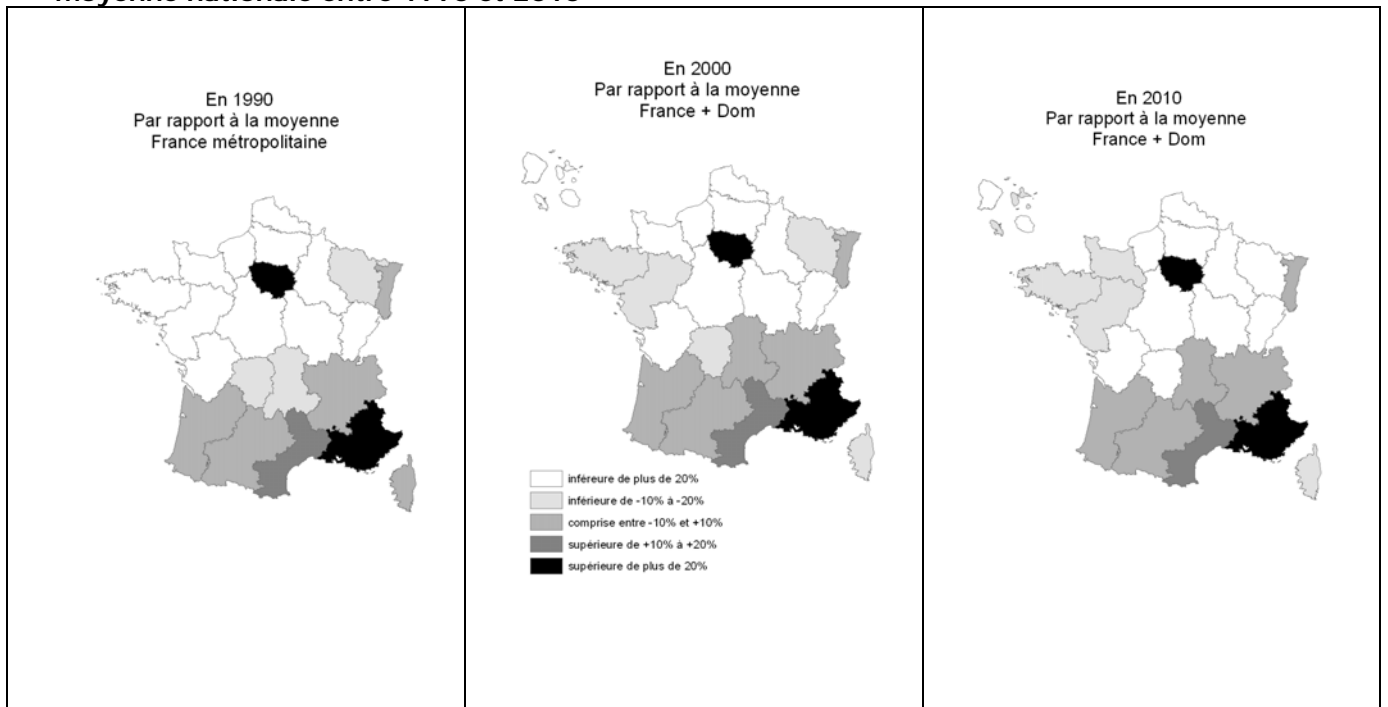
Carte 1 :

**Densité d'ophtalmologues
par région au 01/01/2011**



Sources : DREES. Répertoire ADELI.

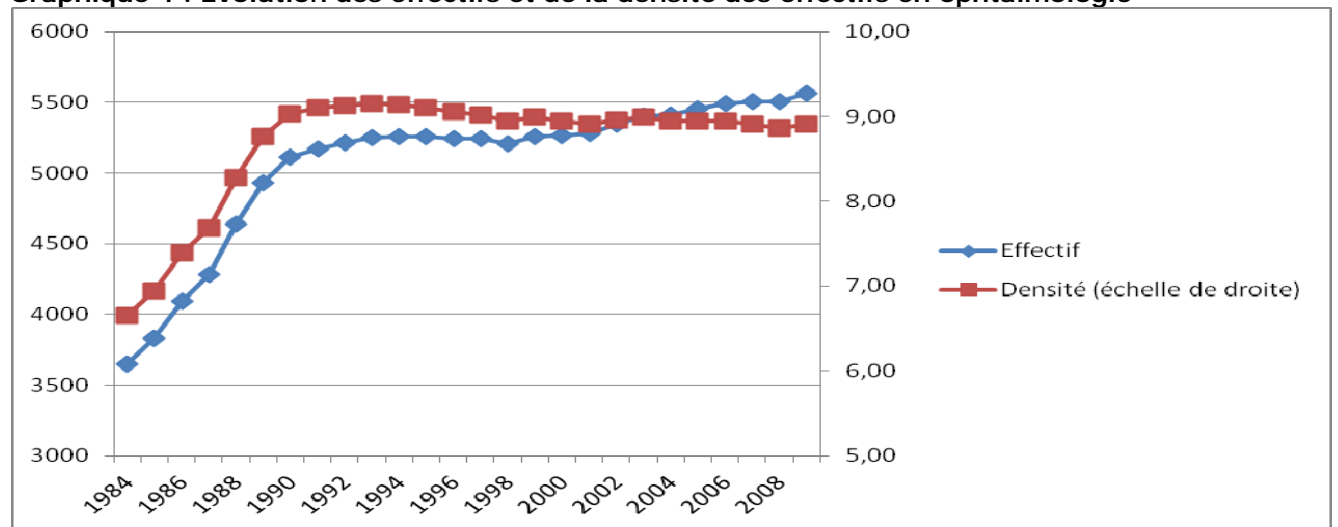
Cartes 2, 3 et 4 : Évolution des densités régionales d'ophtalmologistes par rapport à la moyenne nationale entre 1990 et 2010*



*Nombre de médecins pour 100 000 habitants

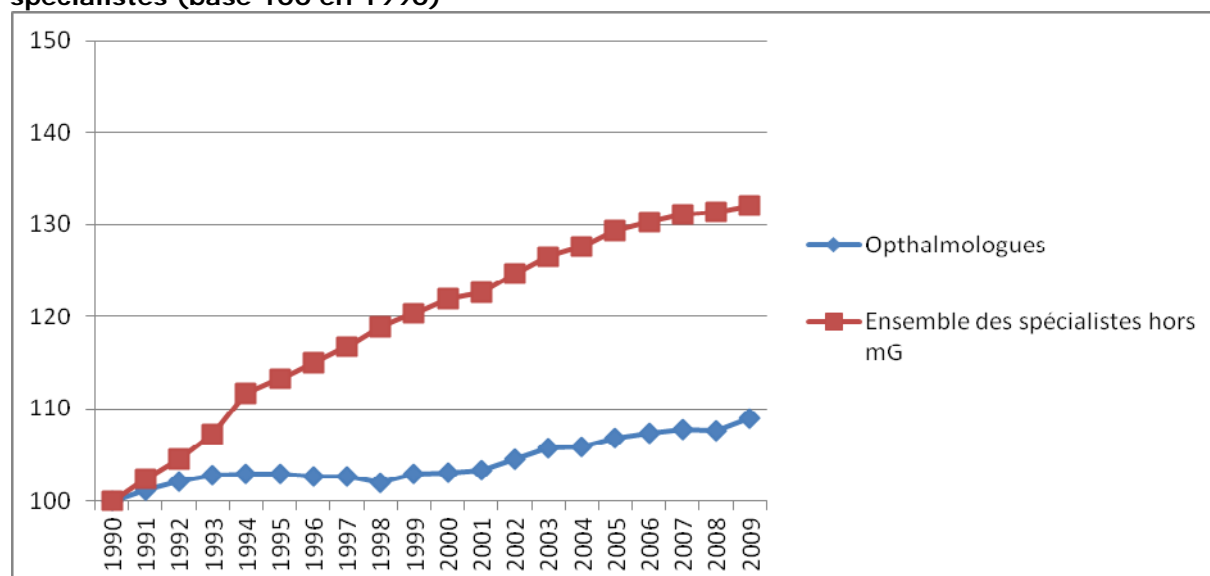
Sources : DREES. Répertoire ADELI

Graphique 4 : Evolution des effectifs et de la densité des effectifs en ophtalmologie



Source : Adeli pondéré de 1984 à 2009. Populations : Insee

Graphique 5 : Evolution comparée des effectifs des ophtalmologistes et des autres spécialistes (base 100 en 1990)



Sources : DREES. Adeli pondéré de 1990 à 2009. Champ : Spécialistes autres que de médecine générale.

La démographie des ophtalmologistes libéraux

Au 31 décembre 2010, selon le SNIR¹ le nombre des ophtalmologistes libéraux s'élève à 4 713. La CNAMTS recense l'activité et donc le nombre de l'ensemble des ophtalmologistes libéraux, qu'ils soient libéraux exclusifs, temps partiel ou hospitalier temps plein. 68,3 % des ophtalmologistes exercent exclusivement en libéral, 28,2 % ont une activité salariée en plus de leur activité libérale et 3,5 % sont hospitalier temps plein.

De 1995 à 2010, la population de l'ensemble des ophtalmologistes libéraux a augmenté de +0,1 % par an en moyenne, mais la progression des effectifs qui s'était renforcée entre 2004 et 2009, stagne entre 2009 et 2010 (-1 ophtalmologue en 2010). Cette augmentation résulte simultanément de l'augmentation des effectifs des libéraux exclusifs (+241 soit 0,5 %), d'une baisse des libéraux ayant une activité hospitalière (-183, soit -1,3 %) et d'une augmentation de l'activité libérale des hospitaliers temps plein (+38, soit 1,8%) [Tableaux 3 et 7].

Tableau 3: Évolution des effectifs d'ophtalmologistes selon le mode d'exercice libéral 31 décembre

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TCAM* 1995-2010	Évolution 2009-10
Libéral	2 966	2 979	3 077	3 123	3 139	3 170	3 182	3 217	0,5%	1,1%
Libéral + Salarié	483	467	478	481	487	477	482	472	-0,2%	-2,1%
Libéral + Hopital	1 042	962	922	899	891	886	887	859	-1,3%	-3,2%
Secteur privé à l'hôpital	127	134	148	158	162	156	163	165	1,8%	1,2%
Ensemble	4 618	4 542	4 625	4 661	4 679	4 689	4 714	4 713	0,1%	0,0%

Source : CNAMTS

¹ Système national inter-régimes (SNIR) : système d'information qui permet de recueillir et d'agrèger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses gérant l'Assurance maladie. Contrairement au répertoire ADELI, le SNIR ne recense ni les salariés ni les remplaçants.

La plupart (4161 soit 88,3 % en 2010) sont des actifs à part entière (APE). L'effectif des APE diminue régulièrement depuis 1995 sous l'effet du vieillissement de la population active des ophtalmologistes : l'âge moyen de l'ensemble des ophtalmologistes (APE et non APE) a augmenté de près de 8 ans en 15 années, 92 % des hommes et 94 % des femmes ont plus de 40 ans en 2010 (Tableaux 4 et 5, et Graphiques 6 et 7). Les professionnels précisent qu'il convient de tenir compte également des ophtalmologistes de plus de 65 ans encore en exercice (souvent à temps partiel) qui échappent au champ APE, ainsi que d'une croissance lente mais réelle de l'exercice hors convention.

Tableau 4: Évolution des effectifs d'ophtalmologistes libéraux et part des APE au 31 décembre

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TCAM* 1995-2010	Évolution 2009-10
Effectif	4 618	4 542	4 625	4 661	4 679	4 689	4 714	4 713	0,1%	0,0%
dont APE	4 287	4 247	4 250	4 257	4 229	4 207	4 194	4 161	-0,2%	-0,8%
% APE	92,8%	93,5%	91,9%	91,3%	90,4%	89,7%	89,0%	88,3%	-	-

* TCAM : taux de croissance annuel moyen

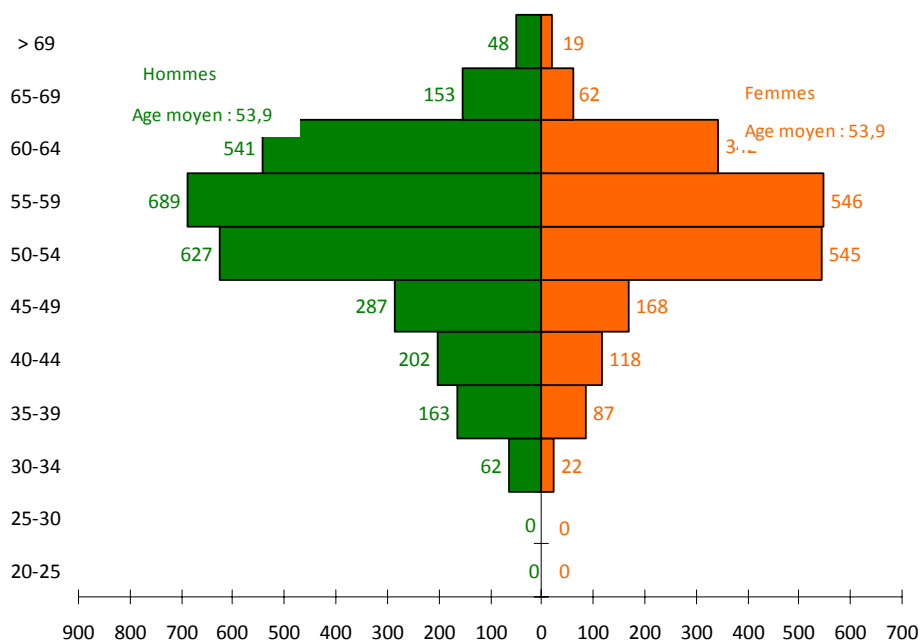
Source : CNAMTS.

Tableau 5 : Effectif et âge moyen des ophtalmologistes libéraux selon le sexe au 31 décembre

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TCAM 1995-2010	Évolution 2009-10
Hommes	2 768	2 693	2 736	2 769	2 779	2 776	2 788	2 783	0,1%	-0,2%
âge	46,4	48,7	51,4	51,9	52,4	52,9	53,3	53,9		
% Hommes	59,9%	59,3%	59,2%	59,4%	59,4%	59,2%	59,1%	59,0%		
Femmes	1 850	1 849	1 889	1 892	1 900	1 913	1 926	1 930	0,3%	0,2%
âge	44,6	47,3	50,8	51,5	52,2	52,9	53,4	53,9		
% Femmes	40,1%	40,7%	40,8%	40,6%	40,6%	40,8%	40,9%	41,0%		
Ensemble	4 618	4 542	4 625	4 661	4 679	4 689	4 714	4 713	0,1%	0,0%
âge	45,8	48,2	51,1	51,7	52,3	52,9	53,4	53,4		

Source : CNAMTS, champ APE et non APE.

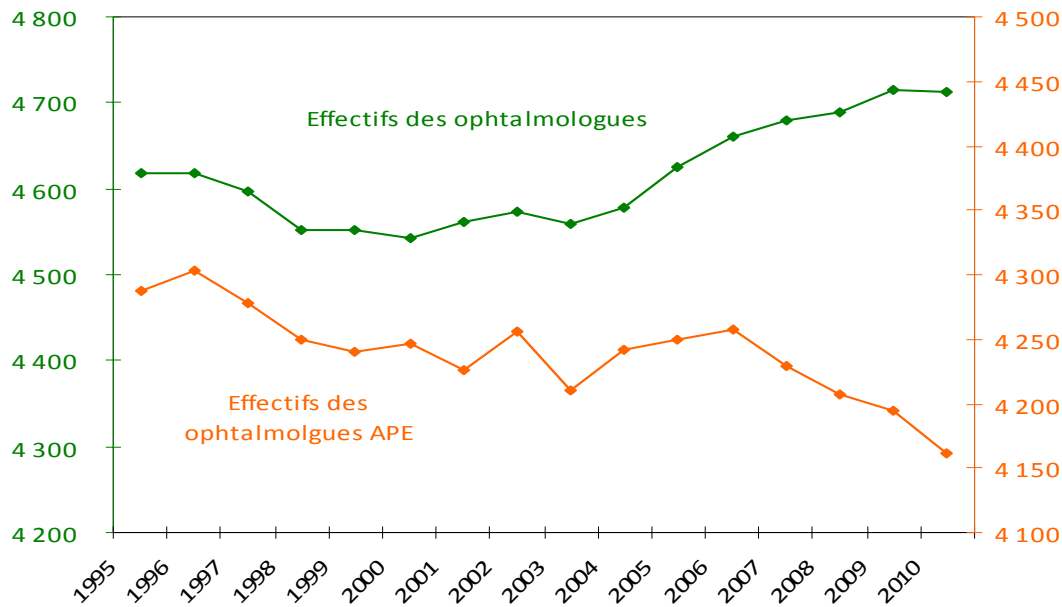
Graphique 6 : Pyramide des âges des ophtalmologistes libéraux au 31 décembre 2010



Champ : APE et non APE.

Source : CNAMTS.

Graphique 7 : Évolution des effectifs des ophtalmologistes libéraux au 31 décembre



Source : CNAMTS

Cette profession est plus féminisée que l'ensemble des spécialistes : 41 % des ophtalmologistes sont des femmes versus 31,3 % pour l'ensemble des spécialistes. La part des effectifs féminins reste globalement stable depuis 1995 (Tableau 6).

54,5 % des ophtalmologistes sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires (contre 41,3 % pour l'ensemble des spécialistes) et cette proportion augmente de +0,6 % par an depuis 1995, la part des effectifs d'ophtalmologistes en secteur 1 diminuant parallèlement (tableau 8)

Tableaux : 6, 7 et 8

Répartition selon le sexe et âge moyen en 2010

	Age moyen 2010		Répartition par sexe en %	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Ophtalmologues	53,9	53,9	59,0	41,0
Total spécialistes	54,2	52,5	68,7	31,3

Répartition par mode d'exercice au 31.12.2010

	Libéral exclusif	Libéral et Salarié	Libéral + exercice hospitalier		Total médecins
			temps partiel	temps plein	
Ophtalmologues	68,3	10,0	18,2	3,5	100,0
Total spécialistes	63,9	11,4	16,5	8,2	100,0

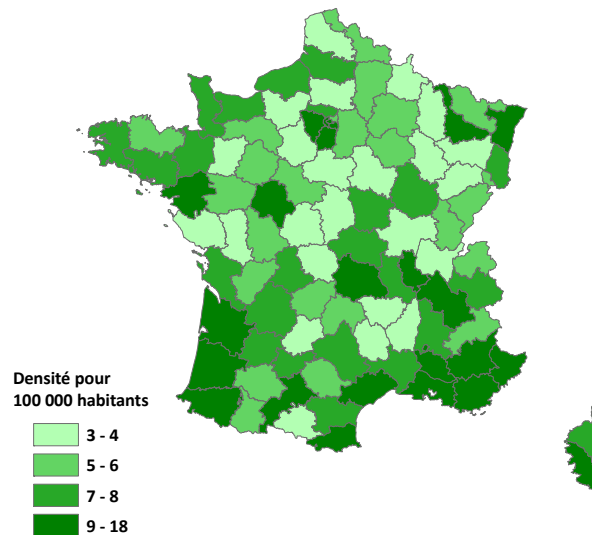
Répartition par mode conventionnel au 31.12.2010

	Conventionnés			non conventionnés	Total médecins
	Secteur 1	Secteur 2	D.P.		
Ophtalmologues	45,1	54,0	0,5	99,6	0,4
Total spécialistes	58,4	40,8	0,5	99,7	0,3

Source : CNAMTS

Les ophtalmologistes libéraux sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire (Carte 5). Au niveau national, la densité est de 7,5 pour 100 000 habitants en 2010 mais cette densité varie de 3,3 en Haute Saône à 18,3 à Paris. Les densités sont globalement plus élevées dans les régions côtières, le sud de la France, la vallée du Rhône et la région parisienne et, d'une façon générale, dans les départements où siège un CHU.

Carte 5 : Densité des ophtalmologistes libéraux au 31 décembre 2010

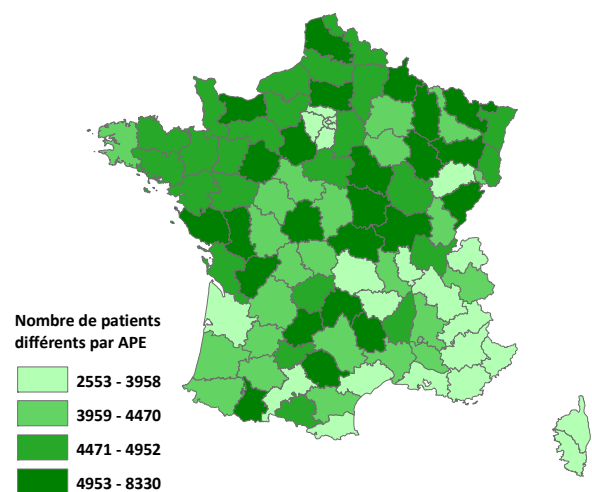


Champ : APE et non APE.

Source : CNAMTS.

En 2010, les ophtalmologistes libéraux APE ont soigné en moyenne 4 020 patients différents. Dans les départements où la densité par habitant est faible, le nombre de patients par praticien est plus important. Les ophtalmologistes de la Charente ont soigné en moyenne 5 674 patients différents en 2010 alors que ceux du Var en ont soigné 3 403 (Carte 6).

Carte 6 : Patientèle des ophtalmologistes libéraux APE en 2010



Source : CNAMTS.

Les internes en formation et les propositions d'effectifs à former

Les résultats du recensement des internes inscrits en DES d'ophtalmologie, effectué annuellement auprès des facultés de médecine, sont présentés ainsi que les propositions d'effectifs d'internes à former transmises par l'ONDPS. Il est rappelé que les propositions émanent des comités régionaux et reposent sur un diagnostic des besoins et des capacités de stages qui associe généralement les coordonnateurs des filières.

Tableau 9 : Effectifs en formation sur la période 2007-2010

Nombre d'internes inscrits en 3e A en spécialités chirurgicales, de 2007-2008 à 2010-2011	2007 2008**	2008 2009**	2009 2010	2010 2011	Ecart 2010/2007 en %
<i>Total des inscrits en 3ème année DES</i>	<i>571**</i>	<i>551**</i>	533	512	-10%
Chirurgie générale	361	347	360	348	-4%
Neurochirurgie	22	19	21	24	9%
Ophtalmologie	101	91	88	85	-16%
ORL	66	74	62	50	-24%
Stomatologie	0	0	2	5	

Source : enquête internes ONDPS 2007, 2008, 2009, 2010

** Dans la région Centre, en 2007 et 2008, les inscriptions des internes de 3e année n'ont pas été détaillées par DES, mais elles ont été intégrées dans le total

Entre 2007-2008 et 2010-2011, les effectifs d'internes inscrits en 3^{ème} année de DES d'ophtalmologie ont diminué de 16 %². En moyenne, sur la période, les flux annuels observés s'établissaient à 91.

Les propositions formulées par l'ONDPS, après examen des situations démographiques et des possibilités de stages locales, et reprise dans l'arrêté du 13 juillet 2011 représentent un effectif de 588 pour la période 2011-2015 (soit +22 par rapport à l'arrêté 2010).

Le flux annuel moyen prévu par le dernier arrêté (118 internes) représente une augmentation de 38 % par rapport aux inscrits en 3^e année observés en 2010 (85).

La filiarisation se traduit donc par une augmentation du nombre de postes ouverts pour le DES d'ophtalmologie, par rapport à la situation observée en 2010 avant sa mise en place. Elle est supérieure à la croissance des postes ouverts aux ECN pour la discipline « spécialités chirurgicales » sur la période 2011-2015 (652 par an en moyenne), soit +19 % par rapport à ceux qui étaient offerts à la promotion des 3^e années en 2010 (ECN 2008-2009 : 550).

Ce flux de 588 nouveaux DES sur 5 ans correspond à seulement 21 % des effectifs d'ophtalmologistes susceptibles de cesser leur activité d'ici 2021.

Plusieurs types d'arguments ont conduit certains comités régionaux à ne pas solliciter d'augmentation supplémentaire :

- la saturation des services agréés est évoquée notamment en Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Lorraine, certaines de ces régions ayant fortement augmenté leur contingent d'internes ces dernières années (par ex. Alsace, Nord-Pas de Calais, Lorraine).

En effet, si l'on considère que les internes ayant opté pour le DES feront environ 8 semestres en ophtalmologie, le ratio interne/service agréé (France entière 3,2) varierait de 1,9 en Île-de-France à 6,4 en Alsace et 6,7 en Auvergne. Si l'on se base sur 6 semestres, les ratios resteraient élevés au regard des autres DES. On peut noter que les

² Le différentiel réel est sans doute légèrement supérieur puisqu'en 2007, les 3^e années du Centre n'étaient pas incluses.

régions qui ont un faible ratio interne/service agréé sont en grande majorité celles où il y a besoin de former plus d'ophtalmologistes³.

- le besoin d'une définition rigoureuse des périmètres professionnels afin de mieux cerner le décalage entre offre et besoins ;

- l'attractivité de la région pour des spécialistes formés ailleurs et l'accent mis sur d'autres priorités de santé publique (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Les évolutions de l'exercice

Une présentation synthétique du rapport très documenté établi par l'Académie Française d'Ophtalmologie (AFO) publié en 2011 a été réalisée lors de l'audition³. Ce document analyse la situation de la spécialité en adoptant des points de vue divers : les évolutions démographiques, celles de l'activité et celui relatif aux coopérations avec d'autres professions de santé.

Pour compléter les données démographiques présentées, il est rappelé que l'ophtalmologie est une des spécialités parmi les plus touchées par le vieillissement de ses effectifs. Elle est confrontée à une forte hausse de son activité, que les professionnels estiment, à partir des chiffres issus du SNIR à +65 % par spécialiste entre 1990 et 2009, sans que, pour autant, on assiste à une diminution des listes d'attente pour les consultations. Les délais sont estimés en moyenne à 3 mois sur le territoire national, et ils peuvent atteindre jusqu'à 12 mois dans certaines zones. La dégradation de la situation démographique de la spécialité provient pour partie, selon les professionnels, de la diminution progressive de la part des ophtalmologistes parmi les médecins formés (de 3 % avant 1990 à 1,5 % aujourd'hui). Cette diminution est pour partie liée, rappelle l'ONDPS, à la priorité accordée à la médecine générale qui se voit affecter plus de la moitié des postes ouverts aux ECN.

Les étrangers représentent 5 % de l'effectif. Environ 20 à 30 arrivent tous les ans de la zone de l'Union européenne ; une centaine dans les hôpitaux proviennent de la zone hors UE et ne sont pas inscrits à l'Ordre, 10 à 15 par année de ceux-ci ont vu leur exercice validé par la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Une arrivée importante de médecins roumains est observée dans la période récente, il est cependant difficile de dire si elle va se pérenniser dans le temps.

- *Une forte augmentation de l'activité et des incertitudes sur l'évolution du métier*

Cette spécialité de proximité, qui s'exerce en premier et second recours, couvre l'ensemble de l'appareil oculaire et comporte donc des aspects médicaux, chirurgicaux et des explorations fonctionnelles. Une sur spécialisation est parfois exercée à titre exclusif, dans les très grandes métropoles.

L'évolution de l'activité concerne surtout les actes techniques qui ont augmenté de 310 % entre 1990 et 2009, alors que la part de l'optique est en net recul et de plus en plus liée à la pathologie vu l'augmentation de l'âge moyen de la population. De ce fait, la conservation de l'optique semble primordiale pour les professionnels, car cela permet d'assurer la prévention et le dépistage des pathologies chroniques dont beaucoup sont asymptomatiques au début (ex : glaucomes, maculopathies liées à l'âge, rétinopathie diabétique) ou peuvent présenter des signes aspécifiques (cataractes,...).

Ils notent aussi la décroissance de l'exercice individuel et, pour les ophtalmologistes qui conservent cette pratique, le regroupement se fait souvent autour de plateaux techniques.

³ Académie Française d'Ophtalmologie, *Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030*, avril 2011.

Les professionnels soulignent les incertitudes qui pèsent sur la nature et l'importance de l'activité chirurgicale et plus globalement sur la pratique de l'ophtalmologie dans l'avenir. La prudence dans les installations qui est observable aujourd'hui est mise en lien avec ces incertitudes, les investissements à assumer et la difficulté de plus en plus fréquente à avoir accès à un plateau chirurgical offrant des conditions satisfaisantes.

Des évolutions importantes dans les modes de prise en charge des pathologies sont repérables puisque 2 fois moins de glaucomateux sont opérés aujourd'hui qu'il y a 15 ans. Ils envisagent par exemple que la cataracte qui représente 65 % de l'activité chirurgicale aujourd'hui puisse se traiter différemment dans un avenir proche, sans pour autant que la composante chirurgicale disparaisse. Des transformations pourront également concerner le traitement de la dégénérescence maculaire. Cependant, les professionnels estiment improbable que cela aboutisse à une réduction globale des besoins de prise en charge par les ophtalmologistes, car si certains segments de l'activité peuvent se réduire, d'autres vont croître. Ils prévoient plutôt une croissance minimale de 35 % de l'activité dans les 15 ans.

La définition et les contours futurs du métier sont de ce fait difficiles à préciser complètement compte tenu également du développement des délégations aux orthoptistes et de la part des prescriptions assurées directement par les opticiens. Sur ce point, la CNAMTS a annoncé faire actuellement une étude⁴.

Enfin, la féminisation de la profession qui n'est pas en augmentation pour l'instant, ne devrait pas intervenir si les choix actuels des internes femmes se confirment en faveur des spécialités médicales.

- *Le maintien de l'orientation et de la formation médico-chirurgicale de la spécialité est souhaité.*

Au moment de l'abandon de la voie du CES, le choix a été fait d'intégrer, en 1995, la spécialité à la filière chirurgicale, ce qui a rendu difficile la prise en compte en volume de formation des besoins plus strictement médicaux. Cette option paraît devoir être préservée, car, selon la plupart des professionnels présents lors de l'audition, il existe un continuum entre le médical et le chirurgical et les deux sont liés. Il est noté que la séparation qui a été testée en Grande-Bretagne s'avère un échec.

Il paraît en revanche envisageable dans le cadre d'une même formation de 5 ans, d'augmenter la valence médicale, et de rendre le post internat moins systématique hors chirurgie, alors qu'il est aujourd'hui quasi systématique pour tous.

- *La couverture territoriale passe par des réorganisations de l'offre de soins ophtalmologiques*

Le développement de plateaux techniques et chirurgicaux en ophtalmologie constitue une solution permettant de mieux assurer une offre homogène sur l'ensemble du territoire. L'autorisation d'exercer la chirurgie en dehors des établissements de santé, dans le cadre de GHS adapté permettrait également, selon les professionnels, d'augmenter le potentiel de réponse aux demandes. La répartition des ophtalmologistes sur l'ensemble du

⁴ Le SNOF attire l'attention sur les résultats du pré-bilan déjà disponible dans le rapport de l'AFO suite à une étude pilote réalisée par la CNAMTS en 2010 et les données issues de l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux (ISPL) sur le nombre de verres et de montures prescrites en ophtalmologie libérale. Bien qu'il y ait entre 15 et 20 % des équipements optiques qui semblent être renouvelés directement chez l'opticien, le nombre de prescriptions optiques par les ophtalmologistes a augmenté de plus de 10 % et aucun effet réducteur sur les listes d'attente n'a été remarqué par la profession. Les nouvelles prérogatives des opticiens ont permis de fluidifier l'accès aux lunettes.

territoire est nécessaire vu l'aspect premier recours qu'assume aussi la spécialité et l'impossibilité de compenser son absence. Les professionnels rappellent que les généralistes n'ont pas le matériel d'examen nécessaire et que la plupart n'ont eu qu'une formation très limitée en ophtalmologie).

La coopération avec les orthoptistes et le développement de délégations allant au delà des consultations constituent enfin une des pistes évoquées par les professionnels qui les envisagent dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, faisant appel aussi à d'autres paramédicaux. Plusieurs protocoles d'expérimentations sont soumis à la HAS l'extension nationale étant envisagée. Deux d'entre eux concernent le dépistage de la rétinopathie diabétique, un autre concerne le suivi des enfants âgés de 6 à 16 ans et un dernier a pour but d'augmenter l'autonomie de l'orthoptiste au sein d'une consultation d'ophtalmologie.

L'objectif énoncé est de parvenir à 80 % d'ophtalmologistes en travail aidé d'ici 2025. Pour y parvenir, il serait nécessaire de former un nombre supérieur d'orthoptistes, soit environ 350 à 400 par an, ce qui implique une augmentation des étudiants dans certaines écoles d'orthoptie, car on observe que les zones en pénurie sont celles qui forment le moins d'orthoptistes. Une autre observation porte sur l'évolution du mode d'exercice des nouveaux orthoptistes qui s'orientent davantage que leurs aînés vers le salariat, en lien certainement avec l'évolution du métier portée par le travail en coopération.

Ces hypothèses d'évolution permettent aux professionnels de définir une densité cible d'internes à former par région. Le détail des propositions régionales formulées est présenté dans le récent rapport rédigé par l'Académie Française d'Ophtalmologie (AFO).

La saturation des capacités de stages, mise en avant par certains comités régionaux de l'Observatoire pour expliquer la grande prudence de leurs demandes de postes, alors même que les besoins d'ophtalmologistes existent, tient pour partie, selon les professionnels au fait que certains terrains de stages ne sont pas ouverts, car ils sont considérés comme trop éloignés pour être choisis par les internes, cela particulièrement en Île-de-France. Le cas de l'Hôpital de Coulommiers est cité en exemple. La définition de solutions qui permettraient de rendre attractifs ces hôpitaux est considérée comme cruciale. Les terrains de stages devraient, selon les professionnels, être doublés dans les CHU et triplés dans les hôpitaux périphériques. Ceci est à moduler bien sûr suivant les régions, certaines ont des marges potentielles de progressions plus importantes, notamment l'Île-de-France et toute la partie sud.

Le recensement actuel effectué par la profession auprès des universitaires indique que souvent les postes demandés par les universitaires n'ont pas été abordés par les ARS (situation mentionnés dans 4 cas précis faisant l'objet d'une demande d'augmentation du nombre d'internes émis par l'AFO). Cette situation est liée, selon les argumentaires transmis par les comités régionaux à l'ONDPS, à la nécessité d'effectuer des priorités, au bénéfice d'autres spécialités localement en difficulté

Les postes en périphérie sont ouverts s'ils répondent à un certain nombre de critères (PH temps plein, adéquation du nombre de salles de consultation, accès bibliothèque, réponse aux objectifs pédagogiques...). La remarque sur l'éloignement concerne aussi les postes d'assistants, les internes boudant les postes de post-internat trop éloignés de leur CHU d'origine (d'autant plus que ces postes sont partagés).

L'augmentation des flux de formation est présentée comme d'autant plus nécessaire que la diminution des effectifs paraît inéluctable compte tenu de l'importance des départs en retraite, estimée à 3 852 entre 2010 et 2025 et qu'aucun type de délégation validée ne permet de faire face à la diminution de plus de 2000 ophtalmologistes en douze ans. La demande formulée lors de l'audition est d'atteindre rapidement 160 postes à l'ECN, c'est-à-dire en 2-3 ans (la présidente du COUF a évoqué la possibilité de dégager 15-20 postes

supplémentaires dès cette année, les autres demandant un peu de temps pour être agréés), soit 2,1 % du total des postes ouverts alors que la profession représente aujourd'hui 2,7 % des médecins. Il est toutefois précisé que l'idéal serait une augmentation de 3 à 3,5 % ce qui aurait représenté 232 postes en 2011, au lieu des 112 postes ouverts_ *pour permettre* de limiter la chute démographique à 10 % et de remonter la densité médicale à 8 ophtalmologistes pour 100 000 habitants d'ici 2030. La cible de 8/100 000h est importante aux yeux des professionnels qui notent de multiples signes de pénurie et des listes d'attente excessives dans les régions qui sont en-dessous de ce seuil. Ces taux cibles n'en rendent pas moins nécessaires les délégations aux paramédicaux, car sinon il faudrait plus de 300 postes par an. Un objectif minimal de 200 postes paraît devoir être atteint à terme.

L'ouverture de stages mixtes libéral/hôpitaux ou cliniques est envisagée positivement sous réserve impérative, pour les professionnels, que leurs agréments ainsi que ceux des formateurs, répondent à des critères pédagogiques identiques à ceux qui prévalent en secteur hospitalier. Jusqu'à présent, les stages proposés ont été construits sur une organisation temps plein dans une structure libérale et non pas en temps partagé qui peut poser des problèmes d'organisation, d'assurance,... à résoudre préalablement. Le SNOF précise toutefois que ce type de stage doit aussi avoir ses objectifs propres: apprentissage de l'activité libérale, gestion du personnel et d'une structure libérale, pratique de l'ophtalmologie de premier recours, amélioration de la répartition sur le territoire des internes et des futurs ophtalmologistes. Par ailleurs, l'importante prévalence de l'ophtalmologie libérale (plus de 80 %) rend plus nécessaire ce type de stage que dans d'autres spécialités. Les représentants des internes (ISNAR-IMG, ISNIH) manifestent un grand intérêt pour ce type de stage.

Les limites du post internat ne constituent pas un obstacle selon les professionnels, dans la mesure où une augmentation importante des postes d'assistants viendrait s'ajouter au nombre actuel de postes de chefs de clinique. La nécessité du post-internat pourrait enfin se discuter avec les réformes de l'internat en cours d'élaboration, mais dont la date de finalisation n'est actuellement pas fixée.

Annexe 1 :

OPHTALMOLOGIE	Nombre de postes budgétés de PH temps plein en CHU au 1er janvier 2010 (1)	Nombre de PU-PH au 1er janvier 2010 (2)	Nombre de MCU-PH au 1er janvier 2010 (2)	Nombre de postes d'AHU, CCA ou PHU au 1er janvier 2010 (2)	Nbre services agréés 2010-2011 (3)	Effectifs d'internes en formation sur la période 2010-2014 sur la base de l'arrêté de juillet 2010 (4)	Effectifs d'internes en formation sur la période 2011-2015 sur la base de l'arrêté de juillet 2011 (4)	Interne/services agréés si 8 semestres dans le DES (voir explication du calcul)	Interne/ services agréés si 6 semestres dans le DES (voir explication du calcul)
Antilles-Guyane	6	1	0	1	2	10	12	4,8	3,6
Alsace	2	2	0	3	3	15	24	6,4	4,8
Aquitaine	4	2	1	4	10	25	25	2,0	1,5
Auvergne	3	2	0	2	3	23	25	6,7	5,0
Basse-Normandie	4	1	0	1	2	5	7	2,8	2,1
Bourgogne	2	2	0	3	3	23	24	6,4	4,8
Bretagne	5	2	0	3	6	30	29	3,9	2,9
Centre	3	1	0	2	4	15	15	3,0	2,3
Champagne-Ardenne	2	2	0	1	2	10	10	4,0	3,0
Franche-Comté	1	2	0	2	4	15	15	3,0	2,3
Haute-Normandie	2	1	0	2	2	13	13	5,2	3,9
Ile-de-France **	22	21	2	24	43	100	100	1,9	1,4
Languedoc-Roussillon	10	2	0	4	5	15	15	2,4	1,8
Limousin	2	2	0	2	2	8	7	2,8	2,1
Lorraine	4	3	0	3	5	26	25	4,0	3,0
Midi-Pyrénées	3	3	1	3	3	15	15	4,0	3,0
Nord-Pas-de-Calais	7	2	0	3	8	50	50	5,0	3,8
Pays de la Loire	7	3	0	3	6	30	30	4,0	3,0
Picardie	4	2	0	2	4	10	13	2,6	2,0
Poitou-Charentes	3	1	0	1	4	13	13	2,6	2,0
PACA + Corse **	9	4	0	8	14	40	35	2,0	1,5
La Réunion	0	0	0	0	1	0	1	0,8	0,6
Rhône-Alpes	11	7	1	8	13	75	85	5,2	3,9
France entière	116	68	5	85	149	566	588	3,2	2,4

(1) Sources SIGMED-CNG

(2) JO arrêté du 11 juin 2010

(3) Enquête ONDPS

(4) Les propositions de l'ONDPS ont été retenues dans l'arrêté de juillet 2010 et dans celui de juillet 2011

Explication du calcul : En Antilles-Guyane, 12 internes en ophtalmologie vont être formés sur cinq ans. Si on suppose qu'ils effectueront 8 semestres (4 ans) en ophtalmologie, cela équivaut à la présence permanente dans les 2 services agréés de $(12/5) \times 4$ internes dans des services agréés, soit 9,6 internes, le ratio est donc 9,6/2 soit 4,8. Si on suppose qu'ils effectuent 6 semestres (3 ans), on a $(12/5) \times 3 = 7,2$ internes en permanence, ce qui amène un ratio de 3,6 internes par service.

Annexe 2 : Liste des professionnels participants à l'audition

Membres de l'Académie Française d'Ophtalmologie qui regroupe :

- la Société française d'Ophtalmologie (SFO),
- le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF),
- le Collège des Ophtalmologistes universitaires de France (COUF),
- le Collège des Ophtalmologistes des Hôpitaux de France (COHF).

Pr Catherine CREUZOT-GARCHER

Chef du Service d'Ophtalmologie du CHU de DIJON

Présidente du Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF)

Vice-présidente de l'Académie Française d'Ophtalmologie

Dr Thierry BOUR

Secrétaire de l'Académie Française d'Ophtalmologie

Secrétaire général adjoint du Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF)

Rapporteur du livre blanc de l'Académie Française d'Ophtalmologie sur « Les Besoins en Ophtalmologistes d'ici 2030 », avril 2011.

Ophtalmologiste libéral à METZ (57)

Pr Solange MILAZZO

Chef du Service d'Ophtalmologie du CHU d'Amiens et responsable de la formation d'orthoptiste de la faculté d'Amiens

Professeur à l'école d'orthoptie du CHU Saint-Victor

Membre du Conseil d'Administration de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)

Dr Michèle DUBIEZ

Chef du Service d'Ophtalmologie de Coulommiers (77)

Vice-présidente du Collège des Ophtalmologistes des Hôpitaux de France (COHF)

Annexe 3 : Liste des documents remis lors de l'audition

Documents intitulés

- *Les besoins en ophtalmologie d'ici 2030*, travail préparé par la Commission Démographie et Santé Publique du SNOF, Rapporteur : Dr Thierry Bour, avril 2011.
- sur le DES d'Ophtalmologie. *Objectifs pratique d'apprentissage*, COUF.

Extraits du guide pédagogique :

- Chapitre 1 « *Réfraction final* »
- Chapitre 7 « *Rétine final* ».

Modèle-type du logbook ou livret de l'interne en DES d'Ophtalmologie

Powerpoints intitulés :

- *L'Ophtalmologie 2012 – 2030 : Les enjeux et les défis - Démographie – activités. Organisation - délégations de tâches. Besoins en internes*
- *La maquette du DES d'Ophtalmologie*