Contribution des collégiales au projet médical 2021-2025 de l'AP-HP

Nom de la spécialité :
Ophtalmologie

Principaux rédacteurs :
Pr B. Bodaghi, Pr D. Brémond-Gignac, Pr A. Brézin, Dr E. Bui Quoc, Pr A. Giocanti, Pr A. Labbé, Pr M. Labetoulle, Pr R. Tadayoni

Q1. Contexte général de la spécialité

- **Composantes de l'offre de soins de l'AP-HP**
  - L'ophtalmologie est une spécialité médico-chirurgicale. L'offre de soins reste complète au sein de la nouvelle APHP, couvrant les principaux territoires avec au moins un centre lourd par GHU.
  - Les services d'ophtalmologie de l'APHP sont structurés avec 3 niveaux de prise en charge des soins selon les sites :
    - Sites de niveau 1 – Consultations +/- plateau technique d'imagerie ophtalmologique +/- injections intravitréennes
    - Sites de niveau 2 : niveau 1 + chirurgie ophtalmologique, hyperspécialisation selon les sites
    - Site de niveau 3 (Ophtalmopôle) : niveau 2 + urgences 24h/24 365/365, toutes hyperspécialités (sauf ophtalmo-pédiatrie à Necker, neuro-ophtalmologie et polytraumatisme à la Pitié-Salpêtrière et à Bicêtre)
  - Il existe un institut hospitalo-universitaire en ophtalmologie (FOReSIGHT) incluant deux membres fondateurs appartenant à l'APHP (Pitié-Salpêtrière et Ambroise-Paré) et un membre associé (Lariboisière)
  - Un CRMR en ophtalmologie coordonné par Necker (OPHTARA) avec plusieurs centres constitutifs associés à la filière SENSGENE
  - Contrairement à certains de ses concurrents, les services sont intégrés dans un environnement médico-chirurgical spécialisé de CHU (médecine interne, diabétologie, endocrinologie, neurologie, ORL, CMF)

- **Modalités de prise en charge**
  - De plus en plus de technicité au sein des consultations, importance de la qualité du réseau informatique sous-jacent, interfaçage entre les appareils, les *viewers* et le logiciel métier
  - Importance des aides à la consultation et des délégations de tâches (orthoptistes, voire infirmières spécialisées ou de pratique avancée)
  - En pédiatrie de plus en plus de spécificités d'examen de l'enfant devenant essentielles pour sa prise en charge de qualité
  - L'épidémie de COVID-19 a été l'occasion d'une accélération accrue des circuits de *fast-tracking* pour la prise en charge de certaines interventions – dont la chirurgie de la cataracte

- **Évolutions épidémiologiques**
  - Besoin grandissant de soins oculaires en rapport avec :
    - Vieillissement de la population + augmentation du nombre de maladies désormais accessibles à un réel traitement, versus autrefois où l'on observait l'évolution naturelle sans pouvoir réellement influer (la DMLA et l'œdème maculaire diabétique parmi d'autres exemples)
    - Apparition de nouvelles pathologies du sujet jeune ou autour de la quarantaine (myopie de plus en plus fréquente et profonde, liée au mode de vie, et idem pour problèmes de surface oculaire)

- Exigences accrues de la population en matière de réfraction, au sens noble du terme (le monde connecté est très demandeur en qualité visuelle)
- Importance de la prise en charge des maladies rares qui deviennent de plus en plus spécifiques
- Prise en considération du handicap visuel qui devient un enjeu majeur des années à venir avec besoin d'autonomie des personnes âgées

Q2. Contexte en matière de démographie médicale

- Le nombre d'ophtalmologistes libéraux augmente à Paris et en petite couronne avec une activité sélective vers les prises en charge les plus courantes et compétition sur l'utilisation des ressources humaines paramédicales, en particulier les orthoptistes.
- Offre de secteur 1 réduite, en particulier à Paris
- Report sur les hôpitaux des pathologies médicales oculaires plus complexes et des urgences car
  - des ophtalmologistes de ville en majorité de plus en plus chirurgicaux (donc moins disponibles pour les urgences)
  - départ à la retraite des CES formés dans les années 80-90 (ils étaient essentiellement médicaux)
- Report sur les hôpitaux des pathologies pédiatriques, inflammatoires et neuro-ophtalmologiques, moins rémunératrices, plus techniques et plus chronophages
- Des équipes hospitalières qui n'ont pas nécessairement augmenté en volume au cours des 15 dernières années (ni pour les PM, ni pour les PNM), mais qui assument une activité déjà globalement plus importante qu'avant, et une demande qui continue de croître (pour les raisons ci-dessus)
  - De plus en plus de décalage entre la demande et la capacité d'y répondre

Q3. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence & modalités d'amélioration de l'attractivité

- Perte d'attractivité pour toutes les catégories (AS, IDE, orthoptistes et médecins) à la fois en termes de :
  - Salaires (inflexibilité des grilles de la fonction publique + impossibilité d'intéressement à l'activité, toutes catégories de soignants confondus)
  - La catégorie des orthoptistes est spécialement impactée car les salaires en libéral sont nettement plus favorables alors qu'ils sont essentiels dans la prise en charge hospitalière
  - Conditions de travail pour les soins médicaux & chirurgicaux
    - Manque global de personnel, donc glissement de tâches vers les médecins qui impacte le reste de la prise en charge des patients (secrétariat…)
    - Obsolescence (ou insuffisance) du matériel de consultation (notamment d'imagerie)
    - Retard déjà important pour le matériel opératoire (3D, OCT per-op, etc.)
    - Pas assez de « consultation aidée » (ratio orthoptistes / docteurs TRÈS largement insuffisant) alors que toute la concurrence en a compris les enjeux
    - Donc perte de la « plus-value APHP »
  - Conditions de recherche clinique
    - La lourdeur des procédures de mise en place des protocoles font perdre une part importante des possibilités de protocoles promus par l'industrie (qui pourtant finissent par rapporter beaucoup de ressources à l'AP-HP par le biais des surcoûts + honoraires fléchés sur les RAF + points MERRI des publications)
    - La difficulté à obtenir des promotions académiques (type PHRC, etc.) car les maladies oculaires ne partent pas a priori gagnantes dans les appels d'offres, face à des maladies engageant le pronostic vital.
    - Des AO dédiés (aux maladies des sens, par exemple) pourraient faciliter le

fléchage

- Des collaborations existent de longue date entre l'AP-HP et les autres acteurs du territoire comme les 15/20, la FOR, le CHIC et les CHG. Un équilibre semble être trouvé et renforcé depuis la mise en place des GHU. L'exemple du centre du glaucome à Ambroise-Paré est très positif.
- Développement rapide des centres de soins de secteur 1, aux pratiques douteuses et non encadrées

Q4. Restructurations prévues ou en cours

- Dossier médical informatisé ophtalmologique de l'AP-HP qui est crucial. Il a pris un retard considérable et pénalise les praticiens dans leur pratique quotidienne mais la mise en œuvre vient de débuter (2020-22).
- Formation d'un groupe GHU APHP Nord avec l'hôpital Fondation A. de Rothschild au bénéfice de l'offre hospitalière et de l'innovation.
- Collaboration étroite entre KB et Ambroise-Paré au niveau du GHU Saclay
- Développement d'une activité de chirurgie vitréorétinienne et d'un accès plus large au bloc opératoire à Avicenne étant donné le contexte territorial et la forte demande au niveau de la Seine-Saint-Denis.
- Mise à niveau du service d'ophtalmopédiatrie de Trousseau avec création d'une UCA générale en 2022 pour les nouveau-nés et les nourrissons.
- Renouvellement de la chefferie d'unité à Henri-Mondor qui reste sous la coordination du CHIC
- A priori pas de service d'ophtalmologie de niveau 2 à HN2.

Q5. Innovations diagnostiques et thérapeutiques et en quoi elles modifient les prises en charge

- L'ophtalmologie est passée d'un modèle peu onéreux qui rapportait aussi peu à un modèle plus proche des secteurs *high tech* industriels : un besoin d'investissement important chaque année, faible marge (donc besoin aussi d'une excellente organisation) mais avec un retour sur investissement important. Cela est vrai autant en terme financier qu'en terme de bénéfice santé / soin.
- Développement des examens complémentaires (imagerie, orthoptie, tests fonctionnels), la conduite d'une consultation devient de plus en plus dépendante des appareils à disposition
    - Nécessité impérative pour les services de l'AP-HP de rester compétitifs avec les ÉSPIC et le secteur libéral, sous peine de perdre le niveau de qualité d'un CHU (et tendre vers celui d'un dispensaire)
- Même remarque sur l'évolution des techniques chirurgicales (OCT per-opératoires, 3D, lasers, etc.)
- En pédiatrie de plus en plus de matériel d'exploration fonctionnelle spécifique à l'enfant pour un diagnostic pertinent et précis
- Des progrès extrêmement rapides des équipements d'imagerie ophtalmologique : des matériels coûteux qui imposent un programme d'investissement constant et soutenu. En parallèle, un enjeu numérique concernant le stockage et le traitement des données. L'apport de l'intelligence artificielle est très significatif avec des projets innovants comme le RHU Evired consacré à la rétinopathie diabétique (coordonné par le Pr Tadayoni)
- En chirurgie ophtalmologique, l'hyperspécialisation est devenue la norme (cristallin, rétine, cornée, orbite-voies lacrymales...). L'évolution des matériels de chirurgie hyperspécialisée est rapide et nécessite des investissements constants.

Q6. Recherche clinique et translationnelle

- Une unité INSERM (physiopathologie des maladies oculaires INSERM UMR1138) au centre de recherche des Cordeliers en partenariat avec l'Ophtalmopôle pour des programmes de recherche translationnelle.
- Partenariats avec le pôle génétique de l'Université de Paris – Institut Imagine – Programme

SeqOIA.
- Intégration de plusieurs services de l'AP-HP à la filière SENSGENE / OPHTARA pour la prise en charge des maladies rares en ophtalmologie.
- Cohortes de patients en rapport avec le volume d'activité des services de l'AP-HP
- Recherche en partenariats avec les industriels pour le développement de nouvelles technologies.
- La restructuration AP-HP-FOR devrait permettre d'obtenir une masse critique suffisante sur le plan international comparé aux autres grands instituts d'ophtalmologie (Londres, Los Angeles, Bonn)
- Pour recherche translationnelle/expérimentale à Bicêtre : convention avec UPS et CEA pour intégrer le laboratoire IDMIT – Vaccinologie & Inflammation chronique, il y a 3 ans
- 1 DHU lors du premier appel d'offre transformé en IHU depuis 2018 (coordination : Pr J. Sahel)
- 2 RHU : Light4Deaf (coordination Pr J. Sahel) en 2015 et Evired en 2019

Q7. Enjeux universitaires

- À l'échelle nationale
  - Importance de former suffisamment d'ophtalmologistes et d'orthoptistes pour répondre aux modifications épidémiologiques déjà en court et à venir (cf. supra)
  - Redéfinir les contours du métier d'ophtalmologiste vs les aides ophtalmologistes et vs les futures plateformes de dépistage automatisé (imagerie combinée à l'IA, qui vont forcément changer le profil des patients vus en premier recours)
- À l'échelle de l'AP-HP, les effectifs universitaires restent équilibrés (12 PU-PH, 4 MCU-PH, 3 PHU) par rapport aux structures hors-AP-HP (9 PU-PH, 3 MCU-PH)
  - Importance vitale de rester des centres d'excellence en matière de formation médicale ET chirurgicale, et tenter de garder les meilleurs éléments en son sein
    - La qualité du plateau technique et des perspectives de carrière sont fondamentales à cet égard
    - Intégration de la formation au sein de la nouvelle école de chirurgie de l'AP-HP (simulateurs)
  - L'APHP reste le premier site d'accueil des DES d'Île-de-France
  - L'APHP est l'un des principaux partenaires pour l'accueil des élèves orthoptistes
- Améliorer la fluidité et l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires à l'AP-HP, dans un contexte ultra-concurrentiel ville-hôpital et APHP-ÉSPIC.
- Problème d'accès aux plateformes d'appui et de diagnostic qui sont de plus en plus complexes sur le circuit et chronophages sous le prétexte de la sécurité…

Synthèse

L'offre ophtalmologique au sein de l'AP-HP a une dimension territoriale cohérente faisant sa force à la lumière de la crise de Covid-19 mais nécessite plus que jamais les investissements nécessaires au sein de chaque GHU. Les patients franciliens se déplaceront de moins en moins vers Paris *intra muros* pour des chirurgies comme celle de la cataracte, si une offre correcte leur est proposée localement.

Comme les autres disciplines chirurgicales concurrencées par le secteur privé, l'attractivité des carrières médicales et paramédicales reste un sujet de préoccupation en ophtalmologie avec une mention spéciale pour les orthoptistes qui sont devenus les principaux collaborateurs des ophtalmologistes. Les avantages du Ségur et les primes d'encadrement risquent de ne pas être suffisants à moyen terme.

Les programmes d'investissement au sein des consultations et du bloc opératoire demeurent indispensables, en particulier le numérique et les innovations. Un premier arbitrage décentralisé réalisé au sein de chaque GHU semble vertueux et plus réaliste que les modèles précédents même si

un arbitrage central reste de mise pour les investissements importants et les restructurations majeures.

Une évaluation de la télé-expertise, télé-évaluation et de la téléconsultation hybride est en cours au niveau des différents services.

L'AP-HP a (encore) les moyens de garder une part importante du *leadership* en ophtalmologie, à l'échelle locale, nationale et même internationale, mais les virages technologiques et organisationnels doivent (et devront) être pris avec autant de réactivité que la concurrence sait le faire. La collaboration intra-GHU et inter-GHU est souhaitable à chaque fois que nécessaire dans l'intérêt des patients (ex. : neuro-ophtalmologie et traumatologie). La politique de chaque GHU permet de définir les collaborations avec les structures hors-AP-HP, souvent bénéfiques pour l'institution.