

# L'œil en coin

SYNDICAT  
NATIONAL  
AUTONOME DES  
ORTHOPTISTES



Novembre 2017



**INTÉGRER OU CRÉER  
UNE MAISON DE SANTÉ  
PLURIDISCIPLINAIRE**



# VEGA

SOLUTION DE GESTION ET  
TÉLÉTRANSMISSION POUR **ORTHOPTISTES**

## VEGA S'OCCUPE DE TOUT POUR MOI !



PLUS DE  
**38 000**  
UTILISATEURS



**GESTION  
COMPTABLE**  
2035 INCLUSE



UNE PRISE EN MAIN  
**FACILE**  
& UNE HOTLINE  
**SANS FAILLE**



**LOGICIEL DE GESTION & TÉLÉTRANSMISSION**  
Lecteurs de Cartes Vitale • Tablette • Applications mobiles

Plus d'informations : 04 67 91 27 86  
[www.vega-logiciel-orthoptiste.com](http://www.vega-logiciel-orthoptiste.com)



# Irma passe sur l'UNRIO

**L**e renouvellement de la moitié du Conseil d'Administration de l'UNRIO, opéré pourtant début 2017, a servi de prétexte à l'équipe pédagogique des formateurs (directeurs scientifiques en tête) pour démissionner en bloc et laisser ainsi en plan toutes les formations programmées et tous les stagiaires inscrits sur le dernier trimestre 2017.

## Que s'est-il passé exactement ?

Comme les statuts de l'UNRIO le stipulent, c'est le Conseil du SNAO qui nomme les 7 administrateurs de l'UNRIO selon une répartition définie. La répartition du Conseil d'Administration n'étant pas conforme aux statuts, le SNAO a décidé de remettre ce dernier en conformité et de profiter de ce changement pour mettre à sa tête une nouvelle équipe dirigeante en remplacement de figures historiques en place depuis toujours. Un rendez vous a même été pris fin 2016 pour expliquer cette décision aux personnes concernées lors d'un entretien en tête à tête.

La nouvelle équipe, dès ses prises de fonction en avril 2017, a assuré à plusieurs reprises à l'équipe pédagogique que, pour elle, rien n'allait changer, que les décisions scientifiques restaient entre ses mains, que l'organisation des stages tant au niveau des lieux, des intitulés et des contenus pédagogiques restait de son ressort et que le mois d'août permettrait un dialogue constructif pour bâtir l'avenir de l'UNRIO ensemble.

## Mais la volonté de nuire fut la plus forte.

Se rangeant du côté de celles qui n'avaient pas été renommées, la totalité

de l'équipe pédagogique a décidé de rejoindre l'ancienne équipe dirigeante en fondant, dans le plus grand secret, un organisme de formation destiné à entrer en concurrence avec l'UNRIO et ceci dans les 15 jours qui ont suivi l'installation du nouveau CA UNRIO.

Et c'est donc sans crier gare, par l'intermédiaire de courrier et en 2 vagues successives, dont la temporalité ne doit rien au hasard, que l'ensemble des ex-formateurs de l'UNRIO a donné sa démission et a décidé, de manière unilatérale, de ne pas assurer les formations du dernier trimestre 2017 :

- Une première « petite » vague du tiers de l'effectif juste avant les vacances
- Une deuxième vague tsunamique des 2 autres tiers juste après les vacances

Pourtant, jusque toute fin août et malgré la volonté annoncée de ne plus servir l'UNRIO en 2018, l'équipe, dans sa quasi-totalité, avait informé le Conseil d'Administration qu'elle assurerait toutes les formations prévues jusque fin 2017.

## Quelques jours plus tard (première semaine de septembre) les défections sont arrivées une à une.

Ne nous y trompons pas : tout ceci fait partie d'un calendrier orchestré et programmé de longue date pour nuire à la nouvelle équipe dirigeante de l'UNRIO et décrédibiliser ainsi l'UNRIO aux yeux des orthoptistes, en se moquant bien des conséquences que cela pourra avoir sur chaque stagiaire individuellement et sur les budgets de formations dédiés aux orthoptistes dans les différentes instances officielles (FIF-PL et ANDPC), mettant ainsi en danger tout l'avenir de la formation continue de la profession sur le long terme.

Devant une telle situation de catastrophe, l'équipe dirigeante de l'UNRIO

avait le choix entre :

- Baisser les bras et rembourser, en s'excusant, tous les stagiaires inscrits dans les différents stages sur le dernier trimestre et en encaissant, malgré elle, les reproches légitimes des orthoptistes lésés
- Relever le défi imposé

## C'est la deuxième option qui fut arrêtée sans l'ombre d'une hésitation.

En moins de 72H, nous avons réussi à garantir la majeure partie des formations inscrites au programme de l'UNRIO tant en formation « classique » qu'en formation DPC.

Quelques unes dont l'échéance était trop proche ou pour lesquelles nous n'avons pu trouver de formateurs à la dernière minute, ont dû être annulées.

Heureusement, pour le plus grand nombre, des formateurs suppléants ont accepté sans hésiter de nous rejoindre, organisant leurs emplois du temps pour faire en sorte de se libérer afin que les orthoptistes puissent suivre la formation pour laquelle ils étaient inscrits depuis fort longtemps.

Nous ne pouvons qu'être admiratifs et reconnaissants de la spontanéité dont ont fait preuve tous les formateurs qui seront sur le terrain au cours de ce dernier trimestre 2017.

Qu'ils soient ici, officiellement, remerciés de leur implication pour vous, au nom de l'Orthoptie.

**C**omme nombre d'entre nous, nous sommes très attachés à l'UNRIO. Personnellement, on peut dire que je suis « un enfant de l'UNRIO » puisque les premiers stages sont quasi contemporains de mon diplôme et que j'y ai toujours connu les mêmes personnes au sein de l'équipe dirigeante.

La page se tourne, certes assez brutalement, et rien ne fera revenir le passé. Allons donc de l'avant !

Sachez que le Conseil d'Administration de l'UNRIO met déjà tout en œuvre pour que les formations 2018 soient assurées avec un nouvel élan et des nouveautés qui, nous l'espérons, remporteront votre adhésion.

LAURENT MILSTAYN

*PS : je prie nos collègues antillais, et en particulier ceux des Îles du Nord, de bien vouloir m'excuser pour la métaphore osée utilisée dans le titre mais c'est la première image qui s'est imposée à moi lorsque j'ai commencé à rédiger cet éditorial.*

## sommaire

### 03 ÉDITORIAL

### 04 ACTUALITÉS SYNDICALES & PROFESSIONNELLES

- L'acte de réfraction et de prise d'acuité visuelle
- Conseil de l'UNCAM
- La Fédération Française des Praticiens de Santé en ordre de marche !
- Assemblée Générale du SNAO
- Création de la Fédération Française des Praticiens de Santé

### 07 JURIDIQUE/COMPTABILITÉ

SISA - Déclaration 2035 et adhésion à une Association Agréée

### 10 EXERCICE SALARIÉ

- Le compte personnel de formation
- De l'intérêt de se syndiquer lorsqu'on est salarié

### 11 DOSSIER

*Intégrer ou créer une maison de santé pluridisciplinaire monosite ou multisites*

### 21 RÉGIONS

Un œil attentif sur nos régions

### 23 EXERCICES PROFESSIONNELS

L'autisme, un enjeu de santé publique

### 26 PROGRAMMES

- Les formations UNRIO 2017
- Présentation des nouveaux formateurs

### 30 PETITES ANNONCES

# L'ACTE DE RÉFRACTION ET DE PRISE D'ACUITÉ VISUELLE

*Comme vous le savez sans aucun doute déjà, au 1er janvier 2018, un nouvel acte entrera à la NGAP : l'acte de mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation. Cet acte sera coté AMY 8,5 soit 22,10€.*

Cet acte sera comme tous les autres actes à notre compétence et ne pourra se pratiquer que sur prescription par n'importe quel médecin ou dans le cadre des protocoles organisationnels au sein des cabinets d'ophtalmologie ou des MSP.

L'orthoptiste effectuera son travail de mesures qu'il transmettra au médecin prescripteur.

Ce dernier pourra alors s'appuyer sur ces mesures pour prescrire une correction, l'adapter ou la renouveler s'il estime qu'il est de son devoir médical de le faire.

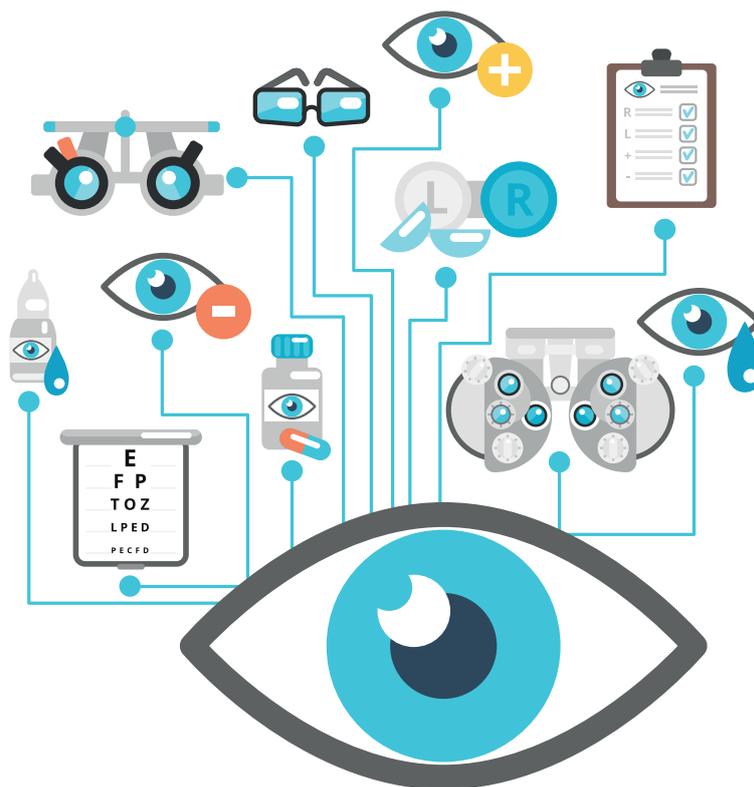
En pratique, les médecins employeurs pourront se

servir de cet acte pour pratiquer une organisation de coopération à l'intérieur de leur cabinet similaire au protocole RNO en étant assuré du paiement immédiat de la part du patient sans avoir à attendre le tiers payant des caisses.

Cet acte sera remboursé à 60% par la CPAM puis à 40% par les complémentaires et sera à ce moment générateur d'économie pour la CNAMTS car il ne faut pas oublier que lorsque la caisse paye 23€ en 1/3 payant à un médecin, l'acte réel a une valeur de 32,85 €

Notez bien qu'il est donc impossible d'associer l'acte de prise de mesure de la réfraction et de l'acuité visuelle avec le protocole RNO. C'est soit l'un, soit l'autre.

Il est nécessaire de rappeler que pour les 23€ du RNO, la rémunération couvre la prise de mesure ET la lecture/préscription. Mais les ophtalmologistes employeurs ne seront pas les seuls à



pouvoir prescrire et utiliser cet acte. Les médecins libéraux pourront, eux aussi, mettre en place des coopérations renforcées avec les orthoptistes libéraux et confier ceux de leurs patients qu'ils estiment correspondre aux critères qu'ils auront eux-mêmes définis pour un suivi, une adaptation, un renouvellement ou un dépistage de leurs troubles de réfraction.

Ainsi, si la confiance est présente, le médecin n'aura plus qu'à rédiger l'ordonnance de correction mais pourra aussi, à tout moment, décider de revoir ou de renvoyer le patient vers un ophtalmologiste.

L'appui des outils de transmission de données médicales comme le RSS ou toute autre messagerie sécurisée, sera alors un vecteur principal de cette coopération entre libéraux.

Bien entendu, nous n'avons jamais prô-

né, nous ne prônerons pas et nous ne prônerons jamais le contournement des ophtalmologistes. Toutefois, nombre de patients n'arrivent jamais à se faire uniquement renouveler leurs lunettes et passent déjà par leurs généralistes.

Ce nouvel acte permettra, sans doute, de rendre des services à la fois aux patients mais aussi aux généralistes qui reçoivent les doléances de leurs patients quant à l'accès à une consultation d'ophtalmologie « juste pour changer de lunettes ».

A nous de savoir rester à notre place d'orthoptiste et de conseiller, d'orienter et de prévenir nos interlocuteurs, patients et méde-

cins, que notre intervention ne préjuge pas de l'état ophtalmologique, que 10/10 ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pathologie sous jacente et qu'une consultation ophtalmologique est toujours nécessaire même si elle doit intervenir dans longtemps.

De plus, il ne faudra pas hésiter à se déclarer circonspect et à ne pas demander d'adaptation de la correction si le moindre doute s'insinue.

Dans les MSP, et en particulier dans celles qui auront souscrit un contrat de coopération pour les soins visuels, ce nouvel acte permettra aux orthoptistes présents au sein des structures de recevoir une part de la population qui rencontre des difficultés pour obtenir un rendez vous ophtalmologique.

Les données seront transmises à l'ophtalmologiste avec lequel la MSP aura établi un partenariat.

Se pose alors, d'un point de vue pratique,



## ENFIN UNE COTATION POUR LES TNV

Le 16 septembre dernier, la décision du Conseil de l'UNCAM signée le 4 juillet 2017 relative aux actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie paraissait au Journal Officiel. Cette décision modifie la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie et, entre en vigueur à compter du 17 septembre 2017. Il est maintenant possible de côter la rééducation des patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neurovisuels objectivés. Ceci est le fruit d'un combat acharné mené depuis plusieurs années et de la pugnacité de notre secrétaire générale Maria Plaza et de celles et ceux qui ont participé au groupe de travail TNV. Un grand merci à eux !

la rémunération de l'ophtalmologiste ou du médecin qui recevra les résultats et qui sera en charge de les interpréter en vue de décision médicale.

Dans de nombreux cas, les médecins, ophtalmologistes ou non, reçoivent des données pour lesquelles aucune rémunération n'est accolée et ceci depuis toujours : Bilans biologiques, Bilans Orthoptiques, Champs Visuels, Electrocardiogrammes ou encéphalogrammes... Aucune raison que ce nouvel acte ne puisse bénéficier de manière identique de la lecture du médecin.

Cette nouvelle voie, en plus de celle de la consultation ophtalmologique, du RNO et de l'opticien, présente l'avantage de toujours médicaliser notre intervention, médicalisation qui n'existe pas, par exemple, lors du renouvellement chez l'opticien.

De plus, nous le savons tous, la réfraction est une composante indispensable de la rééducation.

Comment vouloir juger de l'équilibre oculomoteur sans tenir compte de l'accommodation et donc de savoir si notre patient est bien ou mal équipé et si l'équilibre OD/OG est bien réalisé.

Cet acte aura peut être quelques difficultés à s'installer, le temps de maîtriser petit à petit, toutes les possibilités qu'il offre mais il sera, à coup sur, un moment important dans une forme renouvelée de coopération entre les professionnels médicaux et paramédicaux qui instaureront, à coup sur, des relations jusque là inconnues et qui permettra, surtout, l'accès de toute la communauté orthoptique à un acte jusque là réservé quasi exclusivement à ceux de nos collègues en exercice salarié qui ont ouverts la voie en prouvant, sur le terrain, que leur expertise en ce domaine n'a jamais mis à mal la santé visuelle de la population.

LAURENT MILSTAYN

|  |                      |                   |    |
|--|----------------------|-------------------|----|
| Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision), d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical comporte au moins :<br>- la détermination subjective de l'acuité visuelle ;<br>- la détermination subjective de la fixation ;<br>- le bilan des déséquilibres oculomoteurs.   | 20                   | AMY               |    |
| Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle, d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical comporte au moins :<br>- la détermination subjective de l'acuité visuelle ;<br>- la détermination subjective de la fixation ;<br>- le bilan des déséquilibres oculomoteurs.   | 20,1                 | AMY               |    |
| Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculo-moteurs et des déficits neuro-sensoriels y afférents, comportant :<br>- la détermination subjective de l'acuité visuelle ;<br>- la détermination subjective de la fixation ;<br>- le bilan des déséquilibres oculomoteurs. Avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, d'une durée d'au moins 30 minutes par séance, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.   | 10                   | AMY               | AP |
| Un des examens suivants peut être côté en supplément à un bilan :<br>- la détermination objective de l'acuité visuelle ;<br>- la déviométrie (test de Lancaster et/ou de Hess Weiss et/ou mesures dans toutes les directions) ;<br>- l'analyse fonctionnelle des troubles neurovisuels hors bilan pour troubles neurovisuels.  | 4,1                  | AMY               |    |
| Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.   |                      |                   |    |
| <b>Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle. Cette rééducation est destinée :</b><br>- aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle ;<br>- aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neurovisuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) ;<br>- d'une durée de l'ordre de 60 mn pour les patients de plus de 16 ans ;<br>- d'une durée de l'ordre de 40 mn pour les 3 à 16 ans ;<br>- d'une durée de l'ordre de 30 mn pour l'enfant de moins de 3 ans. | 16,2<br>11,2<br>10,2 | AMY<br>AMY<br>AMY | AP |
| Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.   | 5,4                  | AMY               | AP |
| Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.  | 5,4                  | AMY               | AP |
| Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.  | 4                    | AMY               | AP |

# LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES PRATICIENS DE SANTÉ EN ORDRE DE MARCHÉ !



La Fédération Française des Praticiens de Santé (FFPS) a tenu son assemblée constitutive le mercredi 13 septembre 2017.

Comme annoncé le 3 août dans un communiqué de presse commun <https://lc.cx/pXQd>, les huit syndicats - membres fondateurs représentant les infirmiers (CI, FNI, Onsil), les masseurs-kinésithérapeutes (FFMKR, UNSMKL (SNMKR+OK), les orthophonistes (FNO), les orthoptistes (SNAO) et les pédicures-podologues (FNP) se sont unis autour de valeurs professionnelles communes afin de se faire entendre d'une seule voix pour :

- défendre les intérêts transversaux des syndicats qui la composent et des professionnels qu'ils représentent ;
- obtenir du législateur le remplacement des termes « auxiliaires médicaux » par « praticiens de santé » dans le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et la nomenclature générale des actes professionnels ;
- promouvoir les compétences spécifiques des professionnels qu'ils représentent au sein du système de santé ;
- mobiliser toutes les compétences et les qualifications des praticiens de santé pour favoriser, notamment l'éducation à la santé et la prévention ;
- favoriser la coopération avec les professions médicales en abandonnant la notion désuète et clivante de transfert de tâches, en vigueur, pour lui substituer les vertus et les effets des



compétences partagées ;

- obtenir, au profit des usagers du système de santé, dans une optique d'amélioration des prises en charge comme de réduction des coûts, l'accès direct aux praticiens de santé ;
- travailler à l'élaboration concrète de solutions opérationnelles pour favoriser le continuum de soins ville-hôpital-ville et renforcer la coordination interprofessionnelle ;
- Permettre et faciliter, au regard de l'émergence des nouvelles technologies, l'intervention à distance des praticiens de santé auprès des patients ;
- faire évoluer les professions concernées vers un statut de professions médicales à compétences définies.

La Fédération est dirigée et administrée par un Congrès. Ont été élus par l'assemblée générale constituante, Philippe TISSERAND, président, Laurent MILSTAYN, trésorier et Serge COIMBRA, Anne DEHÊTRE, Elisabeth MAYLIE, Stéphane MICHEL, Daniel PAGUESSORHAYE, Ghislaine SICRE, vice-président(e)s.

#### Contacts :

|          |                |
|----------|----------------|
| CI :     | 06 15 31 54 28 |
| FFMKR :  | 06 89 49 91 23 |
| FNI :    | 01 47 42 94 13 |
| FNO :    | 06 78 12 51 48 |
| FNP :    | 06 48 01 68 54 |
| Onsil :  | 05 62 30 00 78 |
| SNAO :   | 06 70 23 07 47 |
| UNSMKL : | 06 22 16 13 24 |

**Réservez dès à présent ces dates : Samedi 24 mars et dimanche 25 mars 2018**

**ÉVÈNEMENT COMMUN 2018 SNAO SFERO UNRIO**

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNAO SUIVIE D'UN CONGRÈS SCIENTIFIQUE ORGANISÉ CONJOINTEMENT PAR LA SFERO ET L'UNRIO**

sur le thème suivant :

**« De la vision au regard dans les troubles du spectre autistique »**

Attention nouveau lieu : **LYON**

De plus amples informations vous seront données ultérieurement. L'AG est ouverte à tous les orthoptistes, adhérents et non adhérents, sur inscription préalable. Pour les non-adhérents, seule la partie non statutaire leur sera accessible.



## LU DANS LA PRESSE PARAMÉDICALE

# CRÉATION DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES PRATICIENS DE SANTÉ

Le 3 août 2017, un communiqué de presse signé par 8 syndicats de professions paramédicales annonçait la création de la Fédération Française des Praticiens de Santé. Après plusieurs mois de difficultés internes, et sur le constat de nombreux désaccords entre ses membres, cette annonce vient finaliser le départ de la plupart des organisations paramédicales de l'historique Centre National des Professions de Santé. Nous avons posé 3 questions aux présidents et à la présidente des organisations représentatives majoritaires.

**SERGE COIMBRA**

**PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES PODOLOGUES**

**K2P : Qu'attendez-vous de cette nouvelle organisation ? Quelles sont selon vous les premières actions qu'elle doit porter ?**

Nos attentes sont celles qui ont été mises en exergue dans notre communiqué de presse et en tout premier lieu, la reconnaissance à sa juste valeur des professions de santé dites paramédicales et de leur rôle dans le système de santé français où la notion de hiérarchisation doit laisser la place à une répartition plus équilibrée des compétences dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Pour cela, il est important que le code de la santé publique évolue dans ce sens.

**K2P : Dans un système de santé qui se reconfigure, à un moment où la place de chaque acteur peut-être redéfinie, la FFPS sera peut-être celle qui portera les espoirs des paramédicaux. Pour votre profession quels sont les axes de réflexion à poser et les points à défendre ?**

La nouvelle donne économique en matière de dépenses de santé avec des budgets toujours plus contraints et l'évolution des besoins de nos patients impliquent une réforme de l'organisation des soins reposant sur la mobilisation de tous les acteurs. C'est dans ce paysage que notre profession se projette plus que jamais comme une profession médicale à compétences définies. La FNP entend affirmer les compétences et le rôle du pédicure-podologue fort de la qualité de ses pratiques professionnelles. Avec la Fédération Française des Praticiens de Santé (FFPS), cette dynamique de projet va sous-tendre l'action de la FNP auprès des pouvoirs publics et dépasser les archaïsmes paramédicaux-médicaux !

**RÉPONSE****STÉPHANE MICHEL**

**UNSMKL (SNMKR ET OK)**

**K2P : Qu'attendez-vous de cette nouvelle organisation ? Quelles sont selon vous les premières actions qu'elle doit porter ?**

Ce que nous attendons, c'est une reconnaissance des professions non médicales au sein du système de santé tant par les politiques que par les professions médicales. C'est aussi l'occasion de renforcer nos liens entre professions non médicales, car nous avons des intérêts communs et des revendications collectives qui seront sans doute, nous l'espérons, plus et mieux entendus dans le cadre de cette Fédération que dilués dans le cadre du CNPS. Nous souhaitons dénoncer un système essentiellement « médecin centré ». Nous souhaitons démontrer que nous pouvons valoriser le rôle médical et améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une meilleure coopération et une meilleure coordination entre tous les acteurs, autour du patient. Nous souhaitons notamment

favoriser et valoriser l'émergence d'une santé publique plus ouverte sur le prendre soin (le care) et la prévention aux dépens du soin « tout médecin » (le cure). Nous avons cette particularité de travailler tant dans le soin que dans le prendre soin et nous souhaitons le revendiquer, car cela répond à une forte demande des patients. Abandonner le care reviendrait à le laisser à des personnes peu scrupuleuses mettant en danger la santé des patients.

Parmi nos premières actions, nous souhaitons symboliquement faire évoluer le code de la santé publique en obtenant une modification du livre 3 du dit code afin de remplacer les mots « auxiliaires médicaux » par « praticiens de santé » plus valorisants et proches de nos activités de soins, mais aussi remplacer cette vision archaïque de subalterne par une vision plus moderne de partenaire du corps médical.

**K2P : Dans un système de santé qui se reconfigure, à un moment où la place de chaque acteur peut-être redéfinie, la FFPS sera peut-être celle qui portera les espoirs des paramédicaux. Pour votre profession quels sont les axes de réflexion à poser et les points à défendre ?**

En tout premier lieu, promouvoir les compétences spécifiques de nos professions au sein du système de santé afin d'accompagner le virage ambulatoire notamment dans un contexte d'augmentation de la désertification médicale d'une part et d'une explosion de la démographie professionnelle d'autre part puisqu'on prévoit près de 120000 professionnels d'ici 2030.

Il s'agira également de promouvoir la participation des praticiens de santé à la permanence des soins en complément des médecins en autorisant l'accès direct et de favoriser les zones de compétences partagées. Depuis trop longtemps, le rôle propre et les compétences des auxiliaires médicaux ont été souvent minorisés. Les défis qu'impose aujourd'hui la transformation du système de santé nécessitent la pleine mobilisation de ces compétences. C'est ce que nous défendrons dans l'intérêt des professionnels et des patients.

**RÉPONSE****LAURENT MILSTAYN**

**PRÉSIDENT DU K2P : Qu'attendez-vous de cette nouvelle organisation ? Quelles sont selon vous les premières actions qu'elle doit porter ?**

La FFPS se doit d'être l'organisation porteuse de messages propres aux paramédicaux et principalement le constat que sans eux, le système français de santé, centré autour du médecin, ne pourrait fonctionner comme il le fait depuis des décennies. Les paramédicaux ont un rôle propre, une expertise et un savoir-faire qui ne peut être nié, mais qui n'est jamais valorisé dès lors que des échéances politiques se profilent ou dès



lors que les débats s'engagent autour du thème de la santé. Immédiatement, les travaux et les discussions se centrent autour des médicaux, de leur exercice, de leur répartition, de leur rémunération, laissant dans l'ombre la part indispensable des paramédicaux dans la prise en charge de la santé de la population.

La première action, toute symbolique mais importante, serait de faire changer les termes « auxiliaires médicaux » inscrits au sein du Code de Santé Publique en « Praticiens de Santé ». Dans la foulée, faire instaurer une certaine possibilité d'accès direct de la population en direction des cabinets de ceux qui restent encore aujourd'hui des prescrits. Cette relation prescripteur/prescrit, même si elle est nécessaire et protectrice pour la population, peut tout à fait être assouplie et génératrice d'économie.

**K2P : Dans un système de santé qui se reconfigure, à un moment où la place de chaque acteur peut-être redéfinie, la FFPS sera peut-être celle qui portera les espoirs des paramédicaux. Pour votre profession quels sont les axes de réflexion à poser et les points à défendre ?**

Concernant la profession d'orthoptiste, les revendications que nous portons depuis des années pourraient servir l'ensemble de la fédération. Nous sommes une des premières professions à avoir réussi à participer à des protocoles de coopération avec les ophtalmologistes, mais sans aller malheureusement, jusqu'au bout de l'autonomisation.

Si les orthoptistes se voient confier, depuis des années, la possibilité de recevoir les patients sans présence de l'ophtalmologiste, d'effectuer tous les actes préparatoires à la consultation médicale et à la prescription des lunettes, ceux-ci n'ont jamais réussi à obtenir le renouvellement et l'adaptation des verres correcteurs alors même que les opticiens sont en capacités légales de le faire. Il existe là une incohérence du système que nous souhaitons voir changer. De plus, les orthoptistes, de par leur formation initiale rénovée ainsi que par leurs compétences légales, pratiquent, depuis des années, près des 2/3 des examens nécessaires à l'établissement du diagnostic médical par l'ophtalmologiste. Or, ceci ne se pratique concrètement que dans le cadre du salariat au sein des cabinets d'ophtalmologie. Il paraît totalement nécessaire d'étendre cette façon d'exercer à tous les orthoptistes libéraux (près des 2/3 de la profession) avec l'aide de la télémédecine qui permettrait la transmission des données sur le poste de travail du médecin.

De plus, la télémédecine pourrait être utilisée dans le cadre des téléconsultations et des télé-expertises. Nous ne prôtons pas l'indépendance, mais une coopération renforcée et rénovée entre notre profession en exercice libéral et celle des experts ophtalmologistes afin que ces derniers considèrent nos interventions comme un plus pour leur pratique.

## RÉPONSE PHILIPPE TISSERAND

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE  
DES INFIRMIERS

**K2P : Qu'attendez-vous de cette nouvelle organisation ? Quelles sont selon vous les premières actions qu'elle doit porter ?**

D'abord qu'elle réussisse à trouver rapidement une existence légale et en tant que « préfigurateur », j'ai proposé aux membres fondateurs de nous réunir le 13 septembre pour rédiger ensemble ses statuts sous la conduite d'un avocat spécialisé, de les adopter dans la foulée au cours d'une assemblée constituante et d'élire le même jour un bureau opérationnel. Ensuite qu'elle veille à ne pas reproduire les fonctionnements que nous avons dénoncés ailleurs. Les actions qu'elle doit porter doivent

être décrites précisément dans son objet social, elles sont déjà exposées dans le communiqué de presse annonçant sa création. Pour être crédible et s'imposer comme interlocuteur des pouvoirs publics, il est essentiel qu'elle atteigne rapidement son premier objectif de force symbolique : remplacer dans le code de la santé publique les termes « auxiliaires médicaux » par « praticiens de santé ».

**K2P : Dans un système de santé qui se reconfigure, à un moment où la place de chaque acteur peut-être redéfinie, la FFPS sera peut-être celle qui portera les espoirs des paramédicaux. Pour votre profession quels sont les axes de réflexion à poser et les points à défendre ?**

Comme pour d'autres professions, l'accès direct est un axe qu'il faut oser, en ce qui nous concerne ce serait l'accès direct au rôle propre infirmier. Nos consœurs en Suisse l'ont obtenu l'année dernière et la Suisse n'est pas un pays connu pour laisser filer ses dépenses. Il s'agit d'un prérequis essentiel qui permettrait aux infirmières de prendre part à la permanence des soins, en appuis des médecins. Une réflexion et une vigilance toute particulière devront aussi porter sur l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins qui est d'actualité. Le risque pour les professionnels serait qu'un pan entier de leur activité sorte du champ conventionnel, les contraignant à négocier individuellement avec des opérateurs dont le financement inclurait leurs honoraires, type GHT. Les infirmières en font déjà la triste expérience avec les SSIAD et les HAD. Une autre priorité à mon sens est de lutter sans perdre de temps contre l'ubérisation qui n'épargnera pas la santé. À nous de créer rapidement nos propres plateformes de mise en relation et d'en conserver le pilotage. Ne soyons pas les KODAK de la santé !

## RÉPONSE ANNE DEHÊTRE

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE  
DES ORTHOPHONISTES

**K2P : Qu'attendez-vous de cette nouvelle organisation ? Quelles sont selon vous les premières actions qu'elle doit porter ?**

Avant tout, la défense et la promotion des professionnels paramédicaux comme premiers acteurs du système de soins. Cette nouvelle fédération doit montrer que loin de s'opposer, les compétences de tous doivent être reconnues, connues aussi afin d'organiser le système et la prise en charge des soins sur nos complémentarités. Et tout ça, pour le bénéfice des patients mais aussi des professionnels qui se sentiront plus forts dans leur exercice spécifique. D'autres sujets nous réunissent : les modalités du congé maternité, la retraite, la formation continue ...

**K2P : Dans un système de santé qui se reconfigure, à un moment où la place de chaque acteur peut-être redéfinie, la FFPS sera peut-être celle qui portera les espoirs des paramédicaux. Pour votre profession quels sont les axes de réflexion à poser et les points à défendre ?**

Le premier communiqué de presse publié août est clair : nous attendons aussi le changement de statut de notre profession, comme l'ensemble des autres organisations réunies au sein de la FFPS. « Auxiliaire médical » ne reflète plus la réalité de l'exercice professionnel des orthophonistes. L'ensemble des actions que la FFPS mènera devra être dirigée vers cette évolution. C'est déjà une belle et grande ambition que nous avons souhaité donner à cette nouvelle Fédération.



# SISA - DÉCLARATION 2035 ET ADHÉSION À UNE ASSOCIATION AGRÉÉE

La SISA est une société et comme la plupart des sociétés, elle doit établir une déclaration des revenus, n°2035, en son nom. Cette déclaration doit faire ressortir le résultat de la SISA (bénéfice ou déficit) ainsi que sa répartition entre les associés. Chaque associé reporte sa quote-part du résultat sur sa déclaration n°2035 individuelle. Mais, attention : si la SISA génère un bénéfice, seule l'adhésion à une Association Agréée permet d'éviter la majoration de 25 % sur la quote-part attribuée à l'associé.

## La SISA est une société qui doit souscrire une déclaration 2035

La SISA, Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, est une société tel que défini à l'article 1832 du Code Civil.

Fiscalement, elle relève du régime fiscal des sociétés de personnes. Il en est ainsi, même si la SISA se livre à des opérations commerciales telle la mise à disposition des locaux munis du mobilier, matériel... ou l'exercice d'un associé pharmacien.

- Bulletin Officiel des Impôts BOI-BIC-CHAMP-70-20-90-

Étant visée à l'article 8 du CGI et exerçant une activité non commerciale, elle doit souscrire une déclaration 2035 pour déterminer le résultat à partager entre les associés libéraux (sauf option pour l'impôt sur les sociétés).

### ELLE NE DOIT PAS ÊTRE CONFONDUE AVEC LA SCM :

→ La SCM a pour objet exclusif de faciliter à chacun de ses membres l'exercice de son activité. Les associés mettent en commun les moyens utiles à l'exercice de leur profession sans que la société puisse elle-même exercer la profession. Elle ne perçoit donc pas les honoraires ou les rémunérations liées à l'activité médicale de ses associés.

*Fiscalement, la SCM souscrit une déclaration 2036 et ne peut pas adhérer à une Association Agréée.*

→ La SISA permet non seulement de mettre en commun les moyens utiles à l'exercice de la profession de ses membres, mais également de mettre en commun une partie de leur exercice professionnel dans le cadre des maisons de santé. Elle perçoit donc les rémunérations relatives à cette activité commune.

*Fiscalement, la SISA souscrit une déclaration 2035 et doit adhérer à une Association Agréée, si elle constate un bénéfice et souhaite que les associés ne subissent pas la majoration de 25 % sur leur quote-part.*



#### Article 1832 du Code Civil

"La société est instituée par deux ou plusieurs personnes qui conviennent par un contrat d'affecter à une entreprise commune des biens ou leur industrie\* en vue de partager le bénéfice ou de profiter de l'économie qui pourra en résulter".

\* industrie = travail, connaissances...

#### Article 8 du Code Général des Impôts

"...les associés des sociétés ... sont personnellement soumis à l'impôt sur le revenu pour la part de bénéfices sociaux correspondant à leurs droits dans la société. ...Il en est de même, sous les mêmes conditions :...

7° ... des membres des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires mentionnées à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique.

## La SISA doit déterminer son résultat

Le résultat la SISA est calculé par différence entre ses recettes et ses charges.

Les recettes de la SISA sont celles relatives à l'activité commune :

- Remboursement des associés correspondant à leur quote-part des frais de la SISA.
- Financements publics à redistribuer entre les membres de la SISA.
- Sommes facturées à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).
- D'une manière générale, toutes les rémunérations de l'activité professionnelle commune telle que définie par les statuts.

*Les charges de la SISA sont celles liées à l'activité commune et les charges dont les statuts prévoient la mise en commun.*

**Les statuts doivent être clairs sur la définition de l'activité commune pour permettre de distinguer sans ambiguïté les actes et rémunérations qui relèvent de l'activité individuelle.**



## Imposition ou déduction de la quote-part des résultats de chaque associé

Le résultat de la SISA est réparti entre les associés en fonction de leurs droits, conformément aux statuts. La quote-part de chaque associé est mentionnée sur la 2035 de la SISA, dans un tableau spécifique (page 3 de la 2035).

Chaque associé reporte sa quote-part du résultat sur sa déclaration 2035 individuelle.

## Intérêt de l'adhésion à une Association Agréée

Pour ne pas subir la majoration de 25 % du bénéfice, la SISA doit être adhérente d'une Association Agréée.

**L'adhésion de la SISA ne couvre les associés que pour la seule quote-part de résultat de la SISA et reste donc sans effet sur les revenus relatifs à l'activité individuelle des associés :** les associés sous le régime de la déclaration contrôlée pour leurs revenus individuels doivent adhérer personnellement à une Association Agréée pour ne pas subir la majoration de 25 % sur leur bénéfice individuel.

**Attention aux délais d'adhésion :** la SISA doit formuler sa demande d'adhésion avant le 31 mai 2018 pour que les associés ne soient pas majorés de 25 % sur leur quote-part du résultat de la SISA réalisé en 2018 (délai applicable pour une première adhésion à une Association Agréée).

**L'adhésion à une Association Agréée permet pour une modique somme de se prémunir contre la majoration de 25 % en cas de réalisation d'un bénéfice par la SISA** (le montant de la cotisation à régler par la SISA est, à l'AGAPS, de 50 € la première année, puis de 327 € par an).

### Article L4041-2 du Code de la Santé Publique

*La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :*

- 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;
- 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

*Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'Etat.*

### Article 8 du Code Général des Impôts

*"...les associés des sociétés ... sont personnellement soumis à l'impôt sur le revenu pour la part de bénéfices sociaux correspondant à leurs droits dans la société. ...Il en est de même, sous les mêmes conditions ...*

- 7° ... des membres des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires mentionnées à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique.

# BÉNÉFICIEZ D'UN **CONSEILLER-EXPERT** POUR RÉALISER VOTRE BILAN PATRIMONIAL

**PRISE DE RENDEZ-VOUS  
SOUS 48H\***

**3233**

Service gratuit  
+ prix appel

[macsf.fr](http://macsf.fr)

**PUBLICITÉ**



## LE COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Définition et bénéficiaires du compte personnel de formation (CPF)

En tant que salarié, vous bénéficiez sous certaines conditions d'un droit individuel à la formation qui s'appelle depuis le 1er janvier 2015, compte personnel de formation. Il s'agit d'un moyen vous permettant de monter en compétences.

Tout salarié titulaire d'un CDI, disposant d'une ancienneté minimale d'un an dans l'entreprise, bénéficie chaque année d'un droit individuel à la formation.

Ces dispositions ne s'appliquent pas au contrat d'apprentissage et au contrat de professionnalisation.

Le salarié titulaire d'un CDD peut bénéficier du CPF à l'issue d'un délai de quatre mois, consécutifs ou non, sous contrat de travail à durée déterminée, au cours des douze derniers mois.

Il n'est pas obligatoire que l'ancienneté ait été acquise au titre du même contrat.

Pour les salariés titulaires d'un CDD, la durée du droit à formation est calculée au prorata de la durée de leur CDD. Si toutefois le salarié en CDD est à temps partiel, il convient d'effectuer une double proratisation.

Par exemple, un CDD conclu pour la période du 1er juillet 2013 au 31 décembre 2013 acquiert un CPF de 10 heures au titre de ce contrat. Si ce salarié est à temps partiel soit à 80%, il aura acquis 8 heures de CPF.

### QUI FAIT LA DEMANDE DE FORMATION AU TITRE DU DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION ?

La mise en œuvre du droit individuel à la formation relève de l'initiative du salarié, en accord avec son employeur.

Toutefois, la législation ne donne aucune précision sur les modalités de cette demande, notamment quant au délai pour présenter sa requête, la forme que celle-ci doit revêtir. Des dispositions conven-

tionnelles peuvent prévoir ces modalités. Il est toutefois fortement conseillé d'envoyer sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception et ce, pour des raisons de preuve. La date de la demande ne sera ainsi pas contestable.

Concernant le délai pour effectuer la demande, le salarié doit tout de même tenir compte du délai de réponse de un mois de l'employeur.

Dans la lettre il est nécessaire de préciser la formation envisagée, son coût, sa durée, ses dates et les coordonnées de l'organisme de formation.

L'employeur dispose d'un délai d'un mois pour notifier sa réponse au salarié qui demande à faire valoir son droit individuel à la formation.

L'absence de réponse de l'employeur vaut acceptation du choix de l'action de formation.

### CHOIX, TEMPS ET RÉMUNÉRATION DE LA FORMATION

Le choix de l'action de formation envisagée est arrêté par accord écrit du salarié et de l'employeur. Cette formation se déroule en prin-

cipe en dehors du temps de travail. Toutefois, une convention ou un accord collectif de branche ou d'entreprise peut prévoir que le droit individuel à la formation s'exerce en partie pendant le temps de travail. Le maintien de la rémunération du salarié dépendra de cette précédente modalité.

### LE SALARIÉ EST-IL RÉMUNÉRÉ PENDANT SA FORMATION PRISE AU TITRE DU DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION ?

La réponse varie selon que les heures consacrées à la formation sont effectuées pendant le temps de travail ou en dehors de celui-ci.

### PENDANT LE TEMPS DE TRAVAIL

Les heures consacrées à la formation pendant le temps de travail ouvrent droit au maintien de la rémunération du salarié.

### EN DEHORS DU TEMPS DE TRAVAIL

Lorsque les heures de formation sont accomplies hors du temps de

travail, le salarié bénéficie du versement par l'employeur de l'allocation de formation.

Le montant de l'allocation est égal à 50% de la rémunération nette de référence du collaborateur.

Lorsqu'elle est due au titre d'une action de formation réalisée durant une période pendant laquelle le salarié est placé en activité partielle, le versement de l'allocation de formation ne peut avoir pour effet de porter la rémunération nette du salarié à un niveau supérieur à celle dont il aurait bénéficié s'il n'avait pas relevé, durant cette période, des dispositions de l'activité partielle. Sur cette période, le salarié cumule l'indemnisation au titre de l'activité partielle et l'allocation de formation dans les conditions précitées.

**Important : Les règles ci-dessus exposées font état du droit applicable et de la Jurisprudence. Néanmoins, votre convention collective peut prévoir des dispositions plus favorables. Nous vous recommandons vivement de la consulter.**

Sources : juritravail.fr

## DE L'INTÉRÊT DE SE SYNDIQUER LORSQU'ON EST SALARIÉ

*Pour les salariés (comme pour les employeurs), une adhésion à un syndicat peut avoir plusieurs avantages :*

→ Il permet d'avoir une veille juridique et d'être ainsi informé des évolutions de la réglementation (en droit du travail en général et pour le secteur concerné également), des cotations, déontologie, etc.

→ le syndicat donne des outils pratiques adaptés à la réglementation pour les employeurs mais aussi pour les salariés : décorticage de leur convention collective, mode d'emploi du droit à la formation...

→ le syndicat peut également disposer d'un appui / conseil juridique en interne pour ses adhérents. Il peut donc être consulté pour toute question d'ordre juridique (ou non).

→ c'est un vecteur d'information de l'évolution de la profession important et un outil fédérateur.

→ Il peut également défendre ses adhérents s'ils rencontrent des difficultés (par exemple avec leur employeur). C'est souvent un soutien de poids.

Depuis quelques temps, le rôle de défenseur syndical est précisé dans le code du travail. Il peut notamment défendre les salariés devant les prud'hommes et même jusqu'en cour d'appel [https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33835!](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33835)

On peut donc dire que le syndicat apporte information, protection et accompagnement à tous ses adhérents, tout au long de leur exercice professionnel, quel que soit le statut choisi.

**ANNE CAROLINE GOISSEN**  
ORTHOPTISTE ET ADMINISTRATRICE DU SNAO



# INTÉGRER OU CRÉER UNE MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE MONOSITE OU MULTISITES





**La tendance actuelle, voire d'avenir est dans le regroupement des professionnels de santé en maisons ou pôles de santé pour des raisons financières, pratiques, de partage d'informations, de mise en commun de matériels, de locaux, de personnels...**

**Se regrouper pour éviter l'isolement, assurer l'avenir de son activité et mieux organiser son travail.**

**Se regrouper pour proposer une offre de soins dans les territoires déficitaires dans la perspective de réseaux de soins de proximité.**

**Le développement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) favorise l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.**

**Sur l'ensemble des orthoptistes qui exercent en France, environ 67% d'entre eux ont une activité libérale. Quelques centaines sont salariées d'ophtalmologistes ou de centres de santé.**

**Notre champ d'intervention s'est élargi au cours des dernières décennies en matière de dépistage, de rééducation, de réadaptation, d'exploration des troubles de la vision.**

**Avec le déficit annoncé et déjà actuel du nombre d'ophtalmologistes, nous sommes de plus en plus sollicités et les nouveaux contrats de coopération pour les soins visuels (décret du 6 février 2017) dont nous parlerons plus loin, devrait soutenir notre intégration dans des maisons ou centres de santé.**

## QU'EST-CE QU'UNE MAISON ET UN PÔLE DE SANTÉ ?

Une maison de santé est un lieu dans lequel des professionnels de santé des soins de première attention exercent leur activité. Un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé ou de maisons de santé. Une maison de santé ou un pôle de santé rassemble dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins primaires, médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, sage femmes, psychologues, podologues, diététiciens, chirurgiens-dentistes,... et travailleurs sociaux unis par une charte, un projet de santé et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients sur le territoire. Il est démontré qu'un regroupement de professionnels de soins de santé primaire stabilise la démographie localement, améliore la qualité des soins et diminue le coût des soins.

## ÉTAT DES LIEUX

Il existait au moins 650 maisons de santé en mars 2015 en France, et plus de 1 000 projets. Ce mode d'exercice regroupé est de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes professionnels. Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels, à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie. Les différents modes de coordination reposent entre autres sur l'exercice protocolé, le partage des informations, les réunions de concertation mono ou pluri professionnelles, la continuité des soins, le suivi coordonné des cas complexes, l'éducation thérapeutique des patients, la maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance écrite des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement et le contenu d'une charte.

Les maisons de santé nécessitent un investissement important d'un leader pour mener à bout le projet, puis assurer la continuité. Elles constituent un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à un cabinet "classique".

La réorganisation de l'exercice par les regroupements professionnels en maisons et pôles de santé permet de répondre à quelques défis :



- Améliorer la répartition territoriale des professionnels et fixer des unités de soins pérennes
- Engager des démarches qualités et d'évaluation des pratiques pluri professionnelles
- Améliorer le management de la santé de la population prise en charge
- Réorienter l'offre de soins vers une prise en compte de la santé
- Rompre l'isolement professionnel et lutter contre le "burn out" des professionnels de santé

## Comment créer une MSP ou pôle de santé ?

Que ce soit pour une « configuration » monosite ou multisites, la démarche sera la même.

Compte tenu de son mode de financement (NMR- nouveaux modes de rémunération- et SISA), dans tout projet de MSP, il faut au préalable élaborer un projet de santé (cf. article L.6323-1 du code de santé public)

Ce document est à déposer à l'ARS (Agence Régionale de santé).

### COMMENT ÉLABORER VOTRE PROJET DE SANTÉ ?

Selon le cahier des charges de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), voici quelques recommandations pour établir ce projet de santé :

#### → Le diagnostic

Il s'agit d'établir un diagnostic des besoins du territoire où l'équipe prévoit d'intervenir.

Le projet de santé doit s'inscrire dans le SROS (schéma régional de l'offre de soin) publié par l'ARS et consultable sur son site Internet. Les données sur la population, l'épidémiologie, la démographie des professionnels de santé peuvent être collectées auprès de l'ARS, l'INSEE, les Ordres des professions de santé, les Observatoires régionaux de santé, certaines URPS...

#### → L'organisation de l'équipe et la prise en charge des patients

Le projet décrit la composition de l'équipe pluri professionnelle (nom et métier de

chacun) et identifie les responsabilités de chacun. Il renseigne sur les points d'organisation de la structure et de la prise en charge coordonnée des patients : secrétariat commun, horaires d'ouverture, conditions d'accès aux soins, dont les soins non programmés, actions coordonnées prévues entre les professionnels, organisation du partage d'information, accès des patients à leur dossier, actions de prévention, actions pour prendre en charge des maladies chroniques, éducation thérapeutique, mise en œuvre de télémédecine, accueil des stagiaires...

Ce document aborde aussi les partenariats envisagés avec d'autres structures (hôpitaux, Ehpad, services sociaux, Clic, Maia, réseaux de santé, associations d'usagers, universités...)

Chaque projet de soin est unique, adapté à l'équipe et aux besoins du territoire.

Pour des demandes de financement, les ARS veillent à la cohérence locale. Elles peuvent aller à la rencontre des équipes ou faire appel à des organisations existantes dans les régions.

### QUI SONT LES SIGNATAIRES DU PROJET DE SANTÉ ?

Le projet de santé est souvent porté par une association qui regroupe les professionnels de santé de la MSP et plus largement les professionnels de santé exerçant à proximité. Ils seront chacun individuellement signataires du projet de santé. Les hôpitaux, EHPAD, Clic ou autre peuvent également être signataires. La composition du groupe de signataires peut être plus large que la SISA, (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) créée pour entrer dans les NMR (nouveaux modes de rémunération).

Un projet de santé est appelé à évoluer avec le temps en tenant compte des nouvelles priorités de la MSP.

## La SISA, Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

Créée en août 2011, la SISA est sur le plan juridique et fiscal d'abord une SCM. Avec le développement des nouveaux modes de rémunération, il a été nécessaire de créer ce nouveau statut juridique. Contrairement à une SCM ou une association Loi de 1901, la SISA peut percevoir elle-même des rémunérations et des subventions pour les seules activités réalisées en commun de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé constituant ses membres (nouveaux modes de rémunération). Ces derniers peuvent être des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, paramédicaux conventionnels ou non (ostéopathes, psychologues, ergothérapeutes, etc...)

**La SISA ne peut exister que si elle comprend parmi ses membres au moins deux médecins et un auxiliaire médical** or avec ce strict minimum, le moindre départ rend son existence caduque. Il est donc judicieux de réunir plusieurs professionnels.

Ses statuts doivent être transmis aux Ordres professionnels dont dépendent ses membres, ainsi qu'à l'ARS.

La gestion de la SISA est complexe et doit être confiée à un comptable qui en comprend le fonctionnement. Depuis le 1er janvier 2017, la SISA peut faire le choix de quitter le régime des BNC pour celui de l'impôt sur les sociétés (la SISA paie en son nom selon ses bénéfices) cf. article AGAPS dans ce numéro.

**Afin que la maison de santé pluri professionnelle puisse bénéficier des forfaits équipes (NMR), elle doit créer une SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) et s'inscrire dans le cadre de l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel).**



## MODE D'EMPLOI DE LA SISA

### Quand envisager de créer une SISA ?

Lorsque la MSP (Maison de santé pluri professionnelle) est engagée dans les NMR (nouveaux modes de rémunération), le délai est de 6 mois après la signature de l'engagement avec la CPAM et l'ARS.

### Peut-on constituer une SISA sans exercer au même endroit ?

Oui, s'il s'agit d'une structure pluri professionnelle « hors les murs » constituée d'au moins deux médecins et d'un auxiliaire médical.

### Comment créer une SISA ?

Ceci est assimilable à la création et à la transformation des sociétés civiles, à savoir la rédaction des statuts, l'enregistrement des statuts auprès des services des impôts, ouverture d'un compte professionnel auprès d'une banque, etc.

## L'ACI, accord conventionnel interprofessionnel, une avancée majeure pour le travail en équipe

Pour percevoir les rémunérations de l'assurance maladie, la maison de santé pluri professionnelle doit s'inscrire dans le cadre de l'ACI. L'ACI a été signé par 12 syndicats dont le SNAO le 20 avril 2017. D'autres nouvelles signatures sont arrivées à la CNAMTS les jours suivants.

Cet accord met fin au règlement arbitral de 2015 et ouvre une pérennisation du cadre conventionnel pour les équipes pluri professionnelles.

L'ACI est conclu pour 5 ans et sera renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

L'ACI va apporter plus de moyens aux équipes déjà engagées dans un contrat et l'accès au forfait d'équipe sera plus facile

pour les professionnels dans des maisons et centres de santé.

Le nouveau barème augmente fortement la rémunération liée aux fonctions de coordination, au travail en équipe des professionnels (réunion de concertation et protocoles pluri professionnels) et au déploiement d'un système d'information partagé entre les différentes catégories de professionnels.

Un nouveau système d'informations partagé labellisé ASIP santé devrait voir le jour. Il facilitera les échanges entre les professionnels en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

## L'ACI EN PRATIQUE

### A qui s'adresse l'ACI ?

Aux maisons de santé monosite ou multisites et aux centres de santé.

Il est nécessaire d'avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le Projet Régional de Santé.

La rémunération est calculée sur la base de toute une série d'indicateurs. A chaque indicateur est attribué un nombre de points. Le nombre de points peut être fixe ou variable en fonction de la taille de la patientèle « médecin traitant » ou du nombre de professionnels de santé pour le critère système d'information.

La patientèle de la structure correspond au nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés à la SISA ou un des médecins salariés du centre de santé.

## QUELLES SONT LES MODALITÉS DE SIGNATURE D'UN CONTRAT ACI POUR UNE SISA OU UN CENTRE DE SANTÉ AVEC L'ASSURANCE MALADIE ET L'ARS ?

Elle se fait selon plusieurs critères :

### Les horaires d'ouverture

Ouverture de la structure de 8H à 20H en semaine et de 8H à 12H le samedi matin et pendant les congés scolaires (pas de nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents sur l'amplitude des horaires)

Il y a minoration des points si l'amplitude des horaires est réduite.

### Accès des soins non programmés

### chaque jour ouvré

Il est demandé une disponibilité des différents professionnels de santé pour une régulation des demandes (physiques et téléphoniques) et possibilité de consultations de soins non programmés.

### La fonction de coordination

Elle regroupe 4 grandes catégories de mission :

- Animation de la coordination interprofessionnelle
- Coordination des parcours et dossiers de patients
- Suivi du système d'information et organisation du travail de production des données de santé
- Relations avec l'assurance maladie, l'ARS et les collectivités ...

### Elaboration de protocoles pluri professionnels

Ces protocoles sont élaborés pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Ces protocoles doivent être conformes aux recommandations, être adaptés à chaque équipe, répondre à un vrai besoin, préciser les interventions de chaque professionnel et être réactualisés régulièrement...

### Concertation pluri professionnelle

Il s'agit d'organisation de réunions de concertation entre les professionnels de la structure autour du cas des patients relevant de certains thèmes. Un compte-rendu de la réunion est à intégrer dans le dossier informatique du patient.

### Système d'information niveau standard

Il s'agit d'un système d'information partagé entre les professionnels de santé ayant obtenu la labellisation « maisons et centres de santé » de l'ASIP santé.





## Quelles aides financières pour créer une MSP ?

Sur la base des premiers éléments du projet de santé, les ARS peuvent apporter un appui méthodologique et également accorder le financement d'une étude de faisabilité effectuée par un cabinet spécialisé (offre de soins, organisation de l'équipe, gestion...) Peuvent suivre des aides au démarrage pour l'équipement ou le système d'information partagé.

Les demandes de financement pour les locaux sont classiquement adressées aux collectivités territoriales (municipalité, communauté de communes, région) ou européennes.

Le dépôt du projet de santé à l'ARS est un préalable indispensable obligatoire à la signature du contrat tripartite entre la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), l'ARS et la CPAM pour accéder aux forfaits équipes.

Donc en résumé :

### **Pour les locaux : Les collectivités locales**

Pour la construction ou la réhabilitation d'un bâti, il faut contacter les collectivités territoriales.

Si une collectivité locale finance la construction d'une MSP, les professionnels de santé à l'origine du projet de santé, seront locataires avec parfois une option d'achat.

Les communes ou communautés de communes font souvent appel à des co-financements (départementaux, régionaux, européens, de l'Etat...) Les ARS valident le projet de santé. Dans certaines régions, les professionnels de santé devront déposer des dossiers auprès de chaque collectivité, dans d'autres, des comités associant les différentes parties (région, conseil départemental, collectivités locales, ARS, URPS...) valident ensemble le principe de financements.

Certaines régions ont fixé un cadre. La région IDF par exemple, a arrêté le plafond de sa participation financière à 330 000 euros pour la partie acquisition foncière et travaux, auxquels peuvent s'ajouter 150 000 euros pour l'équipement. A Paris, Paris Med' aide les professionnels



de santé à trouver des locaux aux loyers abordables et propose de financer une partie des travaux.

### **Pour la phase d'élaboration du Projet de santé et la phase de démarrage : Le FIR (fonds régional d'intervention)**

Les ARS ont pu établir un cahier des charges « maisons de santé » pour cadrer les demandes et les allocations qu'elles attribuent via le FIR. Elles interviennent dans le financement de la phase d'élaboration du projet de maison de santé (aide avec un consultant) et dans la phase de démarrage (système d'information, matériels collectifs divers, etc.)

### **Pour les aides au fonctionnement : les forfaits équipes et ponctuellement le FIR**

Pour percevoir les forfaits équipes, un contrat doit être signé entre la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), le CPAM et l'ARS.

Cette rémunération finance un travail d'équipe pluri professionnelle et est calculée une fois par an par la CPAM et varie en fonction de l'atteinte des résultats. Elle est versée en avril à la SISA (solde + acompte pour l'année en cours) Par exemple, pour l'année 2015, la moyenne

des forfaits a été de l'ordre de 40 000 euros pour les SISA monosite et de 57 000 euros pour les multisites avec des variations en fonction de la taille de la SISA et de sa patientèle.

### **Aides FIR (fonds régional d'intervention)**

Des appels à projets sont lancés par les ARS pour déployer des actions prévues par le Projet régional de santé. Les équipes des MSP peuvent y répondre si cela entre dans les actions de leur projet de santé. Des aides ponctuelles peuvent être sollicitées pour le système d'information partagé, l'investissement pour la télémédecine... Des programmes d'éducation thérapeutique peuvent être également financés, des aides financières apportées dans les territoires d'expérimentation PAERPA.

## **P RÊT À VOUS LANCER DANS UN PROJET DE MSP ? ALORS QUI CONTACTER EN PREMIÈRE INSTANCE ?**

La Direction départementale de l'ARS et bien sûr, votre Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé (cf. site FFMPs). Ces instances ont connaissance des spécificités et des interlocuteurs locaux.



## La Fédération Française des maisons et pôles de santé FFMPs

La FFMPs soutient de nombreux professionnels de santé promoteurs de MSP.

### Son rôle :

- Représenter les maisons et pôles de santé
- Apporter un soutien au développement des maisons et pôles de santé et autres organisations permettant le regroupement de professionnels de santé, dans la perspective de réseaux de soins de proximité
- Apporter une aide et un soutien aux professionnels de santé des maisons de santé et autres regroupements dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation des soins de proximité,

de la maîtrise de stage, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles

→ Participer à l'élaboration et à la mise en place d'actions de santé publique spécifique et pluridisciplinaire (programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé notamment)

→ Constituer une force de proposition auprès des pouvoirs publics, des institutions, et des collectivités pour la prise en charge des demandes de soins de proximité

La demande d'aide est importante de la part d'équipes de professionnels de santé n'étant pas toujours en capacité de monter un projet eux-mêmes ou de jeunes professionnels en fin de formation et confrontés au souci de l'installation. Ils ont besoin de modèles.

La FFMPs a suscité la création de fédérations régionales qui accompagnent les professionnels de santé porteurs de projets de regroupement. Ces fédérations régionales travaillent en partenariat

### LA FFMPs REGROUPE 19 FÉDÉRATIONS RÉGIONALES ET COMPTE DES CORRESPONDANTS DANS TOUTES LES RÉGIONS :

FEMALSACE (Alsace)  
 FNAMPOS (Nouvelle Aquitaine)  
 FEMAGISB (Bourgogne)  
 ESSORT (Bretagne)  
 FMPS-C (Centre)  
 FEMACHAMP (Champagne-Ardenne)  
 E CASE MEDICALE (Corse)  
 FEMASAC (Franche Comté)  
 FORTSPRO (Normandie)  
 FEMASIF (Ile de France)  
 FORMS (Occitanie Roussillon)  
 FEMALOR (Lorraine)  
 GMPSOI (Ile de la Réunion)  
 FEMASNORD (Nord Pas de Calais)  
 FEMASPACA (Provence Alpes Côte d'Azur)  
 APMSL-PDL (Pays de la Loire)  
 FPMPS (Picardie)  
 FEMASAURA (Auvergne Rhône Alpes)  
 FEMAG (Guadeloupe-Martinique-Guyane)

### Pour en savoir plus :

<http://www.ffmps.fr/>

avec ARS, préfecture de région, Conseil Régionaux, Conseils Généraux, URPS, et au sein des CRSA, des comités techniques et de sélection pour répondre aux demandes.

### VOUS AVEZ LA PLUPART DES CARTES EN MAIN POUR VOUS LANCER.

Donc n'hésitez pas à contacter la fédération des maisons et pôles de santé de votre région ainsi que votre agence régionale de santé qui seront vous aiguiller et vous apporteront l'aide nécessaire à la concrétisation de votre projet. Bonne chance et bon courage !

LAURENCE PACHE

### Sources :

Revue ESOP (revue des équipes de soins primaires) n° 3 de janvier 2017  
 Revue ESOP n°4 avril 2017  
 Revue ESOP n° 5 juillet 2017  
 Revue Le concours médical n°4 avril 2017  
 Site de la FFMPs



# LES CONTRATS DE COOPÉRATION POUR LES SOINS VISUELS

Ces contrats dont nous vous parlons depuis des années, sont devenus opérationnels et applicables.

**R**appelons nous que c'était à l'occasion de leurs examens dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016 (PLFSS), examiné par les parlementaires fin 2015, qu'avait pris forme l'opposition de toute la profession unie autour d'un mot d'ordre de grève générale avec comme revendication le remplacement du mot « auxiliaire médical » par « orthoptiste » dans le texte soumis au vote de l'Assemblée Nationale. En effet, à cette époque, les services du ministère de la santé n'avaient pas voulu accéder à nos demandes cordiales arguant que « bien entendu, les ophtalmologistes n'emploieraient que des orthoptistes et jamais aucun autre paramédical ! ».

Pas tombé de la dernière pluie, le SNAO n'avait jamais baissé les bras malgré les menaces proférées et les pressions subies et avait réussi à faire plier le Cabinet de la Ministre grâce à la mobilisation sans faille de toute la profession, obtenant ainsi la seule modification au PLFSS 2016 de toutes les professions médicales et paramédicales.

**Ces contrats comportent plusieurs volets :**

- la formation d'étudiants en orthoptie dans des cabinets d'ophtalmologie
- l'embauche d'orthoptistes par des médecins ophtalmologistes de secteur I ou ayant souscrit à l'OPTAM
- l'aide à l'équipement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et des Centres de Santé afin qu'un orthoptiste puisse réaliser de nombreux actes même hors de la présence d'un ophtalmologiste.

## LA FORMATION

Concernant le premier alinéa, nous tenons à rappeler que la SNAO n'est pas favorable à l'entrée des étudiants en orthoptie dans les cabinets d'ophtalmologie selon la forme décrite dans le contrat. Tout d'abord, nous estimons que si le volet de formation pratique peut être confié aux cabinets d'ophtalmologie de ville, tous les étudiants de TOUTES LES

ANNEES d'étude devraient pouvoir en bénéficier.

La limitation aux seuls 3èmes années est claire : permettre aux cabinets d'augmenter la file active des patients en confiant aux stagiaires une partie de l'aide à la consultation comme pour n'importe quel orthoptiste diplômé (avec une rémunération moindre, cela va sans dire).

L'esprit du stage est, selon notre point de vue, dévoyé.

Un stagiaire, dans un cabinet quel qu'il soit ou dans une entreprise, est là pour apprendre et fait plus perdre de temps à son maître de stage et à son « employeur » qu'en gagnant.

Ici, c'est totalement l'inverse qui se produit : le stagiaire fait gagner du temps et de l'argent au cabinet dans lequel il se trouve.

Ensuite, ne faire connaître aux futurs orthoptistes que le volet d'aide à la consultation et d'exploration fonctionnelle qu'ils côtoient déjà énormément en stage dans les CHU, les prive de connaître, de pouvoir apprendre et de pratiquer les 2 autres grandes compétences des orthoptistes : la rééducation et la réadaptation.

Nombre de jeunes diplômés nous informant, depuis des années, qu'ils n'ont fait qu'effleurer ces 2 thèmes lors de leurs 3 années d'étude et, par conséquent, ne se sentent pas prêts à aller autre part que dans les cabinets d'ophtalmologie pour débiter leur carrière.

Ce volet des contrats ne peut aboutir qu'à renforcer cette primauté au détriment des volets rééducatifs et réadaptatifs.

Enfin, le SNAO estime que les cabinets d'orthoptie sont lésés et subissent une spoliation supplémentaire.

Lors de la réingénierie de la formation, tout le volet « stage en cabinet d'orthoptie » des étudiants avait été pour le moins bâclé pour ne pas dire totalement vidé du sens que les rédacteurs avaient voulu y mettre.

Les services du Ministère de l'Ensei-

gnement Supérieur avaient eux-mêmes rédigé les quelques lignes s'y rapportant sans concertation aucune avec les représentants de la profession.

Et on se retrouve aujourd'hui avec un texte qui dit que les étudiants peuvent et doivent aller en stage dans les cabinets d'orthoptie en ville mais dans lequel rien n'est défini : ni les modalités, ni les critères pour devenir maître de stage, ni le suivi des stagiaires et surtout pas la rémunération des orthoptistes libéraux.

Le contrat de coopération pour les soins visuels, de son côté, décrit parfaitement l'ensemble de ces points :

- la rémunération de l'ophtalmologiste libéral (1800€ pour la formation d'un orthoptiste pendant douze semaines)
- la rémunération du stagiaire (1260€) mais RIEN sur la rémunération de l'orthoptiste employé – maître de stage

De plus, et cerise sur le gâteau, la Loi stipule qu'un orthoptiste recevant un stagiaire dans son cabinet « ne peut accroître sa patientèle grâce à son stagiaire » alors que le contrat de coopération pour les soins visuels est, exprès, bâti pour accroître la patientèle de l'ophtalmologiste.

Il est à noter, qu'aucune rémunération du stagiaire en cabinet d'orthoptie n'est prévue si ce dernier arrive, malgré les écueils, à faire un stage auprès d'un collègue de ville.

On comprend aisément, de manière explicite, pourquoi tout ceci a été si bien construit !

Le SNAO a commencé les démarches pour mettre fin au plus vite à cette différence de traitement inique et discriminatoire.

## L'EMBAUCHE

Les médecins ophtalmologistes de secteur I ou ayant souscrit à l'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée : schématiquement, les médecins de secteur II qui acceptent de faire un pourcentage de leurs consultations en secteur I) pourront recevoir une aide financière de



30000€ sur trois ans pour une embauche d'un orthoptiste ainsi qu'une rémunération optionnelle en fonction d'objectifs complémentaires sur l'augmentation du flux de patients définis, pouvant aller jusqu'à 9000€

L'augmentation du nombre de patients différents devra atteindre 10 % la première année, 20 % la deuxième année et 25 % la troisième année au regard du nombre de patients différents reçus en consultation durant l'année civile précédant la conclusion du contrat; cette année civile servant d'année de référence pour le suivi de cet engagement.

L'augmentation annuelle du nombre de patients non connus pris en charge doit être de + 10 % par an par rapport aux deux années précédentes et l'augmentation annuelle de la part d'enfants de moins de seize ans doit être de + 5 % par an.

L'orthoptiste embauché devra avoir un exercice minimum de 16H par semaine et devra avoir un poste dédié au sein du cabinet, cabinet qui doit se doter d'un secrétariat et d'un Système d'Information partagé.

Après l'introduction des protocoles organisationnels dans notre décret de décembre 2016 (cf Œil en Coin précédent), ces contrats sont censés inciter les OPH de Secteur I à embaucher des orthoptistes pour pratiquer l'aide à la consultation.

Selon le SNOF, seuls 11 % d'ophtalmologistes en secteur I ont déjà franchi le pas. Le contrat de coopération pour les soins visuels est conclu entre l'ophtalmologiste, la CPAM et l'ARS.

#### **Les conditions suivantes sont requises :**

- L'employeur n'emploie pas d'orthoptiste à la date de la signature du contrat
  - L'employeur ne peut avoir procédé au licenciement d'un orthoptiste dans un délai de douze mois précédant la signature du contrat de coopération, ni avoir mis fin à un contrat à durée déterminée ou à la période d'essai d'un orthoptiste dans les six mois précédant la signature du contrat
  - Un médecin ne peut signer plus d'un contrat
  - Il ne peut être établi plus de deux contrats de coopération concernant un même orthoptiste
- Si l'ensemble des critères est respecté

et atteint, l'ophtalmologiste employeur recevra :

- 15 000 euros la première année du contrat
- 10 000 euros la deuxième année du contrat
- 5 000 euros la troisième année du contrat
- 1 300 euros par an pour l'augmentation annuelle du nombre de patients
- 1 300 euros par an pour l'augmentation annuelle de la part d'enfants de moins de 16 ans
- 1 200 euros une seule fois pour la durée du contrat pour la formation des personnels du secrétariat au repérage et à la gestion des urgences

### **LES MSP**

Le 3ème alinéa concerne particulièrement les Maisons de Santé Pluridisciplinaires ainsi que les Centres de Santé.

Le but est de favoriser le développement d'une offre de soins ophtalmologiques en incitant ces structures à développer les coopérations entre professionnels de santé de la vue (Orthoptistes et Ophtalmologistes), pour la réalisation de consultations ophtalmologiques.

Le contrat prévoit le versement d'une rémunération à la structure comportant un forfait pour l'aide à l'investissement (partie fixe) et une aide pour l'activité de coopération (partie variable) en contrepartie de la réalisation d'objectifs afin d'accompagner ces structures dans le développement d'une offre de soins visuels et inciter au développement des protocoles de coopération dans ce champ.

Afin de percevoir une rémunération pour leur activité de coopération, les maisons de santé devront être constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

#### **Ces structures s'engagent :**

- à effectuer les investissements nécessaires à l'implantation d'une offre de soins ophtalmologique en leur sein
- à réaliser les activités en coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste
- à respecter les tarifs opposables dans le cadre des activités en coopération
- disposer d'une messagerie sécurisée permettant l'échange de données entre l'orthoptiste ou un professionnel de la structure et l'ophtalmologiste à distance
- prévoir un temps d'activité de l'or-

thoptiste exerçant dans la structure (salarie ou libéral selon le type de structure) représentant au moins deux demi-journées par semaine, cette durée de travail étant appréciée sur l'ensemble de l'année

→ être engagées dans un partenariat formalisé avec un ou plusieurs ophtalmologistes

→ prévoir une procédure permettant à la structure d'orienter dans un délai raisonnable le patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique

Le forfait d'aide à l'investissement prévoit le versement de :

→ 8 000 € dont 7 000 € au titre de l'achat de l'équipement nécessaire listé ci-dessous, sous réserve de présenter les factures correspondantes et de réaliser au moins 300 actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes ou de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes.

Pour la première année, l'objectif est porté à 150 actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes ou de dépistage de la rétinopathie diabétique ;

→ 1 000 € au titre de la participation d'ophtalmologistes à l'activité de coopération (par exemple : constitution d'un pool d'ophtalmologistes, formation d'orthoptistes à la délégation, temps de secrétariat).

Le forfait activité, lui, est versé au titre de l'activité réalisée en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes.

Celui-ci est versé par an en fonction de l'atteinte d'objectifs relatifs au nombre et au volume d'activités réalisées en coopération différentes mise en œuvre durant l'année comme suit :

- 1) activité relevant de la coopération dans le domaine visuel facturable à l'assurance maladie parmi : bilan visuel, dépistage de la rétinopathie diabétique :
  - pour la première année du contrat, entre 100 et 200 actes par activité : 500 € ;
  - entre 200 et 300 actes par activité : 1 000 € ;
  - au-delà de 300 actes : 2 000 € ;
- 2) activité sur prescription : activité d'orthoptie sur prescription médicale, à l'exclusion de la rééducation et du bilan orthoptique :
  - pour la première année du contrat,



entre 50 et 100 actes par activité : 250 € ;  
 → entre 100 et 150 actes par activité : 500 € ;  
 → au-delà de 150 actes : 1 000 € ;  
 3) participation à un ou plusieurs protocoles expérimentaux non rémunérés par ailleurs, validés par la HAS s'ils prévoient une délégation : par exemple, suivi de la DMLA stabilisé, suivi du glaucome stabilisé, de la cataracte non opérée : 2 000 €.

Il est à noter que contrairement aux contrats en direction des ophtalmologistes de ville, le contrat est signé pour une durée de 3 ans renouvelable.

Le matériel pris en charge dans le cadre de ce contrat est :

- 1) appareillage ophtalmologique :
  - kératomètre-réfractomètre ;
  - rétinographe ;
  - tonomètre à air pulsé ;
  - appareil automatisé en périmétrie statique ;
  - tomographe en cohérence optique ;
- 2) autres investissements :

- fauteuil ou table motorisés ;
- petit matériel comprenant des tests de vision (dessins et lettres) ;
- échelles de test ;
- verres et lunettes d'essai ;
- abonnement à une plate-forme de télé-médecine.

Nous savons plusieurs MSP déjà intéressées par ces projets et espérons que cette possibilité séduira des orthoptistes qui pourront, ainsi, pratiquer un exercice de première intention auprès de populations souvent en déshérence d'ophtalmologistes. Ces orthoptistes pourront, sur prescription des médecins de la MSP pratiquer l'ensemble des activités recensées ci-dessus, y compris celles ne bénéficiant pas de Nomenclature. Les aides à l'activité versées à la structure devront se négocier pour revenir à l'orthoptiste qui pourra, ainsi, compléter son activité soit au sein de la MSP (rééducation et réadaptation) soit en dehors, dans son cabinet propre.

Le but affiché est de faire venir des orthoptistes dans ces MSP pour deux ou plusieurs demi-journées par semaine pour créer un pôle d'attraction et de réception des patients qui ne peuvent avoir un accès rapide à un ophtalmologiste.

Nous suivrons de près ce dossier et comptons sur vous pour nous faire remonter les informations d'implantation, de difficultés rencontrées mais aussi de réussite.

LAURENT MILSTAYN

**Pour avoir tous les détails, vous pouvez consulter les textes légaux suivants :**

1) Journal Officiel n°0101 du 29 avril 2017, paru le 11 mai 2017.

Décision du 27 avril 2017 relative aux contrats de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016

NOR: AFSS1712689S

2) La circulaire fixant les instructions aux agences régionales de santé (ARS) et aux caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) INSTRUCTION N°DSS/SD1/1B/2017/260 du 30 août 2017 relative à la mise en oeuvre des contrats de coopération pour les soins visuels Validée par le CNP le 28 juillet 2017 - Visa CNP 2017-98

NOR: SSAS1724727J

## Être orthoptiste en maison de santé pluri-professionnelle

*Diplômée en 2009 à PARIS, je me suis lancée dans l'aventure libérale après avoir fait quelques remplacements en octobre 2011 dans une Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP). Je travaille actuellement à mi-temps en libéral en MSP et à mi-temps en milieu hospitalier. Il était important pour moi, dès le départ, de pouvoir concilier les deux activités afin de conserver une diversité des pratiques.*



**U**ne MSP est un regroupement de médecins et paramédicaux qui peut être éligible à un financement de l'ARS afin de pouvoir équiper les professionnels. Un cahier des charges doit être validé afin de bénéficier de cette aide.

Nous sommes actuellement 13 professionnels de santé (PS) dans la MSP, 7 médecins généralistes (MG) dont 2 remplaçants, 3 infirmières (IDE), 1 kinésithérapeute (MK), 1 orthophoniste et moi-même.

Nous travaillons avec un logiciel commun, Chorus d'International Cross Talk, qui était le seul logiciel labélisé pour les MSP au moment de la création de notre groupement. Le challenge a été de le rendre accessible à tous les PS,

IDE, MK, MG. Nous avons chacun exprimé ce que nous voulions dans le logiciel avant le démarrage. Pour ma part, je souhaitais un dossier informatisé où le bilan orthoptique et le suivi de rééducation puissent être consignés et que les comptes-rendus se fassent facilement. Je voulais aussi un lecteur de carte vitale de base car je ne comptais pas faire de visites à domicile.

Lorsque j'ai découvert le logiciel, j'ai pu constater qu'il n'était pas tout à fait adapté à ma profession : les comptes-rendus n'étaient pas réalisables, le suivi était difficile et non intuitif. J'ai donc décidé de faire des dossiers papier en attendant de trouver une solution avec le logiciel. Hormis cela, il était possible de créer un dossier patient avec les données ad-

ministratives, d'imprimer des DAP, d'effectuer des feuilles de soins sécurisées, et surtout de pouvoir les générer en mode dégradé en l'absence de la carte vitale du patient.

**L**orsque l'on m'a proposé de m'installer dans cette MSP, je n'ai pas hésité car j'ai toujours voulu travailler avec d'autres professionnels. J'aime avoir des échanges réguliers avec les collègues et cela me correspondait parfaitement. Nous nous réunissons tous les mois afin de régler les problèmes divers qui peuvent se poser au sein de la MSP, comme dans n'importe quel regroupement de professionnels (EDF, téléphonie, etc.). Puis nous évoquons aussi le partenariat avec des structures du quartier dans lequel nous sommes implantés, envisageons de travailler en commun sur des protocoles, etc.

Nous avons donc pu développer des partenariats avec des réseaux tels que le réseau paris diabète, le réseau périnatalité paris nord-est, PAERPA, CLIC, halte-garderie. La plupart du temps, les sujets ne semblaient pas me toucher en tant qu'orthoptiste et je n'y trouvais pas forcément ma place.

**M**ais après quelques échanges, j'ai pu commencer à effectuer des demi-journées de dépistage dans la halte-garderie. Et lorsque le dépistage de la rétinopathie diabétique a eu sa propre codification, je me suis lancée dans ce projet en accompagnement avec l'ARS, le réseau paris diabète et mes collègues qui me soutenaient énormément.

Grâce aux contacts que l'on avait avec les différentes structures, nous avons pu récupérer gracieusement un rétinographe. Mais les ophtalmologistes n'étant pas nombreux à vouloir interpréter les clichés, j'ai dû attendre un an et demi avant de mettre en place mon dépistage, et ce,



grâce à la création d'une plateforme de lecture. A présent, j'effectue une demi-journée hebdomadaire de dépistage de la rétinopathie diabétique. Avoir des médecins prescripteurs sur place s'avère être d'une grande utilité. Même s'ils prescrivent les photos du fond d'œil, cela reste parfois insuffisant et je peux avoir plusieurs après-midis sans patients. Comme nous avons des contacts avec d'autres MSP, le réseau a été mis au courant et se met en place au fur et à mesure. Nous avons la chance de bénéficier de rémunérations par la CPAM car nous sommes en SISA (Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires) et que nous avons un projet de soin commun qui valide un cahier des charges. Dans ce projet nous nous engageons, entre autre, à avoir un secrétariat physique et téléphonique, d'avoir des protocoles de soin qui répondent à des missions de santé public, d'effectuer des réunions de staff patient (où nous parlons de cas particuliers), etc.

**E**n tant qu'orthoptiste, j'interviens peu dans ces réunions. Comme la plupart des critères touchent les soins primaires, cela va s'adresser d'avantage aux médecins généralistes ou aux infirmières. Donc je me suis proposée en tant que gérante de la SISA pour avoir plus d'implication dans le groupe. Cela me donne du travail administratif en plus mais ce n'est pas désagréable car je suis en cogé-

rance. J'essaie de participer le plus possible aux protocoles lorsque j'en ai la possibilité. Par exemple, nous avons mis en place des semaines de vaccination où nous demandons à tous les patients d'apporter leur carnet de santé/vaccination, et nous leur fournissons une fiche avec les vaccins à effectuer si besoin. Chaque professionnel est formé sur le calendrier vaccinal et même

si ce n'est pas mon domaine, c'est toujours intéressant de pouvoir conseiller les patients.

**D**'un point de vue orthoptique, je continue de pratiquer des bilans et rééducations en plus des dépistages et beaucoup de mes patients sont suivis par d'autres professionnels au sein de la structure. Ce qui est souvent un avantage grâce à l'unité de lieu, pour le confort du patient, la possibilité d'accès au dossier informatique du patient, et surtout pouvoir discuter de la prise en charge. Je n'ai toujours pas informatisé mes dossiers après 6 ans, et je suis toujours sur dossier papier. Mais ceci est en cours d'évolution !

Dans mes projets au sein de la MSP, j'aimerais pouvoir établir un protocole de dépistage d'amblyopie, et des troubles oculaires avec les autres professionnels. Ayant la chance de travailler avec une orthophoniste, il serait intéressant de développer un protocole sur les troubles des apprentissages, troubles neurovisuels chez l'adulte comme chez l'enfant. Grâce aux nouveaux protocoles organisationnels qui encadrent les MSP, j'espère pouvoir, dans le futur, trouver un ophtalmologiste prêt à travailler en collaboration avec moi afin de faire évoluer mon type d'exercice.

**P**our conclure, travailler dans cette structure est très enrichissant aussi bien professionnellement qu'humainement. Nous sommes amenés à tisser des liens avec les collègues. Une bonne entente ainsi qu'une ambiance sereine, sont des critères importants, surtout lorsque nous devons travailler en collaboration les uns avec les autres.

**HOUZAILLEFATA MOHAMED**  
ORTHOPTISTE ADMINISTRATRICE AU SNAO

**J'aime avoir des échanges réguliers avec les collègues et cela me correspond parfaitement. Nous nous réunissons tous les mois afin de régler les problèmes qui peuvent se poser au sein de la MSP.**



# UN ŒIL ATTENTIF SUR... NOS RÉGIONS

*Nos délégués régionaux et les présidents des urps s'expriment sur la situation au sein de leurs régions.*

Nous accueillons cinq nouveaux délégués régionaux pour la **Bretagne**, la **Corse**, le **Grand Est**, la **Normandie** et la **Nouvelle Aquitaine**. Qu'ils soient remerciés pour leur engagement pour la défense et la promotion de notre profession !

## NOUVELLE AQUITAINE

Ingénieur en Environnement, je me suis réorienté vers la santé et c'est l'Orthoptie qui s'est présentée à moi tout naturellement.



Depuis le début de mes études à ma pratique d'aujourd'hui, l'évolution de l'orthoptie est continue et les recherches en cours nous montrent que les années futures sont prometteuses.

L'investissement du syndicat n'est pas étranger à toute cette évolution et il est tout naturel que je m'investisse à mon tour pour apporter ma pierre à l'édifice. **PIERRICK PAVIO**

## GRAND EST

Diplômé de feu l'école de Nancy en 1992, j'ai créé mon cabinet en 1993 après 10 mois d'exercice ô combien formateur à l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest. En 1997, j'ai été sollicité pour rejoindre les équipes de l'Institut d'Éducation Sensorielle de Moselle où j'ai créé le poste d'orthoptiste, et où j'exerce encore aujourd'hui, toujours à temps partiel, secondé par deux collaboratrices.

J'ai adhéré au SNAO car, très rapidement, j'ai pris conscience que tout serait immuable sans un syndicat fort, donc représenté et indivisible. En l'an 2000, Frédérique Serra m'a proposé de siéger à ses côtés en Commission Paritaire Régionale et d'être le correspondant départemental pour la Moselle ; c'est là qu'a débuté mon action syndicale. À nouveau sollicité à la création des URPS, j'en devins le secrétaire général.



À l'occasion de la création des grandes régions, j'ai cédé mon poste de secrétaire général pour celui de président de la commission de contrôle. Ma candidature au poste de délégué régional en grand' Est n'a pas été un choix personnel mais répond à la nécessité impérieuse de représenter, fédérer et défendre notre profession.

**YANNICK MOUJON**

## NORMANDIE



Diplômée de l'école de Rennes en 2000, j'ai exercé principalement en libéral dans plusieurs régions au gré des déplacements professionnels de mon conjoint. A chaque mutation, j'en profite pour me donner de nouveaux challenges, cette fois ci pourquoi pas, entre autre, défendre ma profession dans ma Normandie natale ! En espérant pouvoir répondre aux attentes de mes confrères et consœurs, n'hésitez pas à me contacter en cas de besoin : dehouck.delphine@free.fr **DELPHINE DEHOUCK**

## BRETAGNE

Diplômée de l'école de Rennes en 2006, je me suis installée en libéral à Plérin (Côtes d'Armor) après une première expérience de quelques mois en remplacement. En parallèle à mon activité libérale, j'ai eu l'occasion d'exercer au sein d'un SAAAIS et dans un centre de rééducation fonctionnelle pour enfants. Depuis 2008, j'exerce à la fois en libéral et 10h par semaine en salariat auprès d'un ophtalmologiste (pré-consultation). Dès mon entrée dans la profession, j'ai adhéré au SNAO pour la qualité du travail réalisé par son équipe. Particulièrement actif et dynamique, le syndicat est une source essentielle d'information quant aux avancées de notre profession comme aux évolutions de la législation (décret, nomenclature...). Le SNAO est également un lieu privilégié d'échanges entre spécialistes, favorisés par un maillage territorial



efficace. Ma candidature s'inscrit dans cette dynamique, afin de contribuer à animer et fédérer le réseau constitué par mes collègues sans oublier les futures diplômées bretonnes.

**KARINE BEGNIC**

## CORSE

Diplômée de juin 1989 de l'école de Marseille (CHU La Timone), j'ai fait le choix de m'installer en libéral. J'ai créé mon cabinet principal à Brignoles dans le Var où j'ai exercé pendant vingt ans en association avec deux ophtalmologistes. En parallèle, je travaillais dans un cabinet secondaire dans les Bouches du Rhône et dans un cabinet tertiaire à la Seyne sur Mer dans le Var.

Actuellement, je suis installée à Porto Vecchio en Corse Sud et à Corte en Haute Corse. J'ai accepté le poste de déléguée régionale Corse mais ce n'était pas un choix personnel.



Néanmoins j'espère apporter une pierre supplémentaire à ce bel édifice qu'est notre profession. Je suis également présidente de l'URPS orthoptiste Corse.

**RÉGINE CAMPIA**



## OCCITANIE

L'URPS des orthoptistes Occitanie participe à différents groupes de travaux et restera vigilante sur l'élaboration du PRS2 (plan régional de santé 2ème génération) qui doit être finalisé, comme dans les autres régions, fin avril 2018 et est établi pour 5 ans. Je vous invite à en suivre les avancées sur le site de l'ARS et plus spécialement par ce lien <https://prs.occitanie-sante.fr/>. Les travaux s'articulent autour de 5 axes prioritaires : vieillissement, personnes en situation de handicap, santé mentale, cancer, et santé des jeunes. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins en soutenant l'installation et le maintien des professionnels de santé dans les territoires fragilisés, en favorisant les formes d'exercice pluri professionnel, et en apportant aux professionnels du premier recours des outils facilitant l'orientation du patient. Il est tenu compte de la disparité des 13 territoires/départements. Les orthoptistes sont évidemment concernés et nous essaierons de faire entendre les besoins pour améliorer l'accès à la filière des soins visuels et les consolider quand le PRS sera actif. N'hésitez pas à nous faire part de vos projets et des obstacles rencontrés que nous puissions ensemble faire avancer les dossiers.

Le 15 juin dernier, nous étions invités par l'URPS des MK à une soirée sur la fragilité de la personne âgée et le dépistage de cette fragilité (pour éviter la dépendance), nous étions représentés par Nadia Bendib. L'accent a été mis sur la cohérence des prises en charge thérapeutiques pour un programme personnalisé et individualisé afin d'améliorer le quotidien, le tout avec discernement. Des dépistages sur la fragilité sont organisés à différents endroits ou peuvent être faits à domicile ; des alertes peuvent aussi être lancées par tous les professionnels intervenant autour de la personne



âgées (quelques pistes de réflexion sur le site du gérontopôle de Toulouse).

Vendredi 8 Septembre dernier s'est tenue à Juvignac, commune limitrophe de Montpellier, la dernière réunion de préparation de la journée mondiale du diabète qui se tiendra le 14 Novembre prochain, avec l'AFD34.

Notre URPS y sera représentée par Florence BAGNOL (vice -présidente) et Dominique REY-ROUSSEL (trésorière adjointe). Lors de cette journée à venir, nous allons promouvoir le dépistage de la rétinopathie diabétique auprès des patients concernés et les inviter à devenir les 1ers acteurs de leur prise en charge (il s'agit bien d'un échelon de l'éducation thérapeutique nécessaire dans ce type de pathologie).

Le travail continue avec le réseau DIAMIP et son conseil d'administration dont fait partie Elsa NUSSET-MORIN. Cette dernière vient aussi d'établir un contact avec un nouvel ophtalmologiste lecteur, rattaché au CHU Toulouse, nous espérons que d'autres suivront. Cela permettra de dynamiser certains projets individuels (ou en MSP).

Les orthoptistes sont de plus en plus impliqués dans les projets MSP. L'URPS (représentée à l'ARS par Laure Castela) est sollicitée pour différentes questions les concernant. Là aussi merci de partager vos retours d'expérience qui bénéficieront à d'autres et feront peut-être avancer un peu plus vite les dossiers.

L'URPS va aussi soutenir des réunions scientifiques destinés aux orthoptistes (mais qui pourront être ouvertes à l'interpro) ...à suivre et comme déjà dit, nous restons à votre écoute car l'URPS ne peut avancer sans vous, ni sans le soutien du SNAO.

### CHRISTINE PINON-DESCLAUX

*(N'hésitez pas à nous suivre sur le site de l'URPS orthoptie.eu tenu à jour par Marie BEDAT-SALILLAS)*

## PAYS DE LOIRE

Comme vous le savez certainement l'avenant 12 de notre convention nationale est paru au JO il y a quelques semaines, tout comme la modification des actes orthoptiques pour y inclure la prise en charge des troubles des apprentissages et/ou des troubles neurovisuels.

Que d'avancées en si peu de temps. Quelle libération pour beaucoup. Mais également que dire de l'enthousiasme que nous avons ressenti en Commission Paritaire en Juin dernier, tout comme auprès de l'ARS. Et bien maintenant place aux actes sur le terrain. Les projets ne manquent pas, qu'il s'agisse de MSP (Maison Pluri Professionnelle) ou bien de CSP (Centre de Soins Primaire). L'Interprofessionnelle de notre région compte sur nous pour apporter nos atouts dans le maillage du réseau de soins territorial.

A nous de saisir les opportunités et d'exprimer nos compétences dans notre complexe système de santé.

Comme toujours je me tiens à votre disposition si vous avez besoin d'informations utiles soit par mail : [urps.orthoptiste.pdl@free.fr](mailto:urps.orthoptiste.pdl@free.fr) ; soit par téléphone : 02519303048. N'hésitez pas !

### CÉDRIC FERRASSE



## ILE DE FRANCE

### 1ÈRE CONVENTION SIGNÉE ENTRE L'URPS-ORTHOPTISTES-IDF ET L'ARS-IDF

Il faut remercier Laurence Delannoy, qui dès sa nomination à l'URPS, a fait de ce projet son cheval de bataille...

Son projet certes, beaucoup plus ambitieux méritait un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), afin de pouvoir faire un état des lieux et des pratiques professionnelles des orthoptistes franciliens... N'ayant pas le pouvoir des médecins, nous aurons quand même signé une première convention (depuis la création de l'URPS Orthoptistes IDF en 2011) qui devrait déboucher sur d'autres financements au vu des plans d'actions proposés.

**Cette convention a pour objectif la réalisation d'une enquête sur l'activité des orthoptistes en Ile-de-France.**

1- Une première phase de pré-enquête, visant à dresser un panorama de la démographie des orthoptistes en Ile-de-France. Cette première phase est réalisée par l'ARS Ile-de-France et permet notamment de déterminer les modalités de l'enquête qualitative à conduire par la suite.

2- Une seconde phase d'enquête proprement dite, consistant en l'élaboration et la mise en œuvre d'une enquête qualitative ayant pour finalité une meilleure connaissance de l'activité des orthoptistes en Ile-de-France et l'identification des freins à l'appropriation des nouvelles prérogatives de la profession. Cette seconde phase sera réalisée par un prestataire choisi par l'URPS Orthoptistes. La réalisation de cette étude doit permettre à l'URPS d'identifier et de mettre en œuvre des plans d'actions pour améliorer l'accès et la qualité des soins en Ile-de-France.

Ces plans d'actions pourront être déclinés de manière spécifiques en fonction des territoires et / ou des populations prioritaires. La Société CEMKA-EVAL a été retenue par la commission Enquête de l'URPS, et le lancement du questionnaire vient d'avoir lieu, dans un premier temps auprès des orthoptistes dont nous avons le mail, les autres devraient recevoir prochainement le leur par courrier. Il est donc important d'avoir un excellent taux de participation. Nous mettrons régulièrement à jour la participation. **Pour avoir**

### accès au questionnaire :

[www.urpsorthoptistesidf.fr](http://www.urpsorthoptistesidf.fr) et plus directement <http://lille.cemka.fr/SE/1/URPSOrthoptistesIDF>

### VÉRONIQUE DISSAT





# L'AUTISME, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

*L'orthoptie neurovisuelle un dépistage nécessaire pour un traitement précoce.*

**E**n 2005, le gouvernement s'est emparé de cette problématique des personnes souffrant de TSA en France. Trois plans en sont issus.

## 1) Le premier plan autisme (2005-2006)

Il a permis la mise en place des Centres de Ressources Autismes qui ont pour but de mettre en œuvre des actions de diagnostic, de recherche, d'aide, de soutien, d'informations, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels partout en France. Il a aussi permis d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes atteintes grâce à l'ouverture de places supplémentaires dans les établissements médico-sociaux. Il détaille enfin les recommandations concernant l'importance de la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage de l'autisme.

## 2) Le deuxième plan autisme (2008-2010)

Il met l'accent sur l'importance d'un diagnostic de bonne qualité et fiable, par la mise en place d'un protocole de pratique professionnelle consensuel, ainsi que l'augmentation du nombre de professionnels capable de le poser. Il insiste également sur l'importance d'un dépistage précoce : « *Le repérage et le diagnostic précoce des TED chez l'enfant constitue un objectif majeur en raison du gain de chance attendue de la mise en œuvre, dès le plus jeune âge, d'une prise en charge appropriée.* »

Enfin, il promeut la diversification des approches thérapeutiques dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

## 3) Le troisième plan autisme (2013-2017)

Il est construit autour de plusieurs axes. La formation de l'ensemble des acteurs, médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux et la communauté éducative. L'accent est également mis sur l'intérêt d'une action précoce via la mise en place d'un réseau de



dépistage précoce : « *Le déploiement d'un réseau national de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce dès 18 mois permettra de lutter contre les surhandicaps qui résultent d'une prise en charge tardive provenant souvent d'une errance diagnostique ou de difficultés sociales dans l'accès au diagnostic.* »

Les autres axes abordés sont l'accompagnement tout au long de la vie, le soutien des familles, et la poursuite des efforts de recherche. L'orthoptie est mentionnée dans les termes suivants dans les recommandations HAS :

Chapitre : « *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent Mars 2012* »  
Interventions dans le domaine sensoriel et moteur

« *Lorsque l'enfant/adolescent avec TED présente des troubles visuels ou auditifs*

*confirmés par les examens ophtalmologiques ou oto-rhino-laryngologiques, celui-ci doit bénéficier de traitements appropriés recommandés pour tout enfant/adolescent (ex. prescription de lunettes, rééducation orthoptique de troubles neuro-visuels, etc.)* »

L'orthoptiste neurovisuelle doit devenir grâce à son nouveau décret de compétence un des piliers du dépistage et de la prise en charge des patients TSA.

Les parents d'enfants atteints de TSA sont au centre du processus de dépistage, de diagnostic et de prise en charge. Il est donc nécessaire de leur accorder une place prépondérante dès le stade du dépistage car leurs observations et leur rôle quotidien auprès de leur enfant sont des outils précieux.

Dans une étude menée en Grande-Bretagne en 2012-2013, 1047 parents d'enfants atteints de TSA ont été interrogés via un questionnaire en ligne sur le délai du dia-



gnostic, la façon dont il a été posé, le soutien après le diagnostic et leur satisfaction toute long de la procédure. L'étude montre que dans la plupart des cas, ce sont les parents qui détectent les premières difficultés de leurs enfants ; dans 17 % des cas avant 1 an, 34 % des cas avant 2 ans et dans 33 % des cas entre 2 et 5 ans. Dans cette étude, le délai entre le premier signalement d'une inquiétude du parent au professionnel de santé et le diagnostic de TSA est de 3,6ans. Les résultats montrent également que la satisfaction des parents est meilleure quand le délai entre les premières inquiétudes et le diagnostic final est plus court. Les premiers signes observés par les parents selon une étude menée en 2017 sur 800 familles montrent que plus de la moitié des parents signalent des particularités du regard. L'orthoptiste est sollicitée pour un bilan neurovisuel : que voit ce petit patient ? Comment analyser ces particularités du regard ?

## L'OBSERVATION ET L'ANAMNÈSE :

Le partenariat avec la famille ou l'équipe qui entoure l'enfant sera riche de renseignements à prendre en compte lors de l'examen initial. Tout bilan démarre par une observation du comportement visuel de l'enfant en proposant des situations favorables à une coopération minimale de l'enfant. Pour développer la coopération il est important d'utiliser les intérêts particuliers et les renforçateurs. Il est nécessaire d'organiser la passation en suivant les indications qui ont pu être données lors de l'entretien initial. Celles-ci permettent de collecter des informations qui orientent l'organisation et l'analyse du bilan.

Il est important de noter le contexte, le lieu et le moment de la journée. Les situations tests choisies permettent ensuite d'évaluer les potentiels visuels et d'orienter les examens complémentaires et les épreuves possibles à proposer lors du bilan. Elles vont nous renseigner sur les distances utilisées par l'enfant, le champ visuel fonctionnel et les stimuli perçus. Il faut prévoir d'organiser l'espace de la passation en le délimitant et en supprimant les distracteurs susceptibles de perturber l'enfant.

Il faut organiser la durée de l'examen par un début et une fin identifiables par l'enfant : utilisation de timer ou une représentation visuelle des épreuves de la passation.

L'évaluation sensorielle analyse la réaction élémentaire à une stimulation choisie par le professionnel.

On note trois types de phénomènes élémentaires :

1. La sensation lumineuse qui apprécie quantitativement le stimulus.
2. La sensation colorée qui apprécie qualitativement le stimulus.
3. La sensation des formes simples qui apprécie les contrastes et qui va être la base des perceptions plus complexes. Les afférences visuelles prennent une part importante dans la posture et le tonus postural qu'il faut penser à observer.

## LE NIVEAU SUIVANT D'EXAMEN SERA L'ANALYSE PERCEPTIVOMOTRICE

Le développement de la vision passe aussi par le développement de l'appareil oculomoteur et des compétences motrices. Connaître les différentes étapes de développement aidera à mieux évaluer les compétences du patient.

L'analyse sensorielle et motrice étant effectuée on passe au bilan de la perception visuelle. La perception visuelle n'est possible qu'avec le couplage d'une sensation visuelle et d'une action mise en oeuvre par la motricité. On passe alors à la notion de regarder : l'enfant devient actif. La vision de l'enfant s'est affinée, elle peut maintenant être discriminative, nette, mobile et volontaire. L'exploration visuelle volontaire permet d'organiser la saisie des différentes données spatiales du monde environnant : on appréciera alors le champ visuel fonctionnel de l'enfant.

La perception visuelle s'appuie sur une série de stratégies oculomotrices développées permettant une analyse visuelle : dernière étape du bilan.

La restitution du bilan nécessitera un temps d'échange avec les parents ou l'équipe pour expliquer ce que l'enfant voit et ce qui peut nuire à ses apprentissages.

La vision joue un rôle prédominant chez les humains par la saisie d'informations de l'environnement.

L'audition, autre perception à distance, est limitée car tout n'est pas sonore dans notre monde.

Le toucher a un champ perceptif, appelé champ perceptif haptique plus réduit voire exiguë, même s'il est agrandi par l'amplitude des mouvements d'exploration volontaires. L'accès aux propriétés de forme, taille, orientation, distance, etc. dépend de processus exploratoires qui sont plus efficaces s'ils passent par la modalité visuelle que la modalité haptique, et moins coûteux en terme de mémoire de travail (cf. Gentaz, Hatwell et Hennin, 2006). L'initiation et le contrôle des mouvements sont grandement améliorés par une vision contrôlée qui guide et corrige. Analyser les compétences visuelles, les hypo et hyper sensorialités visuelles et la communication visuelle est un acte prioritaire et complémentaire du dépistage global de l'enfant TSA.

Le rôle de l'orthoptiste formé aux particularités des patients TSA est donc essentiel. La place de ce dernier au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre du dépistage et de l'accompagnement des enfants porteurs de TSA est une évidence, facilitée depuis peu par les nouvelles dispositions institutionnelles en matière d'actes et de cotations.

**MARIE-LAURE LABORIE**  
ORTHOPTISTE MONTAUBAN





UNION NATIONALE POUR LA RECHERCHE ET L'INFORMATION  
EN ORTHOPTIE ORGANISME DE FORMATION CONTINUE.

## FORMATIONS UNRIO DU DERNIER TRIMESTRE 2017

| CLASSIQUE | INTITULE STAGE   | LIEU STAGE       | DATE STAGE       | Formateur démissionnaire          | Nouveau Formateur                     |
|-----------|--|------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
|           | Accommodation / Désaccommodation                                     | LYON             | 9 & 10 octobre   | Annie SABIANI                     | Clotilde Sevestre                     |
|           | Approche orthoptique dans les troubles du spectre de l'autisme (TSA) | PARIS            | 20 & 21 novembre | Véronique VEDEL                   | Marie Laure Laborie                   |
|           | Approche orthoptique dans les troubles du spectre de l'autisme (TSA) | PARIS            | 11 & 12 décembre | Véronique VEDEL                   | Marie Laure Laborie                   |
|           | Les écrans : analyse sensorimotrice et efficacité                    | CLERMONT FERRAND | 16 & 17 octobre  | MC SAGOT BEAUVAIS                 | Nadine Jaulin                         |
|           | Orthoptie et psychomotricité. Geste et vision chez l'enfant          | PARIS            | 19 & 20 octobre  | Stéphanie BLANC + Psychomotricien | Veronique Dubergé + psychomotricienne |
|           | Orthoptie et psychomotricité. Geste et vision chez l'enfant          | PARIS            | 4 & 5 décembre   | Stéphanie BLANC + Psychomotricien | Yannick Moujon + + psychomotricienne  |

| DPC | INTITULE STAGE   | LIEU STAGE          | DATE STAGE         | Formateur demissionnaire   | Nouveau Formateur                   |
|-----|--|---------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------------|
|     | Les Amblyopies : analyse et projets de soins                             | NANTES              | 27 & 28 novembre   | Anne LOUVEL                | Marc Fauveau                        |
|     | Esophorie : optimisation des stratégies diagnostiques                    | MARSEILLE           | 20 & 21 novembre   | Anne LOUVEL                | Grégoire Verhaegen                  |
|     | Esophorie : optimisation des stratégies diagnostiques                    | PARIS               | 24 & 25 novembre   | Stéphanie BLANC            | Grégoire Verhaegen                  |
|     | Exophorie-tropie et importance de la correspondance rétinocorticale      | STRASBOURG          | 13 & 14 novembre   | Marion TOROSSIAN           | Yannick Moujon                      |
|     | Chirurgie réfractive : orthoptie avant et après                          | TOULOUSE            | 12 & 13 octobre    | Marion TOROSSIAN + OPH     | Laurent Milstayn + OPH              |
|     | Dépistage et surveillance d'une rétinopathie diabétique                  | PARIS               | 30 nov. & 1er déc. | Marion TOROSSIAN + medecin | Laurent Milstayn et Alexie Lavergne |
|     | Troubles neurovisuels de l'adulte : Quelle orthoptie selon l'étiologie ? | ST GILLES LES BAINS | 30 & 31 octobre    | Véronique VEDEL            | Marianne Vidal                      |
|     | Vision de la personne âgée : chutes et chocs                             | LA ROCHELLE         | 30 nov. & 1er déc. | Annick DE LESDAIN          | Véronique Dubergé                   |

**IL RESTE ENCORE DES PLACES DISPONIBLES, N'HÉSITEZ PAS !**

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter le secrétariat au 01 40 22 03 04 ou par mail [unrio@orthoptistes.fr](mailto:unrio@orthoptistes.fr) ou [unrio.dpc@orthoptistes.fr](mailto:unrio.dpc@orthoptistes.fr)



## PRÉSENTATION DES NOUVEAUX FORMATEURS POUR CE DERNIER TRIMESTRE 2017



### VÉRONIQUE DUBERGÉ

Elle exerce l'orthoptie en activité mixte depuis 1996 dans le 64, actuellement à Saint Jean Pied de Port au Pays Basque. Donc, d'une part salariée en établissement médico-social pour enfants et adolescents en situation de handicap visuel et/ou moteur et/ou mental et/ou polyhandicap. Et d'autre part en activité libérale, dans un cabinet totalement indépendant, avec des déplacements dans les écoles, CLISS/UIP, EHPAD et SSR. Elle a passé la licence et le master 1 de sciences sanitaires et sociales en 2005, afin de mieux intégrer ses actions dans le paysage santé/social français. Cela l'a conduit à créer son propre organisme de formation continue et elle anime des formations dans le secteur sanitaire, médico-social et des Services à la Personne, notamment sur le handicap et la santé visuelle. Adeptes du travail interdisciplinaire, ces formations s'adressent à des publics de différentes disciplines, telles qu'infirmières, cadres infirmiers, aides-soignantes, kinés, AMP, auxiliaires de vie, etc. C'est avec joie qu'elle revient vers les orthoptistes.



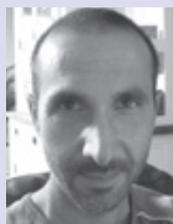
### MARIE LAURE LABORIE

Orthoptiste diplômée en 1984, elle a démarré en créant le dépistage visuel sur la ville de Bordeaux et par un mi temps au centre de Malvoyant de AMBARES. Très vite sensibilisée à l'utilisation fonctionnelle de la vision, elle a dirigé sa vie professionnelle vers la prise en charge de la fonction visuelle. Installée en libéral depuis plus de 30 ans, elle a perfectionné ses compétences initiales par de nombreuses formations. Depuis plus de 10 ans, elle prends en charge des personnes présentant des TSA soit en libéral, soit en IME. Formée aux différentes techniques de prise en charge PECS, TEACH, ABA ... elle propose de transmettre et d'échanger lors de formations permettant aux orthoptistes de prendre toute leur place dans la prise en charge des patients relevant du spectre de l'autisme



### NADINE JAULIN

Orthoptiste libérale à Paris sur 2 cabinets. Membre de l'URPS île de France. Membre du Haut Conseil de l'ANDPC. Administratrice du CA du SNAO de 2011 à 2017. Formatrice UNRIO de 2004 à décembre 2016 dans le cadre de la FCCO puis du DPC, et des programmes UNRIO "classiques".



### ALEXIS LAVERGNE

Orthoptiste diplômé de l'école de Rennes en 1999, il a passé le Diplôme Universitaire d'exploration de la fonction visuelle à l'hôpital Lariboisière à Paris en 1999-2000. Il a ensuite travaillé comme salarié au sein d'un laboratoire d'ophtalmologie à la Polyclinique de Cesson-Sévigné (proche de Rennes). Pas de prise en charge orthoptique "classique" mais des CV Humphrey et Goldmann, rétinographies, angiographies, ERG-EOG-PEV, vision des couleurs, OCT, topographie cornéenne, biométrie optique, échographies en mode A et B... Il y a travaillé de 2000 à 2010, soit 10 années très intéressantes avec plusieurs formations tous les ans (angios, OCT, imageries diverses, neuro-OPH...). Pour raison familiale, il a déplacé son activité professionnelle à Saint-Malo. Cela fait maintenant 8 ans qu'il travaille en consultation collaborative - toujours avec le statut salarié - au sein d'un cabinet d'ophtalmologie à Saint-Malo. Ils sont actuellement 4 orthoptistes à travailler avec 4 ophtalmologistes. Il a également fait partie durant 3 ans - de 2013 à 2016 - du Conseil d'Administration du SNAO après avoir été chargé de mission sur l'exercice salarié. Et a intégré en 2017 avec plaisir l'équipe de l'UNRIO afin d'apporter son expérience du dépistage et de la surveillance de la rétinopathie diabétique.



### MARC FAUVEAU

Orthoptiste libéral, installé depuis 2012 à Massy (91). Après un passage au CHNO des XV-XX et à l'hôpital Trousseau, il travaille aujourd'hui en collaboration étroite avec un ophtalmo-pédiatre. Son activité est principalement orientée vers les prises en charge du strabisme et de l'amblyopie.



### GRÉGOIRE VERHAEGEN

Orthoptiste - Enseignant - Formateur. Installé en libéral depuis 1995. A travaillé en institutions (l'ADAPT, Centre Hospitalier). Titulaire du DIU en Posturologie Clinique, du DCP en Réfraction Subjective, du DU en Neuro-Ophtalmologie. Enseignant vacataire à la Faculté de Médecine de Lille II, section Orthoptie. Formateur à l'Ecole de Posturologie Médicale Globale Européenne du Dr A. Lefebvre



## MARIANNE VIDAL

Dès l'obtention de son certificat d'orthoptie en 1999 à l'Université Paul Sabatier à Toulouse, elle a effectué des remplacements en libéral dans le Sud-ouest et en Île de France. Le libéral reste sa principale activité avec une installation définitive à Montrouge dans les Hauts de Seine, depuis 2002.

Par ses multiples formations, ses intérêts orthoptiques se sont portés sur les Troubles des Apprentissages, les Troubles Neurovisuels, la Neuro ophtalmologie et la Posture. Sa pratique et son expérience devraient vous permettre lors de formations prochaines de répondre à nombres de nos problématiques orthoptiques grâce aux partages des connaissances.



## LAURENT MILSTAYN

55 ans, marié, 1 enfant

### FORMATION INITIALE :

Juin 1985 : Certificat de capacité en orthoptie à la Faculté de Paris VI

De janvier 1983 à juin 85 : stagiaire dans les services d'orthoptie des hôpitaux Ambroise Paré à Boulogne Billancourt et du CHU Bichat Paris XVIIIe

### EXERCICE ORTHOPTIQUE LIBERALE :

Cabinet libéral (depuis sa création en février 1987) à Marly le Roi (78) et à Plaisir (78) de 1986 à sa cession en 2011

### EXERCICE ORTHOPTIQUE NON LIBERALE ACTUEL :

De 2004 à 2014 : Vacataire au sein de l'Hôpital Gérontologique Médico Social de Plaisir Grignon dans l'unité Vivaldi (Hôpital de Jour orienté vers les troubles de l'équilibre et le maintien de l'autonomie des personnes âgées). Travail en équipe pluri disciplinaire (Géiatres, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricienne, posturologue, pédicure-podologue, diététiciennes) 3 demies journées par semaines.

### FORMATION CONTINUE ORTHOPTIQUE :

Formateur en orthoptie au sein de l'UNRIO de 2003 - 2008

### ACTIVITES SYNDICALES :

Membre du Conseil d'Administration du SNAO (puis chargé de mission) d'avril 1990 à avril 2002.  
Elu à la Présidence du SNAO depuis 2009  
Trésorier Général de l'UNPS de juillet 2011 à 2015 puis Trésorier Adjoint depuis 2015.

Ancien Président de l'UNRIO et de la SFERO (Société Savante des Orthoptistes)

Ancien Trésorier URPS Ile de France

### ACTIVITE ORTHOPTIQUE LIEE A L'EXERCICE

#### LIBERALE :

Ex-Vice président du Réseau Gérontologique CARMAD sur le bassin de Plaisir-Saint Quentin ville nouvelle



## YANNICK MOUJON

Yannick Moujon est diplômé de l'école de NANCY.

Il exerce en libéral depuis presque 25 ans et en institutionnel depuis 20 ans auprès d'enfants déficients visuels, dyspraxiques, dysphasiques. Il a collaboré pendant plus de 10 ans avec l'APF: bilans, rééducation et aide technique en IEM, formateur à APF Formation (Paris).

Il a déjà participé à de nombreuses actions de formation et d'information :

- journées de sensibilisation auprès du grand public
- formation pour les éducateurs et éducateurs spécialisés (IRTS)
- formation pour l'Éducation Nationale
- formation pour les infirmiers (IFSI)
- formation post-universitaire des médecins généralistes
- formation post-universitaire des médecins pédiatres
- intervention en colloques et congrès (congrès national de pédiatrie ambulatoire, colloque de la SFERO...)

Il fut maître de stage et membre de jury à la Haute École Robert Schuman (Libramont, Belgique). Il écrit depuis peu pour la RFO



## CLOTILDE SEVESTRE

Orthoptiste diplômée de l'école de Montpellier en 2006, elle a travaillé 2 ans ½ à Nîmes avec 2 ophtalmologues en pré-consultation avec une activité de réfraction, OCT et biométries.

Elle a ensuite décidé de travailler en libéral pendant 1 an en remplaçant des collègues puis dans son propre cabinet, créé à Balaruc les Bains en 2010.

En quête de nouvelles compétences, elle n'a jamais cessé de se former.

Elle a suivi la formation du DCP en réfraction lorsqu'elle travaillait à Nîmes.

Puis le DU de neuropsychologie clinique en 2011, l'enseignement avancé en ophtalmo-pédiatrie des Pr Pechereau de Nantes et Pr Denis de Marseille.

Actuellement, elle poursuit sa formation avec le DU des troubles de l'apprentissage et du neurodéveloppement du Pr Baghdali à Montpellier qu'elle a commencé en 2016 et terminera en 2018.

Elle a déjà participé à plusieurs congrès en tant qu'intervenante (AREPO, AFO, JRO) et présenté plusieurs posters à l'international (ESA, IOA).

Depuis juillet 2017, elle fait partie du groupe de travail de l'OCE en tant que représentante pour la France.

Les petites annonces sont à saisir sur le site du SNAO rubrique petites annonces : [www.orthoptistes.pro](http://www.orthoptistes.pro)

Les petites annonces adressées à la rédaction de l'Oeil en Coin ou saisies sur internet peuvent être lues dans le journal ou sur le site du SNAO. Ce service en ligne a l'avantage d'accroître la diffusion de vos offres ou demandes d'exercice professionnel. A réception de votre annonce (et éventuellement de son règlement), le texte sera affiché sur la page du site [www.orthoptistes.fr](http://www.orthoptistes.fr), pages professionnelles, pendant deux mois, et dans l'Oeil en Coin suivant. Votre chèque bancaire doit être libellé à l'ordre du SNAO. Un justificatif de votre paiement vous sera systématiquement adressé. N'oubliez pas de nous aviser lorsque vos annonces sont périmées.

**Les annonces sont gratuites pour les adhérents au SNAO jusqu'à 200 caractères. Au-delà, il y aura facturation de 3 euros TTC par 40 caractères supplémentaires. Pour les autres orthoptistes et les étudiants en orthoptie, seules les demandes d'emploi sont gratuites et ce, jusqu'à 200 caractères. Pour les autres annonceurs, chaque rubrique est à 46 euros TTC jusqu'à 200 caractères. Au-delà, il y aura facturation de 3 euros TTC par 40 caractères supplémentaires.**

**A retourner à «l'Oeil en Coin» petites annonces, chez Catherine Savary 6, rue Albert Thomas 78140 Vélizy-Villacoublay**

**OFFRES D'EMPLOI**

→ 68. WOLFGANTZEN 10 mns de COLMAR Orthoptiste lib. cherche un(e) collaborateur(trice). Cabinet neuf, aux normes, activité variée. Horaires de consultations modulables. Eline SCHWANDER T/ 06 74 70 64 26 Email : ortho.schwander@orange.fr

→ Proximité COLMAR (68) Ophtalmologiste recherche orthoptiste pour remplacement d'un congé maternité à partir du mois de janvier 2018. Aide à la consultation (réfraction, champ visuel, OCT, manipulation des lentilles...) Possibilité de logement sur place. Travail du lundi au vendredi avec au moins 2 après-midi de libre. Plus d'informations en me contactant par mail ou par tél. Mathias MAGUIN T/ 06 77 84 11 45 Email : mmaguin@maguin.org

→ Une Commune du département de la Meuse, dans la région Lorraine recherche un orthoptiste pour installation dans un cabinet en libéral (autres professionnels installés). Aide au logement à l'installation du praticien. Location du matériel du cabinet appartenant à la communauté de communes, ou aide au déménagement si le candidat souhaite utiliser son propre matériel P&P Conseil T/ +33 (0)1 40 47 92 88 Email : contact@pnp-conseil.com

→ L' AEHM recherche pour le COEM Aintzina Boucau Morcenx une orthoptiste CDD 1 an 0,65 ETP 22h45 CCNT 1965 – UNISSS poste à pourvoir immédiatement 114 enfants déficience motrice, 0-14 ans 110 salariés AEHM COEM Aintzina Boucau Morcenx T/05 59 64 21 20 Email : dir.aintzina@aehm.fr

→ Cabinet libéral à Longjumeau 91, RER B et C. Cherche collaborateur (trice) disponible de suite si possible les mercredis, jeudis et vendredis. Conditions de travail agréables, activités variées. Anne CHARPENTIER T/ 06 11 15 82 81 Email : acharpentier2@wanadoo.fr

→ Recherchons un(e) orthoptiste pour notre prochain Pôle de Santé à Charbonnières-les-Bains (69). Bureau à Louer pour 800€ CC Début avril 2018 avec 20 professionnels (médecins et paramédicaux) Laurent LIPERE T/ 06 87 28 00 87 Email : laurentlipere@gmail.com

→ 68- CERNAY Orthoptiste libérale recherche collaboration dès octobre 2 à 4 jours/sem selon préf. Cabinet neuf aux normes avec 2 orthophonistes dans un bâtiment avec plusieurs prof

médicales et para. Activité variée Fanny GERGES T/06 80 35 51 97 Email : fanny.gerges@gmail.com

→ 50 MANCHE Recherche remplaçant (e) du 30/10 au 04/11 avec collaboration à suivre 1 jour et demi voir 2 par semaine. Actes variés. Christina PLETTNER T/06 81 24 35 77 Email : plettner.christina@neuf.fr

→ 54 JOEUF 30 mn de METZ Orthoptiste libérale dans maison de santé recherche remplaçant/collaborateur à partir de Juillet puis 2 à 3 j/semaine dès Septembre. Grosse patientèle activité très variée Cristelle THOMAS T/03 82 22 13 12 Email : cristelle.thomas54@orange.fr

→ RODEZ (Aveyron) Orthoptiste à Rodez cherche remplaçant(e) pour congé mater à partir d'octobre 2017 pour environ 8mois. 3 demi journées en salariat et le reste du temps en libéral au sein du même cabinet. Marie CENRAUD T/ 06 77 56 90 75 Email : ma.cen@orange.fr

→ ISTRES (13) - Orthoptiste libérale recherche un(e) remplaçant(e) pour congé maternité de fin août 2017 à fin novembre 2017. Amandine AGNELLO FOUQUE T/06 18 17 65 45 Email : aaf.ortho@gmail.com

→ 84 AVIGNON Le Centre de santé ophtalmologique (CSO) cherche un(e) orthoptiste en CDI à temps plein à partir de septembre 2017. Activité d'aide à la consultation, examens complémentaires. Vincent PRINGUEY T/07 86 62 28 15 Email : vincent.pringuey@fareyservices.com

→ BDR (GARDANNE BIVER) 10 mn AIX ,20mn MARSEILLE Recherche collaborateur(trice) à compter du 23 août les Lundi et Mercredi pour réaliser Bilans et Rééducation sensorimotrice et fonctionnelle dans un cadre calme et agréable (vue du jardin). Ambiance sympathique au sein d'un cabinet pluridisciplinaire. Héléne COULOMB-MERLO T/06 72 39 73 50 Email : hcmorthoptiste@gmail.com

→ 78. Cabinets d'orthoptie l'un à VERSAILLES et le second proche de Versailles recherchent un(e) orthoptiste en vue d'une collaboration, les lundis, mercredis, vendredis et samedis. Compétences souhaitées : bilan et rééducation dans le cadre de troubles neurovisuels, bilan et rééducation dans le cadre de troubles des apprentissages, bilan et rééducation Basse

Vision, suivi d'amblyopie, strabisme, BB vision, champs visuels automatisés. T/06 03 42 67 91 ou 06 33 92 53 98

→ Le centre hospitalier de LUNEVILLE recrute un orthoptiste à temps plein (temps partiel envisageable) pour le 1er octobre 2017 par voie de mutation ou CDI. Travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Fiche de poste disponible sur demande. Léa GRANDJEAN T/03 83 76 12 12 Email : lgrandjean@ch-luneville.fr

**DEMANDE D'EMPLOI**

→ Orthoptiste expérimentée ayant suivi des formations chaque année depuis leur création, cherche remplacements en outre-mer dès janvier 2018. Françoise ROCHE-POYET T/06 33 11 06 10

**CESSION / PARTAGE DE CABINET**

→ 66 Pyrénées Orientales orthoptiste libérale cherche collaborateur (trice) qui précèdera un départ à la retraite. Anne-Marie SAVELLI T/ 06 84 53 56 57 Email : savelli.orthop@gmail.com

→ 92 NEUILLY S/SEINE, Sablons. Loue bureau 15 m², 1151 € CC ds cab. paraméd. (ostéo, psy), 4 bur., s.d'att. aménagée, wc, sde + cuis. Antoine de NADAILLAC T/ 06 60 57 86 62. Email : aden.osteo@gmail.com

→ PARAY LE MONIAL Cabinet à reprendre début octobre 2017 : déménagement pour rapprochement de conjoint. 36 ans d'activité sur la ville,

forte demande et prescripteurs nombreux. Centre de soins avec bonne ambiance. Je vous assure le premier mois d'activité en vous plaçant les RDV à votre convenance afin d'assurer le meilleur des relais. Transmission des fichiers. Cabinet informatisé. Emilie VOILLOT-BERNARD T/06 83 04 08 07 Email : emilie.bernard71@orange.fr

→ LA ROCHELLE Vends cabinet pour janvier 2018 avec forte activité (déséquilibres binoculaires, troubles neuro-visuels, troubles des apprentissages, basse vision, posturologie...) dans local en ZFU. Possibilité d'envisager une collaboration avant la vente définitive ou un accompagnement. Cession à débattre. Isabelle LAVRADOR Tél : 06 07 81 68 47 après 20h00 Email : i.lavrador@hotmail.com

**MATÉRIEL A VENDRE**

→ Synoptophore+table+tests tout le petit matériel pour exercer en libéral bureau moderne et 2 chaises visible dans le 35760 cause cessation d'activité Prix:5000 euros Marie Françoise NICOL T/06 79 69 68 24 Email : mimnicol@hotmail.fr

**NOTRE CARNET**

Mme Anne-Sophie BIOJOUX-KIRSCHLEGER a le plaisir de vous faire part de la reprise du cabinet de Mme Françoise BIBES à compter du 2 octobre 2017, 9 bd Victor Hugo 87000 LIMOGES 05.55.79.45.93 Anne-Sophie BIOJOUX T/06 62 63 62 56 Email : asbiojoux@orange.fr

**OptiKid**  
LE SPÉCIALISTE DE LA VUE DES ENFANTS

*"Mes lunettes, une affaire de spécialiste!"*

**DÈS LE 1<sup>ER</sup> ÂGE**  
[www.optikid.fr](http://www.optikid.fr)

Vos patients vous réclament un opticien qualifié à qui confier la vue de leur enfant ?

→ Contactez nos Délégués à l'Information Médicale :

**NORD ET ILE DE FRANCE**

**DAVID GAMRASNI**  
06 61 17 05 22

**AUTRES RÉGIONS**

**JEAN-LUC DE NANTES**  
06 86 53 37 29

**LUZ** Optique  
les indépendants s'y retrouvent

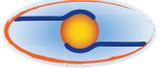
En partenariat avec la Centrale d'Opticiens Indépendants LUZ optique. Le Collège de France en partenariat avec Optikid, s'engageant ensemble afin d'aider la recherche et promouvoir la filière de la santé visuelle.

**Directeur de publication :** Laurent Milstayn **Rédacteur, administration :** Laurence Pache

**Création, mise en page :** QLOVIS Productions, tél.: 01 30 90 60 29 **Impression :** CHARTREZ imprimerie, tél.: 03 21 60 44 60

**ÉDITÉ PAR LE SNAO** 22, rue Richer - 75009 Paris Tél.: 01 40 22 03 04 - [www.orthoptistes.pro](http://www.orthoptistes.pro) - Dépôt légal : 53 073 ISSN 0987 45 34



**TRUSETAL**   
VERBANDSTOFFWERK GMBH

# ORTOPAD<sup>®</sup> boys & girls

emballage de 50 pièces

emballage de 50 pièces

**ORTOPAD<sup>®</sup>**  
boys

**ORTOPAD<sup>®</sup>**  
girls

Ci-dessous, les données nécessaires à reprendre sur l'ordonnance:

Medium ACL 5109776

Medium ACL 5109701



Demandez des échantillons gratuits par e-mail:

[info@ORTOPAD.fr](mailto:info@ORTOPAD.fr)

ou par fax au n° vert: 0800-90 45 48

**SANS LATEX!**

**MOTIFS AVEC EFFET SCINTILLANT**

Comptabilité, Fiscalité, Gestion, Formalités...

**Gagnez du temps**

**Avec nous, c'est facile**

**L'AGAPS vous accompagne**

A grayscale illustration of two hands, one from the left and one from the right, each holding a puzzle piece. The pieces are positioned as if they are about to be joined together. The background is a light, slightly textured white.

**Début d'activité :**

**Libérez-vous des formalités**

Sur simple appel ou rendez-vous  
Sans engagement, ni frais

**Choix du régime fiscal  
le plus favorable**

**En adhérent :**

**Bénéficiez d'une assistance**

Une question ?  
Connaître ses droits et ses obligations  
Prévenir le risque fiscal

**Evitez la majoration de 25 %  
du bénéfice imposable**