

Le point en coin

SYNDICAT
NATIONAL
AUTONOME DES
ORTHOPTISTES



Mai 2016



**UNE PREMIÈRE DANS LE
DOMAINE DE LA TÉLÉMÉDECINE**

**LE DÉPISTAGE
DE LA RÉTINOPATHIE
DIABÉTIQUE
PAR RÉTINOGRAPHE
NON MYDRIATIQUE**

Vega est le logiciel de gestion le plus choisi...*



VEGA
+ 21 708
télétransmetteurs



RM Informatique + 19 521

CBA* + 9786

Televitale + 5939

Logisur'm + 5209

Logicmax + 4280

Albus + 3431

Acteur + 2970

Idea + 2802

Sephira + 2420

Autres éditeurs + 2382

Microconcept + 1919

Convilog si + 485



... pour la 10^e année consécutive !

* Cumul de nouveaux télétransmetteurs sur l'ensemble des logiciels de gestion destinés aux auxiliaires médicaux depuis le 1^{er} Juin 2003. Source GIE-SESAM Vitale (www.sesam-vitale.fr)



04 67 91 27 86

www.vega5.fr



Le SNAO, c'est de la dynamique !

Lors de son exercice 2015/2016, le SNAO est fier d'avoir réussi à enclencher une mobilisation générale de la profession, mobilisation de grande envergure et sans précédent, qui a démontré, s'il en était besoin, que les orthoptistes pouvaient peser sur les décisions.

Apparemment, il semble que notre analyse soit partagée puisque nous avons eu l'immense plaisir d'enregistrer un nombre de demandes d'adhésions supérieur aux années précédentes même si elles ne représentent pas encore une forte majorité parmi tous ceux qui pourraient encore nous rejoindre.

C'est à vous, maintenant, adhérents du SNAO qu'est dévolu le rôle d'amplificateur de notre rôle et de notre message auprès de ceux qui hésitent encore à franchir le pas afin de leur démontrer que seule l'unité pourra conduire la profession vers ce qu'elle ambitionne depuis des décennies.

Si en 2016 :

- nous avons réussi à faire inscrire dans la Loi de Modernisation du Système de Santé une nouvelle définition de la profession
- nous avons pu obtenir le droit de prescription
- nous obtenons des avancées significatives dans les décrets d'applications qui viendront
- nous avons bon espoir de voir, enfin, une cotation pour la rééducation des troubles neuro-visuels inscrite à la NGAP
- nous parvenons à rendre notre Convention plus proche de l'exercice de chacun d'entre nous
- nous valorisons encore plus la place des orthoptistes dans la filière visuelle
- nous offrons des perspectives d'avenir pour tous les orthoptistes et tous les futurs orthoptistes quel que soit le mode d'exercice



Alors nous pourrions affirmer que ce travail fructueux n'aura pas été le fait que de vos seuls représentants mais de l'ensemble de la profession dès lors qu'un soutien massif portera notre présence dans les négociations.

C'est pourquoi j'en appelle à la prise de conscience des quelques 4000 orthoptistes français ainsi que des près de 1000 étudiants.

Et pour clôturer l'exercice 2016/2017 en beauté, le SNAO, l'UNRIO et la SFE-RO prévoient dès à présent un immense évènement commun qui aura pour ambition d'être la date importante de l'orthoptie managée par les orthoptistes, pour les orthoptistes.

Rendez-vous est pris pour fin mars 2017 !

LAURENT MILSTAYN

sommaire



➔ 13 DOSSIER Le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique

➔ 03 ÉDITORIAL

➔ 04 ACTUALITÉS SYNDICALES & PROFESSIONNELLES

- La grande conférence de la santé
- Être représentatifs, cela se mérite...
- Remise des prix du concours organisé par le SNAO • 35 ans d'expérience

➔ 08 JURIDIQUE/COMPTABILITÉ

- L'activité libérale génère un bénéfice ou déficit non commerciale
- L'action de groupe en santé

➔ 12 EXERCICE SALARIÉ

Le contrat de travail à temps partiel

➔ 18 RÉGIONS

Le délégué régional en 6 questions

➔ 19 EUROPE

2ème réunion du groupe éducation de l'O.C.E.

➔ 20 EXERCICES PROFESSIONNELS

- Le contrôle postural chez l'enfant strabique
- le certificat informatique et Internet (C2L)

➔ 22 CULTURE

A la racine des mots

➔ 23 PROGRAMME

- Programme UNRIO-DPC 2016
- Programme UNRIO classique 2016

➔ 26 PETITES ANNONCES



LA GRANDE CONFÉRENCE DE LA SANTÉ

POUR GARANTIR L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE SANTÉ SUR LE LONG TERME



« Les étudiants paramédicaux veulent des filières complètes de formation et de recherche, comme chez la plupart de nos voisins »

Marisol Touraine

Manuel Valls et Marisol Touraine ont présenté, lors de la Grande Conférence de la Santé du 11 février 2016, la feuille de route pour les métiers de santé. Après la loi santé, la Grande Conférence de la Santé contribue à la réussite de cette transformation.

Le Gouvernement a entendu les souhaits des professionnels de santé, et a construit des solutions avec eux, en reconnaissant leur très grande implication auprès des patients.

La Grande conférence de la Santé a permis de progresser vers une régionalisation du numerus clausus, « plus réaliste et plus pragmatique », selon Marisol Touraine. Elle a également permis d'avancer en faveur des étudiants des formations paramédicales pour une convergence vers les standards universitaires. « Les étudiants paramédicaux veulent des filières complètes de formation et de recherche, comme chez la plupart de nos voisins », explique la ministre de la Santé :

→ Pour que les élèves des formations paramédicales soient « traités comme les étudiants de l'université sur le plan des prestations sociales », tout sera mis en œuvre « pour que d'ici la rentrée pro-

chaine, les conventions entre universités et instituts soient effectives, ouvrant l'accès aux aides d'urgence, au logement, aux bibliothèques universitaires », a déclaré Manuel Valls ;

→ S'agissant de la convergence des droits aux bourses, « le Gouvernement travaillera également avec les nouveaux présidents de région » ;

→ Afin de remédier aux tarifs plus élevés des formations paramédicales délivrés dans les établissements privés, le Gouvernement s'est engagé à « étudier les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé ». Une mission sur le sujet est attendue pour fin 2016. Les standards universitaires seront progressivement appliqués aux formations paramédicales.

→ Des passerelles entre les études paramédicales et médicales seront favorisées. Dès la rentrée 2016, il s'agit de permettre aux professionnels diplômés d'entrer en 2e ou 3e année d'études médicales. Des prérequis seront définis. Un orthoptiste pourrait ainsi, sur la base d'un projet solide ou sur dossier, suivre des études de médecine pour devenir médecin rééducateur.

→ On favorisera également le travail en équipe entre médecins et paramédicaux :

des temps de formation théorique et pratique (étude de cas, stages interprofessionnels ou croisés) regroupant les étudiants des différentes filières de santé seront mis en place.

→ On favorisera l'accès à la recherche pour les formations paramédicales grâce à l'émergence d'un corps d'enseignants chercheurs

Il s'agit ensuite d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels. La dynamique du Pacte Territoire-Santé présenté dès 2012 doit être amplifiée, en particulier pour ce qui concerne la protection sociale des médecins :

Un congé maternité en bonne et due forme sera mis en place, pour les femmes médecins qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et ayant conclu un contrat d'accès aux soins. Cela représentera plus de 3 000 euros/mois pendant 3 mois (en plus de l'actuelle allocation forfaitaire).

Le SNAO dans une lettre commune signée par tous les syndicats de non médecins a demandé à ce que cette mesure soit élargie à tous les professionnels de la santé. Une réflexion globale sur la protection sociale des professionnels de santé libéraux sera engagée. ■

"PROFITEZ DE LA VIE. C'EST BEAU LA VIE !"

Je vous transmets le message que Marion semait à tous vents.

Vous avez été très nombreux à nous envoyer des messages chaleureux à l'occasion du décès de notre fille Marion Fabre - Clenet, emportée par un cancer après un combat exemplaire. Paul, nos enfants et moi avons été très sensibles à votre présence dans ces moments intenses et douloureux de la vie. Du fond du cœur, nous vous remercions. Amicalement,
Marie France Clenet



ÊTRE REPRÉSENTATIFS, CELA SE MÉRITE...

Début 2015 : le SNAO est reconnu seul syndicat représentatif pour les orthoptistes libéraux

Début 2016 : le SNAO siègera seul dans les instances conventionnelles (à savoir Commissions Paritaires Nationales et Régionales...) En juin 2016, vous allez recevoir vos bulletins de vote pour les élections au Conseil d'Administration de la CARPIMKO, **et il est important d'y voter**, que notre implication soit toujours digne de notre représentativité !! Les statuts de la CARPIMKO viennent d'être approuvés par la Tutelle et sont parus au Journal Officiel : deux retraités siègeront désormais dès le mois de juillet 2016 au Conseil d'Administration et participeront à la vie de notre Caisse de Retraite. Le conseil d'Administration passera de 20 à 22 membres. 20 membres issus des collèges des cotisants et 2 du collège des retraités. Les retraités siègent

au Conseil étant principalement là pour défendre et représenter les allocataires. Le SNAO soutient une liste pluri professionnelle, composée de retraités Marcel Lemoine (Infirmier), Christian Guichard (Masseur Kinésithérapeute) pour les titulaires et Nicole Tchernia (orthophoniste) et Dominique Guillon (podologue) pour les suppléants.

Alix Derigny avait accepté de siéger dans ce collège pour le SNAO, mais compte tenu de notre faible nombre de retraités, il nous a paru normal de laisser notre place à cette première élection.

... Mais il est néanmoins TRÈS important **aux retraités qu'ils soient actifs ou non de voter** et de soutenir cette liste « Ensemble et unis pour la défense de nos retraites », probablement une des seules listes pluri professionnelles qui évitera de déséquilibrer les représentations du Conseil d'Administration.

Cette liste est soutenue par la FNI et l'ONSIL pour les infirmiers, la FFMKR pour les masseurs kinésithérapeutes, la FNO pour les orthophonistes, le SNAO pour les orthoptistes et la FNP pour les pédicures-podologues.

Quant aux actifs...

Isabelle Guichard a désiré être ma suppléante, intéressée par les problèmes de retraite et surtout par reprendre le poste à l'issue de ce dernier mandat.

Dernier mandat, notre programme n'est pas encore finalisé, mais nous veillerons toujours à assurer une retraite correcte sans que les cotisations CARPIMKO ne soient un frein à l'exercice libéral...

Et ce, pour le régime de Base : d'avoir une meilleure répartition entre les tranches T1 et T2, que la compensation ne se fasse pas qu'en démographie, et pour nous défendre auprès de la CNAV-PL, soutenir Marie-Anne François, notre actuelle présidente.

Pour le régime complémentaire : de préserver un excellent rendement, voire de permettre de mieux y accéder facultativement et surtout de continuer à le gérer. Pour le régime Invalidité Décès : après les possibilités offertes de reprise en mi-temps thérapeutique, l'allongement de 12 à 36 mois des Indemnités Journalières (comme les autres professions libérales qui ont un régime RID), avant de passer en Invalidité.

Quant au « régime » des praticiens conventionnés ou ASV, ce sera avec nos casquettes SNAO qu'il faudra revendiquer des avancées équivalentes à celles que les médecins auront obtenues lors des actuelles négociations conventionnelles.

Donc, votez nombreux, méritons nos places.

Avec 1% des cotisants, nous avons 9% des voix au Conseil d'Administration et 20% des voix au Bureau...

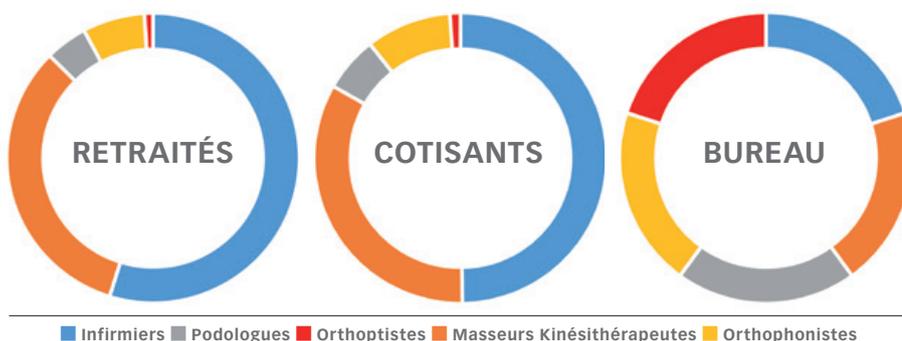
La représentativité... Cela se mérite... Continuez à voter SNAO. ■

VÉRONIQUE DISSAT ET
ISABELLE GUICHARD, CANDIDATES

Isabelle Guichard et Véronique Dissat



Ph. Yannick Moulon





REMISE DES PRIX DU CONCOURS ORGANISÉ PAR LE SNAO

Sur le thème : « *Une campagne de communication innovante pour promouvoir la profession d'orthoptiste auprès du grand public* »

En seconde partie de l'Assemblée Générale du SNAO qui s'est tenue à l'ASIEM le dimanche 3 avril dernier, ont été remis les différents prix généreusement offerts par les sociétés Abioz Technologie, Medeuro-net, MC2 le matériel professionnel, C'chooette et Orthoptica.

Le 1^{er} prix

Un autokératoréfractomètre de la société Abioz Technologie a été attribué à **Raphaël Amar** pour sa campagne de promotion très complète (affiches, flyers, vidéo, dossier presse...)

Le 2^e prix

Les frais d'inscription au XIII^{ème} Congrès international de l'IOA à Rotterdam et 4 nuits d'hôtel offerts par la société Medeuro-net à **Faten Ben Sassi** pour une affiche / flyer.

Le 3^e prix

Du petit matériel orthoptique des sociétés MC2 et C'chooette à **Catherine Oujagir** pour son affiche / flyer.

Le 4^e prix

25% de remise sur le binoculus d'Orthoptica à **Laetitia Bagot** pour son affiche / flyer.

Un grand merci aux compétiteurs qui ont fait preuve d'imagination et ont produit un travail digne de véritables professionnels de la communication. Un grand merci également aux généreux sponsors. ■

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNAO

LE 07/04/2016

Président : Laurent MILSTAYN

Vice-présidente : Laurence PACHE

Vice-présidente : Isabelle GUICHARD

Secrétaire Générale : Maria PLAZA

Trésorière : Colette GRAFFEILLE

Secrétaire adjointe : Karoline COURSAGET

Les autres membres :

Véronique ANNIC VATIN

Léa BOUGA

Daniel CLAEYS

Véronique DUBERGE

Grégory GASSON

Nadine JAULIN

Cynthia LIONS

Houzaillefata MOHAMED

Daniela TRUCCHIA MARTINEZ



35 ANS DE PRÉSENCE

Certains d'entre vous l'ont appris au cours de l'Assemblée Générale du SNAO mais d'autres l'ignorent encore : Véronique DISSAT a décidé de ne pas se représenter aux élections du CA cette année.

Véronique c'est pour beaucoup LE SNAO.

Une présence quasi ininterrompue de plus de 35 ans au sein du CA avec des missions toujours plus importantes.

Impossible de tout lister mais pour mémoire nous rappellerons :

- La création de l'Œil en Coin
 - Le poste de représentante de la profession au FIF-PL et à l'UNAPL depuis des années
 - « Madame Chiffres-Statistiques » du SNAO lors de toutes les négociations tarifaires, de Nomenclature, de forfaits formations, à l'OGDPC...
 - La référente en matière de publicité, d'annonceurs et de stands à l'Assemblée Générale
 - Un poste d'administrateur à la CARPIMKO (Trésorière)
 - La présidence de l'URPS Ile de France
 - Trésorière de l'ARDOC
 - Un foisonnement d'idées sans cesse nouvelles pour faire bouger la profession et les professionnels
 - La création et la gestion de FORMOPTISTE ainsi que la gestion de la FCCO en relation avec la CNAM-TS
 - La vice-présidence du SNAO ...
- Bref la profession doit énormément à notre collègue.

C'est donc avec d'immenses regrets que nous avons accueilli sa décision de ne pas solliciter un nouveau mandat au SNAO.

Ses nombreuses missions actuelles ne lui permettent pas d'assurer, avec sa rigueur légendaire, son poste au sein du CA du SNAO et c'est pourquoi elle a préféré se recentrer sur la région en sa qualité de Présidente de l'URPS IDF et

sur ses missions d'administrateur de la CARPIMKO, de l'ARDOC, au FIF-PL.

Au nom de TOUS LES ORTHOPISTES, je m'autorise à remercier Véronique pour tout ce qu'elle a fait pour l'orthoptie et pour tout ce qu'elle continue à faire.

N'ayant pu boucler à temps notre projet de cadeau pour l'AG, nous lui remettons en petit comité.

Véronique, tu nous manques déjà !!! ■

LAURENT MILSTAYN



Ph. Yannick Mroujon

L'ACTIVITÉ LIBÉRALE GÉNÈRE UN BÉNÉFICE OU DÉFICIT NON COMMERCIAL.

SUR QUELLE PÉRIODE ?

Le résultat libéral est déterminé, chaque année, pour la période du 1er janvier au 31 décembre (sauf impôt sur les sociétés). Si l'activité libérale a débuté en cours d'année, le résultat sera la première fois déterminé pour la période du début d'activité au 31 décembre.

COMMENT CALCULER SON BÉNÉFICE OU DÉFICIT LIBÉRAL ?

Recettes (honoraires)
Moins Charges liées à l'activité libérale
= Résultat réel

Si le résultat est positif, l'activité libérale génère un bénéfice.

Si le résultat est négatif, l'activité libérale génère un déficit.

Régimes fiscaux

Il y a plusieurs modalités de détermination de votre revenu libéral. Elles sont fonction de votre option selon votre situation, pour l'un des régimes fiscaux suivants :

→ "Micro BNC"

Le régime Micro ne concerne que l'impôt et pas les cotisations sociales.

→ "Déclaration contrôlée"

Régime de droit commun tant pour l'impôt que pour les cotisations sociales.

RÉGIME MICRO BNC

Conditions : Les recettes doivent être inférieures à 32.900 €.

Impôt sur le revenu selon le barème progressif. Charges estimées à 34 % des recettes. Recettes inférieures à 32.900 €

Attention : pour apprécier le seuil de 32.900 €, les recettes doivent être ajustées à l'année en fonction du nombre de jours calendaires depuis le début de l'activité libérale.

Exemple : début d'activité le 1er octobre ;
Recettes perçues 15.000 €.

Le nombre de jours calendaires depuis le 1er octobre est de 92 jours.

Les recettes ajustées sont de : $\frac{15.000 \times 365}{92}$

= 59.510 € supérieur à 32.900 €

→ Le praticien doit obligatoirement déclarer son résultat réel.

Conséquences : Les charges sont estimées à 34 % des recettes.

Vous n'avez pas de déclaration spécifique à établir : vous reportez directement le montant de vos recettes sur la déclaration d'ensemble des revenus (n°2042 CPRO).

Vous êtes imposés sur 66 % de vos recettes.

L'exonération ZFU (Zone Franche Urbaine) s'applique également sous le régime Micro.

Le régime MICRO BNC permet :

→ D'être dispensé de tenir une comptabilité des dépenses. Mais, en pratique, l'absence de comptabilité des dépenses présente souvent un inconvénient car elle ne permet pas au praticien d'apprécier ses intérêts ni de gérer son cabinet. Si vous n'êtes pas exonéré de TVA (p.22), la tenue d'une comptabilité des achats est obligatoire.

→ D'être dispensé d'établir la déclaration professionnelle spécifique n° 2035.

Par un simple appel au 01.53.67.01.01, L'AGAPS vous renseigne sur la possibilité ou non de choisir le régime "Auto-entrepreneur (Micro-entreprise)" ou "Micro BNC" en fonction de votre situation et vous aide à choisir le régime le plus favorable.

RÉGIME DE LA DÉCLARATION CONTRÔLÉE

Conditions : aucune.

Impôt sur le revenu selon le barème progressif.

L'option pour ce régime est toujours possible, même si les recettes sont inférieures à 32.900 €.

Contrairement aux régimes de l'Auto-entrepreneur (Micro-entreprise) et Micro BNC, la déclaration contrôlée vous permet de constater un faible bénéfice ou un déficit si vos frais sont importants. ATTENTION : les frais engagés en 2016 en vue d'une installation en 2017 ne sont déductibles qu'en 2016. Pour les déduire, il faut alors établir une déclaration contrôlée (n°2035) pour 2016 avec la mention "0 €" en recettes.

Le régime de la DÉCLARATION CONTRÔLÉE permet de :

- Déduire les frais engagés l'année civile précédant l'installation ;
- Déduire le montant des frais réels ;
- Constater un déficit imputable sur le revenu global (sauf exercice non professionnel) ;
- Bénéficier des crédits et réductions d'impôts pour frais de tenue de comptabilité, ...
- Bénéficier d'une exonération d'impôt sur le bénéfice en ZRR.

Si les recettes sont inférieures à 32.900 €, il est possible de bénéficier de la franchise de TVA (régime qui dispense de collecter la TVA sur les honoraires, mais exclut toute récupération de TVA sur les dépenses) tout en étant sous le régime de la déclaration contrôlée.

L'option pour le régime de la déclaration contrôlée résulte simplement de la souscription de la déclaration contrôlée n°2035.

Avant imposition, le BÉNÉFICE RÉEL peut faire l'objet de corrections :

- Exonération en Zone Franche Urbaine (ZFU) ou Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).
- Majoration de 25 % de votre bénéfice.
- Automatique si vous n'êtes pas adhérent d'une Association Agréée.

Adhérer à une Association Agréée est le seul moyen de ne pas subir la majoration de 25 % de votre bénéfice. ■





L'ACTION DE GROUPE EN SANTÉ

L'action de groupe, mesure phare de la loi de santé, a été votée le 17 décembre 2015.

Un mécanisme « d'action de groupe dans le domaine de la santé »

La "class action" fut introduite en droit français à l'article L 423-1 du code de la consommation par la loi relative à la consommation « HAMON », du 18 mars 2014. En considération des scandales médiatiques du Médiateur et des prothèses PIP notamment, il fut envisagé de l'étendre aux usagers du système de la santé, mais parce qu'elle n'était pas adaptée aux spécificités liées au domaine de la santé, notamment car elle ne concernait que les dommages matériels subis par les consommateurs à l'exclusion des dommages corporels, sa mise en œuvre fut repoussée au projet de loi de santé présenté par Marisol Touraine. Dans cet intervalle les assureurs réunis au sein de la FFSA et du GEMA ont œuvré pour proposer au ministère un mécanisme de résolution des affaires sanitaires sérielles adapté au domaine de la santé.

La loi de santé votée à l'Assemblée Nationale le 17 décembre dernier consacre définitivement la création en droit français d'un mécanisme « d'action de groupe dans le domaine de la santé », mais s'écarte des propositions faites par les assureurs.

Un champ d'application strictement réservé et délimité

Cette action, prévue à l'article L 1143-1 du code de la santé publique (CSP), exclusivement réservée aux associations d'usagers du système de santé agréées les autorise à agir en justice afin d'obtenir réparation des préjudices individuels corporels subis par des usagers du système de santé du fait d'un produit de santé.



Il pourra notamment s'agir de dommages en relation avec :

- des médicaments
- des produits contraceptifs et contragestifs ;
- des dispositifs médicaux (prothèses etc.)
- des produits sanguins labiles ;
- des organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale,
- des produits cosmétiques et les produits de tatouage...

En cas de dommage sériel liés à ces produits, il s'agira de statuer sur le manquement du producteur ou du fournisseur du produit de santé mais aussi sur celle du prestataire utilisant ou prescrivant ces mêmes produits. Sont ainsi indifféremment visés dans le nouveau dispositif les laboratoires pharmaceutiques, les fabricants mais aussi les établissements de santé et tous les professionnels de santé qu'ils soient prescripteur ou simple utilisateur.

Les différentes phases de l'action de groupe

La procédure se déroule en 2 phases :

• Une première phase de détermination des responsabilités

Cette phase est contentieuse. Elle vise à statuer sur la responsabilité du ou des acteurs mis en cause au regard des principes de responsabilité civile existant

(responsabilité du fait des produits défectueux du fabricant ou du fournisseur, responsabilité contractuelle pour faute du professionnel de santé libéral et des établissements de santé).

Sur le plan juridique, les choses sont diamétralement différentes et ne seront donc pas forcément aisées puisque les principes légaux de la responsabilité liés aux produits dégagent une obligation de résultat à la charge des producteurs alors que la jurisprudence judiciaire ne dégage qu'une obligation de moyens à la charge des utilisateurs professionnels. En d'autres termes, le laboratoire pharmaceutique verra sa responsabilité engagée si le demandeur démontre que le médicament n'apportait pas la sécurité légitime qu'il était en droit d'en attendre alors que le médecin ayant prescrit ce médicament ne verra sa responsabilité engagée que si le demandeur démontre sa faute.

A cette occasion, le juge ordonnera le plus souvent une expertise médicale pour déterminer l'ensemble des préjudices imputables au défaut du produit.

En effet, sans la reconnaissance d'une faute, d'un préjudice et d'un lien ●●●



de causalité entre les deux, la responsabilité de l'établissement ou du professionnel de santé ne pourra être retenue. Cette expertise sera donc déterminante. Une fois la responsabilité prononcée par le juge et les délais de voies de recours épuisés, le jugement est publié pour permettre aux usagers susceptibles d'être concernés de se faire connaître pour adhérer au groupe et ainsi obtenir la réparation de leurs préjudices.

On ne pourra que regretter que le texte adopté n'ait pas tenu compte de la proposition des assureurs prévoyant une phase de médiation préalable obligatoire autour d'une commission composée d'assureurs avant engagement de la procédure d'action de groupe. Cette phase préalable avait pour objectif d'éviter au maximum les contentieux, conformément à l'objectif de « déjudiciarisation de la médecine » recherché par la loi Kouchner du 4 mars 2002.

Le texte finalement adopté, ne prévoit finalement la médiation qu'à titre facultatif et la place au second rang, ce qui va à l'encontre des orientations prises ces dernières années visant à privilégier des procédures d'indemnisation amiable et rapide.

• Une deuxième étape d'indemnisation individuelle

Cette étape s'ouvre à l'issue de la précédente, une fois tranchée par le juge le principe de la responsabilité et les usagers victimes identifiés. Elle a pour objectif la réparation individuelle des préjudices de chacune des personnes adhérente au groupe.

Les victimes peuvent adresser leur demande de réparation directement auprès du responsable où demander à l'association d'usagers de les représenter.

L'indemnisation interviendra quant à elle soit au terme d'une médiation par la signature d'une convention réglant amiablement les conditions de l'indemnisation, soit à défaut, par une décision émanant du juge ayant déjà statué sur le principe de responsabilité.

Le montant des indemnisations qui pourraient être mises à la charge d'un même responsable mérite également une attention particulière. Les actions de groupe renvoient nécessairement à la notion de sinistre sériel pour lequel un ensemble de faits dommageables ayant

la même cause technique est susceptible de ne constituer qu'un seul sinistre. Ceci est fondamental car les contrats d'assurance prévoient des plafonds de garantie par sinistre. Les choses sont ainsi fondamentalement différentes si l'on doit considérer qu'il doit y avoir un sinistre par victime ou un seul sinistre quel que soit le nombre de victimes, car, dans cette seconde hypothèse, les premiers venus seront les premiers servis, mais ensuite...

Espérons que le juge ne soit pas tenté d'aller rechercher, dans un objectif de solvabiliser les indemnisations, la responsabilité des utilisateurs de ces produits (les médecins) qui eux bénéficient règlementairement de plafonds de garantie plus élevés (8 M € par sinistre) et de l'intervention d'un fonds de garantie dont ils assurent de façon exclusive le financement, lorsque les indemnisations allouées à leurs victimes dépassent ce seuil.

Un effet rétroactif source d'insécurité juridique

Le texte ne prévoit aucune limite de temps à l'exercice de l'action de groupe. En conséquence les usagers pourront agir contre les fabricants, producteurs et utilisateurs de produits de santé pour des faits antérieurs à l'entrée en vigueur

de la loi si toutefois l'action en justice n'est pas prescrite, contrairement à ce qui était prévu dans le projet de loi initial.

L'action est donc ouverte concernant des produits qui ne seraient plus en circulation sur le marché. Ainsi des affaires telles que celle du Mediator, pourrait bien revenir sur le devant de la scène à la demande de personnes n'ayant pas encore obtenu réparation.

Cette rétroactivité, pourrait avoir des conséquences directes et immédiates sur la couverture assurantielle des acteurs de la santé, mettant en péril l'équilibre des contrats portant sur des périodes d'assurance déjà échues. Elle pose en outre un réel problème de preuve pour les professionnels de santé, qui doivent dorénavant en tenir compte en conservant une traçabilité sans faille de leur activité. Toutefois, rien n'est encore figé, car le conseil constitutionnel vient d'être saisi le 21 décembre par les sénateurs et les députés du groupe « les Républicains » d'un recours portant sur plusieurs dispositions de la loi de santé, dont le caractère rétroactif de l'action de groupe. Le conseil dispose d'un mois pour se prononcer. Nous suivrons donc cela de près. ■

● Pour plus d'informations : www.macsf-exerciceprofessionnel

DELPHINE ROUSSEL
JURISTE MACSF - LE SOU MEDICAL /
MAJ : 04/01/2016





Et si vous optimisiez
votre épargne grâce
aux conseils personnalisés
d'un expert ?

ÉPARGNE RETRAITE

PUBLICITÉ

Votre conseiller MACSF est à votre écoute pour analyser vos attentes et vous proposer des solutions épargne retraite personnalisées.
Pour prendre rendez-vous avec votre conseiller, contacter le 3233.

3233

Service gratuit
+ prix appel

ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.





LE CONTRAT DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL

Vous venez de signer un contrat de travail à temps partiel et vous vous interrogez encore ?

DES OBLIGATIONS ?

Le contrat de travail à temps partiel doit obligatoirement faire l'objet d'un écrit et comporter certaines mentions (1).

Il est conclu avec un salarié dont la durée du travail est inférieure à la durée de travail pratiquée dans l'entreprise.

Le salarié à temps partiel peut cumuler plusieurs contrats de travail à temps partiel chez plusieurs employeurs mais doit veiller à respecter les dures maximales légales de travail.

(1) Article L3123-14 du Code du travail

QUEL EST LE STATUT ET LA RÉMUNÉRATION DU SALARIÉ À TEMPS PARTIEL ?

Les salariés à temps partiel bénéficient des mêmes droits que les salariés à temps complet.

Compte tenu de la durée de travail et de l'ancienneté dans l'entreprise, la rémunération du salarié à temps partiel est proportionnelle à celle du salarié qui, à qualification égale, occupe à temps complet un emploi équivalent dans l'établissement ou l'entreprise (1).

(1) Article L3123-10 du Code du travail

AI-JE LES MÊMES DROITS QU'UN SALARIÉ À TEMPS COMPLET ?

Conformément au principe d'égalité de traitement, le salarié à temps partiel bénéficie des droits reconnus aux salariés à temps complet (1).

Par exemple, le salarié à temps partiel ne doit pas se voir appliquer une période d'essai d'une durée supérieure à celle des salariés à temps plein (2).

De même, la rémunération d'un salarié à temps partiel est proportionnelle à celle du salarié qui, à qualification égale, occupe à temps complet un emploi équivalent dans l'entreprise ou dans l'établissement (3). Son ancienneté est cal-

culée comme s'il avait été occupé à temps plein (4). Les périodes non travaillées sont donc prises en compte en totalité.

La durée des congés payés est identique à celle dont bénéficient les salariés à temps plein (au moins 5 semaines soit 30 jours ouvrables par an (5))...

Les salariés à temps partiel sont électeurs et éligibles comme les salariés à temps complet (6). Ils sont comptabilisés dans l'effectif au prorata de leur temps de présence (7).

Les salariés à temps partiel ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination (8).

(1) Article L3123-11 du Code du travail
(2) Article L3123-9 du Code du travail
(3) Article L3123-10 du Code du travail
(4) Article L3123-12 du Code du travail
(5) Article L3141-3 du Code du travail
(6) Article L2314-16 du Code du travail
(7) Article L1111-2 du Code du travail
(8) Cass.Soc. 16 janvier 2008, n°06-41471

QUELS SONT MES DROITS EN MATIÈRE DE CONGÉS PAYÉS ?

Les salariés à temps partiel ont droit aux congés payés dans les mêmes conditions que les salariés à temps complet, aussi bien en termes de durée que d'indemnité (1). Les congés payés d'un salarié à temps partiel, ne sont pas calculés au prorata de son temps de travail.

Les juges estiment, conformément

au Code du travail (2), que tout salarié a droit à 2,5 jours ouvrables de congés payés par mois (3) et que "le salarié à temps partiel a droit à un congé dont la durée, qui ne doit pas être réduite à proportion de l'horaire de travail, est égale à celle du congé d'un salarié à temps plein".

(1) Cass.Soc. 10 mai 2001, n°99-42566
(2) Article L3123-11 du Code du travail
(3) Article L3141-3 du Code du travail

COMMENT SONT RÉMUNÉRÉS LES HEURES COMPLÉMENTAIRES ?

Les heures réalisées dans la limite du 1/10e de la durée fixée au contrat de travail sont majorées de 10% (1).

Les heures complémentaires réalisées au delà de ce 1/10e bénéficient d'une majoration de 25% (sauf accord de branche dérogatoire).

Il convient de noter que les heures complémentaires ne peuvent pas faire l'objet d'un repos compensateur (3) (comme cela peut être le cas pour un salarié à temps complet qui réalise des heures supplémentaires). Par conséquent, les heures complémentaires sont obligatoirement payées au salarié (avec un taux de majoration le cas échéant).

(1) Article L3123-17 du Code du travail
(2) Article L3123-19 du Code du travail
(3) Cass.Soc. 17 février 2010, n°08-42828

SUIS-JE PRIORITAIRE POUR UN POSTE À TEMPS PLEIN ?

Un salarié à temps partiel qui demande à passer à temps complet est prioritaire pour l'attribution d'un emploi à temps complet.

Il est donné la priorité aux salariés à temps partiel d'accéder à un emploi à temps complet relevant de sa catégorie professionnelle ou d'un emploi équivalent (1).

Afin de favoriser l'accès au travail à temps plein, une convention collective ou un accord de branche étendu peut offrir la possibilité pour l'employeur de proposer au salarié à temps partiel d'occuper un emploi à temps complet non équivalent ou ne correspondant pas à sa catégorie professionnelle. L'employeur porte à la connaissance de ces salariés la liste des emplois disponibles correspondants : il affiche la liste des emplois disponibles. La seule diffusion des postes disponibles sur l'intranet de l'entreprise est insuffisante (2).

Seule l'inadéquation du profil du candidat à la nature de l'emploi peut justifier un refus. L'employeur a l'obligation d'accéder à la demande du salarié dès l'instant où ce dernier remplit les conditions requises pour occuper l'emploi qu'il demande.

Par conséquent, le salarié peut obtenir devant les juges le versement de dommages et intérêts en réparation du préjudice subi, si le refus que lui a opposé son employeur est qualifié "d'abusif" (3). ■

(1) Article L3123-8 du Code du travail
(2) Cass.Soc. 20 avril 2005, n°03-41802
(3) Cass.Soc. 29 mars 1995, n°91-45378

Votre Convention collective : 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.





LE DÉPISTAGE DE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE PAR RÉTINOGRAPHE NON MYDRIATIQUE

UNE PREMIÈRE DANS LE DOMAINE DE LA TÉLÉMÉDECINE

Cet acte est le premier acte de télé-médecine inscrit à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et à la CCAM (classification commune des actes médicaux).

Le but annoncé et affiché par l'UNCAM est d'améliorer le taux de dépistage de la rétinopathie diabétique. En cause, un dépistage insuffisant avec à peu près 40% des diabétiques qui ne sont ni dépistés, ni correctement suivis (CS OPH > 2 ans).

PAR LAURENCE PACHE



POURQUOI CE DÉPISTAGE ?

Le diabète est une maladie qui représente un problème majeur de santé publique. Le nombre de patients atteints par cette pathologie est en constante augmentation, atteignant ainsi en France près de 2,5 millions, soit 4 % de la population. Il existe deux types principaux de diabète :

→ le diabète de type I, ou diabète insulino-dépendant, qui survient en général avant l'âge de 20 ans et représente environ 10 à 15 % des patients diabétiques ;

→ le diabète de type II, ou diabète non insulino-dépendant, qui survient quant à lui majoritairement après l'âge de 50 ans, et représente 85 à 90 % des patients diabétiques.

→ Il existe également le diabète gestationnel (apparition du diabète au cours de la grossesse, et qui dans la majorité des cas disparaît après l'accouchement). Ce type de diabète nécessite parfois une insulinothérapie.

Le diabète reste, en outre, la première cause médicale de cécité avant 50 ans dans les pays développés.

Il représente enfin un coût financier important, en raison de son taux élevé de complications dégénératives (le rein, le pied et les yeux étant les principaux organes mis à mal par la maladie).

Il est apparu donc primordial de mettre en place un dépistage de la rétinopathie diabétique, afin de répondre aux besoins de santé visuelle liés à cette pathologie.

Dès 1999, dans ses recommandations de bonne pratique clinique concernant la prise en charge du diabète de type II et le dépistage systématique et régulier de ses complications, l'ANAES(1) préconisait une surveillance annuelle du fond d'œil de tout patient diabétique, alors

que cette même année, seuls 39,3 % des patients concernés avaient reçu une consultation ophtalmologique.

Il a donc fallu faire face à ce problème majeur, en intégrant la réalité que constituait la diminution constante du nombre d'ophtalmologistes en France, alors que les patients à dépister étaient, à l'inverse, en constante progression.

DANS QUELS OBJECTIFS ?

Les objectifs définis pour les deux professions impliquées (Orthoptistes et Ophtalmologistes) sont :

– améliorer le taux de dépistage (objectif de santé publique)

– dégager du temps OPH (dépistage supplémentaire et prise en charge des rétinopathies diabétiques dépistées)

Tous les acteurs se doivent d'être impliqués : les orthoptistes libéraux dans le dépistage de la RD, les orthoptistes salariés par l'adhésion de leur employeur au projet, les médecins généralistes qui se doivent de sensibiliser et d'adresser leurs patients diabétiques non suivis ou non dépistés, les diabétologues et tous les professionnels de santé (infirmiers, kinés...) et les patients qui doivent prendre en main leur pathologie.

L'UNCAM a souhaité favoriser le développement d'une coopération entre Orthoptistes et OPH et l'accessibilité des diabétiques à ce mode de dépistage. Les modalités organisationnelles sont laissées « libres », charge aux professionnels de santé de s'organiser selon les spécificités locales (orthoptiste dans son propre cabinet, à l'extérieur de son cabinet, chez l'ophtalmo, dans des maisons de santé pluri professionnelles, dans les locaux du conseil général...)

Le tiers payant sera la norme.

COMMENT FONCTIONNE CE DÉPISTAGE ?

→ de prime abord, le patient est adressé par son médecin traitant ou son diabétologue ;

→ l'orthoptiste aura alors plusieurs données cliniques à recueillir, à savoir l'année de découverte du diabète du patient, le type de diabète et le traitement suivi par le patient. Il sera également judicieux qu'il recueille l'hémoglobine glyquée la plus récente du patient.

En effet, ce résultat fournit une indication quant à l'équilibre du diabète du patient, et aidera l'ophtalmologiste qui analysera les photographies, à poser son diagnostic.

→ l'orthoptiste pourra ensuite procéder à la prise de photographies.

Cet examen consiste à réaliser deux clichés de chaque rétine : le premier du pôle postérieur, et le second de la rétine nasale. Il est donc reproductible d'un opérateur à l'autre.

→ une fois les quatre clichés réalisés, l'orthoptiste les adresse à l'ophtalmologiste qui les analysera et retournera le compte rendu au médecin et au patient. A cet égard, l'orthoptiste dispose d'un type de boîte de courrier électronique sécurisée, où différents types de messages peuvent être adressés à l'ophtalmologiste qui analysera l'examen.

Il lui sera ainsi possible de préciser si les conditions d'examen étaient favorables ou non (et d'expliquer notamment si le patient souffre d'une cataracte, d'un nystagmus ou de tout autre élément qui pourrait expliquer des clichés de mauvaise qualité). La télétransmission peut prendre de nombreuses formes :

→ Par la Messagerie Sécurisée de Santé MSS qui est un outil d'échange des données médicales gratuit, que l'ASIP Santé a mis à disposition des professions de santé fin 2013-début 2014

→ Par l'intermédiaire d'un hébergeur de données de santé qui peut stocker les clichés en attendant que le lecteur vienne les lire mais ce type d'organisation sera aux frais des professionnels demandeurs, charge à eux de trouver et de rémunérer cet hébergeur

→ Ou par tout autre moyen que les pro-

(1) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ancienne HAS (Haute autorité de santé)

CHIFFRES CLÉS DE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE

(SOURCE : HAS – SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS 2011)

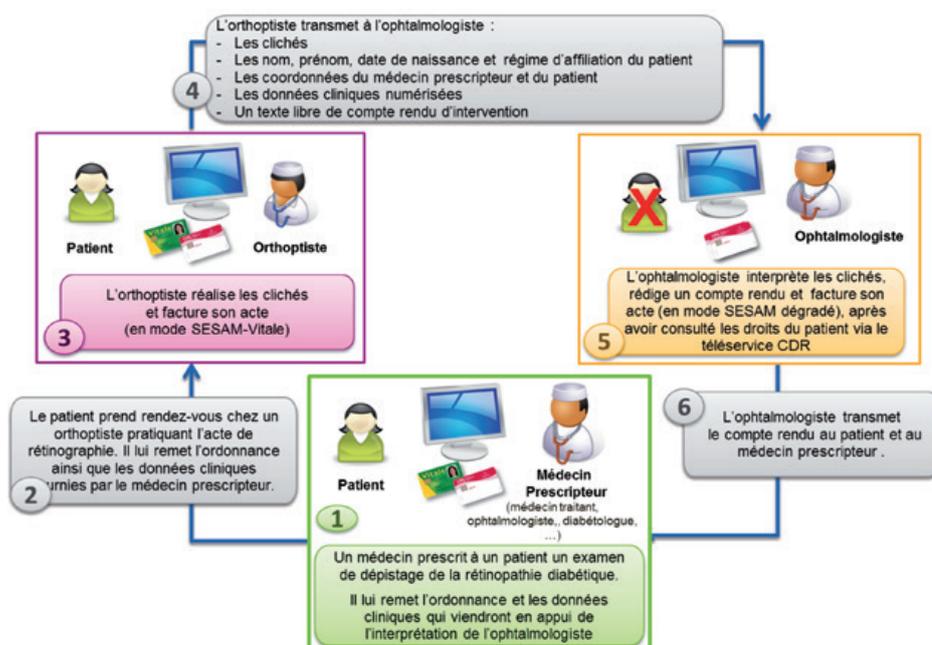
1 Prévalence du diabète traité en France : environ 4 %, soit plus de 2,5 millions de personnes, avec des disparités géographiques et selon les classes d'âge.

2 Consultation ophtalmologique annuelle : environ 50 % des patients (72 % sur une période de 2 ans).

3 Prévalence de la rétinopathie en populations diabétiques : estimée entre 7,9% (prévalence déclarée) et de l'ordre de 25 %-31 % (prévalences observées).

4 Incidence cumulée de la rétinopathie diabétique : 5,3 % à 1 an et 30,5 % à 5 ans chez les diabétiques de type 2 pour tous les stades de rétinopathie ; 0,3 % à 1 an et 3,9 % à 5 ans pour les formes menaçant la vision (étude au Royaume-Uni 1991-1999).

5 Sur la base des trois expériences locales de dépistage par lecture différée de rétinographies, 19 200 patients ont été dépistés ; 3 834 (19,9 %) avaient une rétinopathie diabétique, 826 (4,3 %) une rétinopathie diabétique non proliférante sévère, une rétinopathie diabétique proliférante.



fessionnels jugeront compatible avec leurs priorités et leur organisation, à condition qu'il respecte les exigences de sécurité en vigueur définies dans la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé.

POUR QUELLE REMUNERATION ?

Pour les orthoptistes l'acte total (réception du patient, entrée des données administratives et cliniques concernant son diabète, prises de clichés) est coté AMY 6,7 (17,42€ à ce jour) si les clichés sont envoyés par télétransmission, AMY 6,1 (soit 15,86€ à ce jour) si la transmission se fait par un autre moyen (logiciel commun, clé USB, CD ROM, Fax...). C'est la télétransmission effectuée par l'Orthoptiste qui permettra à l'OPH lecteur, qui ne verra pas le patient et qui n'aura donc pas sa carte vitale, d'obtenir le paiement de son acte de lecture comme cela se pratique chez les biologistes hors de la présence du patient.

QUELLES SONT LES DEMARCHES REGLEMENTAIRES A EFFECTUER AVANT DE DEMARRER ?

Pour l'orthoptiste, le dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération avec un ophtalmologiste, par rétinographie avec lecture différée hors présence du patient, est le premier acte de télémede-

cine pris en charge en ville, ce qui impose le respect d'un certain nombre de conditions techniques et réglementaires pour sa pratique :

→ les conditions de réalisation, notamment de formation, figurant sous les actes de rétinographies à la NGAP,
→ les dispositions réglementaires (1) encadrant la transmission des données médico-administratives nécessaires à la réalisation de cet acte, en particulier les déclarations préalables à effectuer auprès de la CNIL et de l'Assurance Maladie :

1. Une télé déclaration d'engagement de conformité du traitement des données auprès de la CNIL.

En pratique, connectez-vous sur le site de la CNIL <http://www.cnil.fr/vos-obligations/declarer-a-la-cnil> pour effectuer la télé déclaration de deux fichiers :

→ l'engagement de conformité de traitement des données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique (référence CNIL RU-039),
→ la déclaration de l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé autorisée (référence CNIL AU-037).

Cette télé déclaration est intuitive et rapide à réaliser.

Pour vous guider dans cette formalité, consultez le tutoriel à télécharger sur le site d'ameli.fr.

(1) Décret du n°2004-1523 du 16 décembre 2014, publié au Journal officiel du 18 décembre 2014. (Source ameli.fr)

2. Une déclaration d'intention de pratiquer cette modalité de dépistage auprès de l'Assurance Maladie.

En pratique, cette déclaration se fait par mail :

→ copiez/collez le texte du modèle de la déclaration (à télécharger sur le site ameli.fr) dans le corps de texte de votre mail,

→ complétez les renseignements demandés directement dans votre mail,

→ adressez votre mail à declaration-depistage-rd@cnamts.fr

L'ensemble de ces dispositions (télé déclarations préalables, transmission des données par messagerie sécurisée, facturation), leurs modalités de mise en œuvre, ainsi que le circuit de dépistage et le rôle des différents acteurs sont présentées dans la fiche technique pour l'orthoptiste à télécharger sur le site ameli.fr

COMMENT SE PROCURER LE MATERIEL ?

Plusieurs possibilités s'offrent à vous :

→ Vous décidez d'acheter votre rétinographe (amortissable sur 5 ans, soit pour un appareil d'un montant de 15000 € par exemple, un amortissement de 3000 € par an soit 250 € environ par mois. Pour le seul amortissement, il faut avoir effectué 15 actes par mois sur 12 mois).

→ Plusieurs orthoptistes se groupent pour acheter le matériel qui sera, ainsi, exploité au maximum. Ce matériel peut être basé toujours dans le même endroit et les orthoptistes s'y rendent pour effectuer les clichés ou bien le matériel se déplace de cabinet en cabinet (inconvenient du transport et de l'assurance).

→ Des ophtalmologistes qui possèdent un rétinographe le prêtent, le louent ou le mettent à disposition des orthoptistes libéraux des alentours ou de leurs salariés les jours où il n'est pas utilisé pour leurs consultations.

→ Une Maison de Santé Pluridisciplinaire MSP achète un matériel et le met à disposition des orthoptistes du bassin pour que leurs patients soient bien suivis sur le plan de leur diabète.

→ Une ARS ou un Conseil Général achètent un rétinographe et demande aux orthoptistes de venir effectuer des sessions de dépistage dans leurs locaux. ●●●



VOUS HÉSITEZ TOUJOURS ?

Un modèle économique peu encourageant pour se lancer seul en libéral, coût de l'appareil, coût de l'hébergeur des clichés, du logiciel de télétransmission,... des difficultés à trouver des lecteurs, comment informer les médecins prescripteurs, les patients... Voici ce que vous propose le SNAO dans le cadre de son « kit » dépistage de la RD pour vous aider à vous lancer plus sereinement :

UNE PLATEFORME DE LECTURE EN PARTENARIAT AVEC LE SNAO

Téléexpertise dans la rétinopathie des diabétiques, la société MEDGROOV propose un déploiement en médecine de ville

Pass MyVision® est une solution innovante de dépistage de la rétinopathie diabétique, destinée aux patients et aux professionnels de santé libéraux. Déployée en ville, cette plateforme collaborative permet de consolider des coopérations entre médecins et professionnels de santé libéraux, de renforcer le suivi des pathologies chroniques et de réduire les délais d'accès aux soins en ophtalmologie.

Lancée à l'international en 2013, Pass MyVision® s'appuie sur son expérience dans l'évaluation des risques cardiométaboliques.

La solution Pass MyVision® est le résultat d'un partenariat innovant avec le SNAO et est déployée progressivement auprès des orthoptistes et des médecins.

OBJECTIFS

L'objectif du dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) est de prévenir la défi-

ciance visuelle due à la rétinopathie, par l'identification précoce de la maladie et la mise en place d'une intervention adaptée : c'est la première cause de déficience visuelle évitable en France.

Avec Pass MyVision®, les médecins et orthoptistes collaborent ensemble dans la mise en place d'un dispositif de télé-médecine pour améliorer le dépistage précoce de la rétinopathie.

INNOVATION ORGANISATIONNELLE AU SERVICE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ET DES PATIENTS

Selon l'Assurance Maladie, il faut patienter jusqu'à 7 mois pour consulter un ophtalmologiste dans certaines régions. L'objectif est de protéger les patients diabétiques de la rétinopathie diabétique en les faisant bénéficier d'un dépistage par rétinographe non mydriatique, indolore, rapide et près de chez eux.

Pass MyVision® transfère les clichés des yeux du patient pris par l'orthoptiste, via la messagerie sécurisée MSSanté, à l'ophtalmologiste pour lecture à distance et les résultats sont transmis au médecin traitant. Le service Pass MyVision® produit des comptes rendus automatisés, des statistiques et gère le contrôle

qualité. La solution Pass MyVision® est disponible pour les orthoptistes qui souhaitent se lancer dans les dépistages de rétinopathies diabétiques, équipés d'un rétinographe ou non.

Les orthoptistes déjà équipés d'un rétinographe souscrivent un abonnement mensuel à 30 euro leur permettant de transmettre les clichés de manière sécurisée à un ophtalmologiste lecteur Pass MyVision®.

Pour les orthoptistes souhaitant s'équiper, une formule « tout compris » incluant le rétinographe est proposée. Le prix des rétinographes a été négocié pour tous les adhérents du SNAO aussi la formule « tout compris » dépend de l'option de location retenue (avec option d'achat ou location longue durée), du modèle choisi et de la durée (4 à 6 ans).

Pour démarrer en toute sérénité une formule « tout compris » à la semaine est à l'étude. Dans cette formule qui inclue les coûts de transports, le rétinographe est partagé avec d'autres orthoptistes afin d'en mutualiser l'investissement. Pour tout renseignement, Coralie est à votre disposition pour vous accompagner dans le meilleur choix (coralie@myvision.fr). ■

ARNAUD LAMBERT
(arnaud@myvision.fr) - Président MEDGROOV

DU MATÉRIEL

Le SNAO a sélectionné pour vous trois rétinographes de qualité (dont un portable) dont les tarifs ont été négociés. Attention, ces tarifs ne sont que temporaires, ne tardez pas si vous souhaitez en bénéficier.

HOROS SCOPE DEC 200 45°

Un rétinographe non mydriatique dans la poche !

Un rétinographe portable qui permettrait de réaliser très rapidement sans avoir recours à la dilatation, des captures d'image haute définition directement in-



terprétables sur son écran tactile ou sur un écran d'ordinateur. Un rétinographe qui permettrait d'accéder à la télé-ophtalmologie. Un rétinographe précis que l'on pourrait transporter et utiliser partout en toute simplicité. Voilà l'idée

directrice de cette jolie innovation développée et commercialisée par MEDIANTECH qui révolutionne et optimise les examens de contrôle de la rétine.

Depuis plusieurs années maintenant, la société MEDIANTECH étudie et détermine, avec ses partenaires professionnels de la santé, les besoins spécifiques et les attentes des différents acteurs des milieux cliniques et hospitaliers en matière de matériel et d'équipement informatique médical. C'est dans ce cadre qu'il y a 3 ans, a émergé le projet de concevoir et de commercialiser un rétinographe non mydriatique portable, permettant des examens de contrôles



ICAM



SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES :

Champ : 45° - **Image :** 5.2 millions de pixels - **Capteur :** CCD 12 bit - **Illumination pendant l'alignement :** IR LED - **Flash pendant acquisition :** LED Blanche - **Image Cornée :** Illumination en continu à partir de 3 LEDs blanches - **Plage de focalisation totale :** -35D à +30D - **Distance de travail :** 25 mm - **Points de fixation :** 6 internes et 1 externe ajustable - **Focalisation :** Manuelle

cales strictes en matière d'hygiène, de sécurité et de précision, on ne peut, de plus, qu'apprécier l'aspect qualitatif qu'il apporte au diagnostic et à l'échange avec le patient. En facilitant le recours à son utilisation grâce à la portabilité et à la simplicité d'utilisation, MEDIANTECH propose ainsi un rétinographe qui optimise la prévention et le dépistage des différentes pathologies.

ICAM

Rétinographe non mydriatique

Commercialisé par EBC Europe et fabriqué par Optovue, l'iCam est un rétinographe non mydriatique permettant de réaliser des vues du fond d'œil : images détaillées de la rétine, du nerf optique et du segment antérieur sur 45°, ainsi qu'une image anérythro pour une appréciation plus fine des détails.

Doté d'un algorithme de déconvolution et d'un capteur CCD 12 bit, ce rétinographe a la particularité de fournir des images avec une fidélité des couleurs accrues, diminuant le bruit et délivrant une profondeur de ton 20 fois supérieure au classique CMOS 8 bit. A cela s'ajoute une manipulation simplifiée grâce à l'utilisation du joystick assistée d'une aide à la visualisation pour la prise de vue. Le logiciel intuitif de l'iCam offre quant à lui de multiples options de visualisation et de communication avec le logiciel de consultation du praticien. Une solution compacte, portable et abordable pour fournir des images couleurs de qualité.

→ **Délégation totale :** Prise d'images du fond d'œil automatique - Ecran de contrôle tactile intuitif

→ **Ergonomique :** Rotation complète de l'écran tactile - Compact et design moderne

→ **Fonctionnement simple et polyvalent :** DICOM et multiples connexions possibles

→ **Gain de place :** Le TRC-NW400 possède un écran tactile rotatif qui permet l'utilisation de l'appareil sous tous les angles.

L'opérateur pourra se positionner devant, derrière ou sur le côté pour assister le patient, tout en optimisant l'espace de travail. Le TRC-NW400 pourra être positionné face à un mur, dans le coin d'une pièce ou sur l'unité de consultation tout en gardant sa convivialité d'utilisation.

ET ENFIN ...

Un « **Courrier type** » à adresser aux médecins pour signaler que vous faites ce dépistage. A télécharger à partir du site du SNAO : <http://www.orthoptiste.pro> rubrique adhérent.

Les bons de commande des flyers rétinino : pour une plaquette destinée aux patients : <http://www.orthoptiste.pro>, et une plaquette destinée aux médecins prescripteurs : <http://www.orthoptiste.pro>.

Toutes les cartes sont entre vos mains. Vous n'avez plus qu'à vous lancer. Il s'agit d'une belle opportunité pour les orthoptistes, ne la laissons pas nous échapper surtout qu'il s'agit du premier acte de télémedecine pris en charge par la sécurité sociale ! ■

DES TARIFS NÉGOCIÉS « ACHAT GROPÉ » DES RNM (RÉTINOGRAPHES NON MYDRIATIQUE)

Horus scope DEC 200 45° portable :
7740€ TTC à partir du 1er mai 2016

ICAM d'Opto Vue 45°
15 700€ TTC pour 1 à 5 machines
14 950€ TTC pour 5 à 10 machines
14 130€ TTC pour plus de 10 machines

Topcon TRC-NW400 45°
15 600€ TTC pour 1 à 5 machines RNM avec table
18 594€ TTC avec colonne
14 500€ TTC pour 5 à 10 machines
17 971€ TTC avec colonne
14 010€ TTC pour plus de 50 machines
15 868€ TTC avec colonne

simplifiés, plus confortables et plus réguliers, des patients. Développé en partenariat avec une société taïwanaise, experte reconnue dans la fabrication de dispositifs de diagnostics médicaux, puis testé avec l'INSERM, ce rétinographe, petit et léger, simple d'utilisation, facilite les dépistages et diagnostics.

Tout d'abord commercialisé dans une version à 40° d'angle, il est aujourd'hui disponible avec un grand angle de 45°, gagnant ainsi encore plus en efficacité, précision et confort lors de la prise de vue. Pouvant être équipé de différents accessoires, il peut aussi se fixer sur une lampe à fente et ainsi compléter un équipement statique. Si d'un point de vue technique, cet appareil répond parfaitement aux attentes et aux normes médi-

TOPCON TRC-NW400

Rétinographe Non Mydriatique

→ Lorsque Haute Qualité d'image rime avec facilité d'utilisation

→ Photo couleur du fond d'œil

objective : Capteur couleur intégré 5 Méga Pixels



TOPCON



UN ŒIL ATTENTIF SUR... NOS RÉGIONS

LE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL EN 6 QUESTIONS LES FUTURES ÉLECTIONS

Le mandat de nos délégués régionaux arrive à échéance, de nouvelles élections vont avoir lieu prochainement.

Jusqu'à présent, le délégué régional était élu et pouvait nommer des correspondants départementaux. Complicé avec ces nouvelles régions !

Donc, compte-tenu de l'étendue des nouvelles régions, il est envisagé de modifier le mode électif en organisant des élections à l'échelon départemental, les délégués départementaux.

Les délégués départementaux seraient élus par les adhérents du département et désigneraient ensuite leur délégué régional.

Tout ceci n'est qu'au stade de la réflexion et nous avons fait le choix de vous consulter via un questionnaire pour savoir ce que vous souhaitez dans vos régions, dans vos départements.

Le questionnaire a été diffusé via un clin d'œil spécial. Il est encore accessible sur le site, dans l'espace adhérent. Pour ceux qui n'ont pas répondu, n'hésitez

pas, il est encore temps. Délégué régional ? Départemental ? Vous pouvez commencer à réfléchir à votre éventuelle candidature. Avant de vous engager dans cette « belle aventure », vous souhaitez sans doute en savoir plus. Bien sûr, rien n'est encore défini en ce qui concerne l'élection de délégués départementaux mais vous pouvez déjà vous faire une idée en prenant connaissance de la situation existante.

Le délégué régional, quelles sont ses missions, est-ce chronophage, y a-t-il beaucoup de déplacements à prévoir, des réunions à organiser ou à lesquelles participer, à quel rythme, comment se fait l'échange d'informations avec le siège du SNAO, les adhérents, les professionnels... ?

Quel est la durée d'un mandat et comment se déroulent les élections ?

Les délégués régionaux sont élus pour 5 ans par les adhérents membres actifs de leur région, à jour de cotisation au moment des élections. Environ 2 mois après l'appel à candidature, il est procédé au vote par correspondance. Le dépouillement se fera au cours du CA suivant la clôture du vote. En cas d'égalité des voix, le candidat ayant le nombre d'années consécutives d'adhésion la plus importante, sera élu.

Qui peut prétendre à un poste de délégué régional ?

Le candidat doit être en activité depuis au moins 3 ans dans la région, être adhérent du SNAO depuis plus de 3 ans et avoir un cabinet principal dans la région où il souhaite se présenter depuis plus d'un an.

Quelle est sa mission ?

Représenter le SNAO dans sa région, défendre et promouvoir le syndicat, ses thèses et ses orientations, être le relais entre le Conseil d'Administration et les orthoptistes de sa région.

Oui, mais comment ?

Le délégué régional est informé par le CA grâce à des réunions téléphoniques à intervalles réguliers, il peut prendre contact directement si nécessaire avec le Secrétaire Générale ou le Secrétaire Adjoint. Il est organisé deux fois par an, une réunion entre les délégués régionaux et le CA.

Le délégué régional aura à sa dis-

position des dossiers sur le remplacement, la cession de cabinet, la retraite...Ainsi que des documents sur les lois en rapport avec l'exercice de la profession.

Il signera son engagement en signant le règlement intérieur et les statuts du SNAO.

Il est mandaté par le CA qu'il engage par sa signature.

Quel est son rôle ?

→ Il informe le CA de l'activité régionale lors de réunions téléphoniques, représente le SNAO dans les instances régionales, départementales et locales.

→ Il organise au moins une fois par an une réunion syndicale avec les orthoptistes adhérents, une autre avec les orthoptistes non adhérents et une avec les étudiants (s'il y en a dans sa région).

→ Il se mettra en contact avec les lieux de formation initiale de sa région s'il y en a.

→ Il doit promouvoir la formation continue.

→ Il fait le suivi démographique de sa région.

→ Il fait remonter au CA les dysfonctionnements.

→ Il met en place autant que possible, des journées d'informations professionnelles dirigées vers le grand public et les autres professionnels de santé ;

→ Il se doit d'assister aux formations proposées par le CA, aux réunions de travail et à l'Assemblée Générale annuelle.

Vu l'étendue de certaines régions,





2^{ème} RÉUNION DU GROUPE ÉDUCATION DE L'OCE*

À LISBONNE LE 18 MARS 2016

*ORTHOPTISTES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

UN TÉMOIGNAGE DE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL MARIE PIERRE FAURE, Auvergne

Je suis diplômée du centre de formation en orthoptie de Clermont-Ferrand depuis 1991 et je suis déléguée régionale Auvergne depuis le début de l'année 2012.

J'ai décidé de donner un peu de mon temps pour aider la profession et surtout nos collègues auvergnats. J'ai apprécié de participer à de nombreuses réunions avec l'équipe dynamique, sympathique et compétente du seul syndicat représentatif pour notre profession. Les réunions sont biennuelles, en général, à Paris, au siège de notre syndicat avec les présidents des URPS et les délégués régionaux. Nous faisons le point sur l'actualité syndicale en région où l'on évoque les différents projets, les protocoles de coopération, la rétinographie.

En tant que déléguée régionale, je participe à quelques réunions dans ma région avec les autres professionnels de santé. J'ai participé à une seule réunion de travail avec la C.P.A.M. Il m'a été impossible d'avoir une commission paritaire en 3 ans. Le délégué régional est très souvent le président de l'union régionale de la profession (URPS). C'était le cas pour notre région Auvergne ; Avec la fusion avec la région Rhône-Alpes depuis ce début d'année 2016, je ne serai plus la présidente de l'URPS Auvergne

Rhône-Alpes mais je reste la secrétaire de l'URPS. Il semblait plus logique que la présidente reste à proximité de l'ARS à LYON afin d'être la plus représentative aux nombreuses réunions. Le délégué régional permet de défendre la profession et surtout il permet d'établir un lien entre la région et les dirigeants. Il permet de faire évoluer la profession pour une meilleure reconnaissance des orthoptistes.



il peut s'adjoindre des correspondants départementaux.

Qu'est-ce qu'un correspondant départemental ?

Tout d'abord pour être correspondant départemental, il faut être en activité depuis au moins 3 ans dans la région, être adhérent du SNAO depuis plus de 3 ans et avoir un cabinet principal dans la région où l'on souhaite se présenter depuis plus d'un an.

Le correspondant départemental est nommé pour 5 ans par le Conseil d'Administration, après avis du délégué régional. Sont nommés en principe autant de correspondants départementaux que de départements dans la région. Le correspondant départemental sera autant que possible, choisi, parmi les membres des commissions paritaires.

Sa mission est de seconder le délégué régional en assurant une

présence efficace dans son département.

Tous les semestres et plus souvent si besoin est, il informe le délégué régional sur la situation dans son département et il rend compte des réunions auxquelles il assiste dans le cadre de sa mission.

Il signifiera son engagement en signant le règlement intérieur et les statuts du SNAO.

Le cas particulier de la région Parisienne

En Ile de France, aucun vote ne sera organisé pour l'élection d'un délégué régional, mais des correspondants départementaux seront nommés par le SNAO.

Pour être correspondant départemental en région parisienne, il faut être en activité depuis au moins 3 ans dans la région, être adhérent depuis plus de 3 ans et avoir un cabinet principal dans la région depuis plus d'un an. ■

Le but de ce comité éducation est de développer et d'améliorer les standards des études d'orthoptie à travers l'Europe en partageant les exemples des meilleures pratiques, en facilitant l'apprentissage tout au long de la vie (pré et post universitaire), en fournissant un soutien et des conseils aux pays européens qui souhaitent établir un programme national d'orthoptie (Belgique et Norvège), et en échangeant avec les autres organismes européens liés à notre profession (comme l'ESA ...)

Pour cette deuxième réunion annuelle nous avons été merveilleusement accueillis par nos collègues portugais à l'école supérieure de technologie de santé de Lisbonne qui dépend de l'Institut Polytechnique de Lisbonne. Cette école est parfaitement équipée, les études se font en 4 ans, avec possibilité d'évoluer vers le master et le doctorat.

Nous étions 13 orthoptistes représentant 11 pays (Portugal, Hollande, Suisse, Grande Bretagne, Belgique, Norvège, Allemagne, Autriche, Italie, Suède, France) Chaque groupe a rendu compte du travail effectué dans l'année. Nous en avons débattu pour l'améliorer et programmer le travail à envisager pour l'an prochain.

Pour avoir une meilleure compréhension des études d'orthoptie en Europe, le groupe «long life learning knowledge» a finalisé une enquête qui sera adressée à tous les centres de formation européens. Les résultats de ce questionnaire seront analysés et discutés lors du prochain meeting du groupe éducation à Heidelberg en Allemagne le 31 mars 2017.

Nous espérons pouvoir construire des cadres d'éducation communs qui permettront une circulation plus facile des orthoptistes en Europe. ■

JACQUES DANGLA
CHARGÉ DE MISSION POUR LA FRANCE AUPRÈS
DU GROUPE ÉDUCATION DE L'OCE





C LE CONTRÔLE POSTURAL CHEZ L'ENFANT STRABIQUE

Chez l'Homme, la posture de référence est la position orthostatique non perturbée (debout, les pieds parallèles, sans déplacement du corps, ni du support). Le maintien de cette posture est possible si la projection du centre de masse (CdM) et le déplacement du centre des pressions (CdP) se situent dans le polygone de sustentation représenté par l'aire comprise entre les différents points d'appui au sol (Mittelstaedt, 1983). La surface de déplacement du CdP est de l'ordre d'une centaine de mm² (Gagey and Weber, 2005). Si le CdM et/ ou le CdP sortent du polygone de sustentation ou ne sont plus alignés sur la même verticale, il en résulte une instabilité et différentes stratégies d'équilibration sont mises en œuvre pour éviter la chute.

Nous allons présenter les résultats d'études qui se sont intéressées à l'enregistrement du déplacement du CdP chez l'enfant strabique, avant et après réalignement des axes oculaires. Nous ne décrivons pas ici les études s'intéressant à l'adulte strabique. Le rôle des informations proprioceptives chez l'enfant strabique fera peut-être l'objet d'un autre article.

Les premières études sur le contrôle postural des enfants strabiques apparaissent en Suède au milieu des années 1980. Odenrick et al., (1984) observent que les filles avec un strabisme convergent sont plus instables que les filles non strabiques, et ceci lorsque les deux yeux sont ouverts. Il faut attendre 2006 et les travaux de Matsuo et al., pour avoir un regain d'intérêt pour la posture chez les sujets strabiques. Ces derniers ont enregistré le déplacement du CdP chez 28 enfants strabiques. Parmi ces enfants strabiques, 13 ont une acuité stéréoscopique mesurable au test du TNO, les 15 autres n'ont pas de vision stéréoscopique. Ils ont trouvé en condition les « yeux ouverts » que les enfants sans acuité stéréoscopique avaient une longueur et une vitesse de déplacement du centre des pressions plus grandes que les enfants avec une vision stéréoscopique et ceci aussi bien les yeux ouverts que les yeux fermés. Ceci suggère l'importance de la vision stéréoscopique sur le contrôle postural. Quelques années plus tard, Legrand et al., (2011) ont enregistré le déplacement du CdP chez 9 enfants strabiques sans vision binoculaire. Comme décrit dans la littérature concernant le développement postural de l'enfant non strabique, ils ont retrouvé que la stabilité posturale chez ces enfants strabiques était meilleure les yeux ouverts que les yeux fermés. L'année d'après, Legrand et al., (2012) n'observent pas de différence concernant le déplacement du CdP selon la distance de fixation que ce soit à une distance de 40 cm ou de 200 cm chez 9 enfants strabiques. Ce résultat est en contradiction avec les résultats observés chez l'enfant non strabique. Récemment, Gaertner et al., (2013) ont étudié le contrôle postural chez 11 enfants avec un strabisme convergent et 13 enfants avec un strabisme divergent lors de deux tâches de fixation (40 cm et 2 m) et lors de mouvements de vergences entre 20 et 50 cm. Ils ont trouvé une diminution des oscillations médio-temporales du CdP chez les enfants avec un strabisme convergent lors de la fixation proche. A l'inverse, ces oscillations augmentaient chez les enfants avec un strabisme divergent lors de la fixation proche. Lors des mouvements de vergences, les oscillations médio-temporales du CdP augmentaient chez les enfants avec un strabisme convergent, et diminuaient chez les enfants avec un strabisme divergent. Ces résultats suggèrent que les enfants stra-

biques utilisent les informations visuelles et proprioceptives quand l'angle de leur strabisme correspond à la fixation nécessaire. Les enfants avec un strabisme convergent utilisent des signaux de convergence liés à la vision de près, les enfants avec un strabisme divergent à des signaux de divergence lié à la vision de loin. De plus, lors des mouvements de vergence, la variation de vitesse de déplacement du centre des pressions est moindre en comparaison avec la tâche de fixation, de sorte que moins d'énergie est nécessaire pour assurer une bonne stabilité posturale. La même année, Gaertner et al., (2013b) ont enregistré le déplacement du centre des pressions chez 24 enfants strabiques dont 13 enfants avaient un strabisme divergent et 11 avaient un strabisme convergent. Ils ont enregistré le déplacement du centre des pressions lors d'une fixation visuelle en vision de près (40 cm), en vision de loin (2 m) en vision binoculaire et en vision monoculaire (œil dominant et œil non dominant). Ils ont trouvé qu'en vision binoculaire les enfants avec un strabisme convergent étaient plus stables en vision de près, alors que les enfants avec un strabisme divergent étaient plus stables en vision de loin. Ceci est en accord avec l'étude de Gaertner et al., (2013a) sur le fait que les enfants strabiques ont une distance privilégiée pour le contrôle de leur posture, qui est la vision de près pour les enfants avec un strabisme convergent et la vision de loin pour les enfants avec un strabisme divergent. De plus, ils retrouvent que les enfants strabiques sont encore moins stables lorsqu'il fixe avec leur œil non-dominant que lorsqu'il fixe avec leur œil dominant ou en vision binoculaire. Ceci serait dû à des mécanismes complémentaires : un champ visuel plus large en binoculaire qu'en monoculaire associé à une meilleure qualité de fixation et d'angle de vergence en raison de l'utilisation des informations visuelles des deux yeux. Récemment, Lions et al., (2016) ont enregistré le déplacement du CdP chez 23 enfants strabiques (dont 8 avec vision binoculaire) selon 4 conditions visuelles : Yeux ouverts, Yeux fermés, Œil dominant ouvert, Œil non dominant ouvert en position debout. Les auteurs ont observé que le contrôle postural est détérioré lorsque l'œil non-dominant est fixateur en comparaison aux deux yeux ouverts, suggérant que l'information visuelle en provenance de cet œil n'est pas suffisante pour obtenir une bonne stabilité. Ils observent aussi que le Quotient de Romberg est meilleur chez les enfants strabiques avec vision binoculaire, mettant en évidence le rôle important de la vision binoculaire sur le contrôle postural.

PLUSIEURS ÉTUDES SE SONT INTÉRESSÉES À L'ÉVOLUTION DU CONTRÔLE POSTURAL APRÈS RÉALIGNEMENT DES AXES OCULAIRES PAR PRISMES, VOIRE APRÈS CHIRURGIE OCULOMOTRICE.

Dans son étude de 2006, Matsuo et al., ont trouvé une augmentation significative de tous les paramètres posturaux (longueur, vitesse, surface) aussi bien en condition « yeux ouverts » qu'en condition « yeux fermés », après réalignement des axes oculaires par chirurgie oculomotrice. En 2010, Matsuo et al., ont étudié le déplacement du corps immédiatement, 15 minutes et 60 minutes après le port de prismes corrigeant l'angle de déviation du strabisme chez les 10 sujets adultes avec un strabisme divergent intermittent et chez les 7 sujets adultes avec un strabisme divergent constant. Ils ont trouvé une augmentation significative de l'instabilité immédiatement et 15 minutes après le port de prismes chez tous



les sujets strabiques. Cependant, après 60 minutes de port de prismes, la stabilité posturale revenait à des valeurs comparables à la situation avant la mise en place de prismes. De la même manière, Legrand et al., (2012) ont montré dans un groupe de 9 enfant strabiques une détérioration de la stabilité posturale après le port de prismes. En revanche, après réalignement des axes oculaires par chirurgie oculomotrice, la stabilité posturale est meilleure qu'avant chirurgie ou qu'avec l'essai de prisme. Déjà, en 2011, Legrand et al., (2011) avaient rapporté une évolution de la stabilité posturale après réalignement des axes oculaires par chirurgie oculomotrice dans un groupe d'enfants strabiques. En effet, 2 semaines après la chirurgie oculomotrice la stabilité posturale est moins bonne qu'avant la chirurgie, mais après 8 semaines, la stabilité posturale est meilleure qu'avant la chirurgie oculomotrice. Récemment, Lions et al., (2016) ont enregistré le déplacement du CdP chez 12 enfants strabiques avant et après chirurgie oculomotrice. Ils ont observés une diminution de la surface et de la longueur du CdP en condition yeux fermés, ainsi qu'une diminution de tous les paramètres posturaux en condition Œil non dominant ouvert après chirurgie. Ces résultats mettent en évidence que la chirurgie du stra-

bisme améliore non seulement l'entrée visuelle mais aussi les informations proprioceptives. Ces auteurs qui mettent en évidence une modification de la stabilité posturale après réalignement des axes oculaires par prismes ou par chirurgie oculomotrice soulignent l'importance des informations proprioceptives et plus particulièrement des capteurs proprioceptifs des muscles oculomoteurs chez les enfants strabiques permettant une bonne stabilité posturale. ■

CYNTHIA LIONS

ORTHOPTISTE, PHD - CYNTHIA.LIONS.GIRAUD@GMAIL.COM

RÉFÉRENCES

- Gaertner C, Creux C, Espinasse-Berrod M-A, Orssaud C, Dufier J-L, Kapoula Z (2013a) Postural control in nonamblyopic children with early-onset strabismus. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 54:529-536.
- Gaertner C, Creux C, Espinasse-Berrod M-A, Orssaud C, Dufier J-L, Kapoula Z (2013b) Benefit of bi-ocular visual stimulation for postural control in children with strabismus. *PLoS ONE* 8:e60341.
- Gagey P-M, Weber B (2005) Posturologie: régulation et dérèglements de la station debout. Elsevier Masson.
- Legrand A, Bui-Quoc E, Buccini MP (2012) Re-alignment of the eyes, with prisms and with eye surgery, affects postural stability differently in children with strabismus. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 250:849-855.
- Legrand A, Quoc EB, Vacher SW, Ribot J, Lebas N, Milleret C, Buccini MP (2011) Postural control in children with strabismus: Effect of eye surgery. *Neuroscience Letters* 501:96-101.
- Lions C, Colleville L, Bui-Quoc E, Buccini MP (2016) Importance of visual inputs quality for postural stability in strabismic children. *Neurosci Lett* 617:127-133.
- Matsuo T, Narita A, Senda M, Hasebe S, Ohtsuki H (2006) Body sway increases immediately after strabismus surgery. *Acta Medica Okayama* 60:13.
- Matsuo T, Yabuki A, Hasebe K, Shira YH, Imai S, Ohtsuki H (2010) Postural stability changes during the prism adaptation test in patients with intermittent and constant exotropia. *Investigative ophthalmology & visual science* 51:6341-6347.
- Mittelstaedt H (1983) A new solution to the problem of the subjective vertical. *Naturwissenschaften* 70:272-281.
- Odenrick P, Sandstedt P, Lennerstrand G (1984) Postural Sway and Gait of Children with Convergent Strabismus. *Developmental Medicine & Child Neurology* 26:495-499.

LE CERTIFICAT INFORMATIQUE ET INTERNET (C2I)

C'est une certification française délivrée par les établissements supérieurs français certifiés LMD. Depuis 2002 cet enseignement fait partie du cursus obligatoire de chaque étudiant.

Il a été institué dans le but de développer puis de certifier la possession de compétences dans l'usage des technologies de l'information et de la communication.

Il se décline en un niveau 1 généraliste destiné aux étudiants du cycle Licence (C2i1), et des niveaux 2 spécialisés, orientés "Métiers" destinés aux étudiants en Master dans 6 champs dont celui des métiers de la santé (C2i2ms). Cet article ne traitera que du C2i1.

LE C2I1

Il ne s'agit pas d'un enseignement d'informatique en tant que discipline, ni d'une certification limitée à la bureautique, mais d'une certification couvrant des compétences bien plus larges répartis en 5 domaines:

D1 : Travailler dans un environnement numérique

D2 : Être responsable à l'ère du numérique

D3 : Produire, traiter, exploiter et diffuser des documents numériques

D4 : Organiser la recherche d'informations à l'ère du numérique

D5 : Travailler en réseau, communiquer et collaborer

Le but est bien plus large qu'une simple acquisition des compétences numériques utiles aux études supérieures, il s'agit surtout d'acquérir une culture numérique valable à long terme, par-delà les changements rapides des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

TESTEZ VOTRE NIVEAU

Sur la plateforme de positionnement accessible en cliquant sur le lien : <https://c2i.education.fr/c2i1/anonyme.php> où vous aurez à répondre à un quizz de 60 questions en un temps imparti

de 45 minutes. Les résultats s'affichent instantanément (vous pouvez les recevoir par mail si vous entrez votre adresse avant le démarrage du test) :

- pour un score inférieur à 40% dans un domaine, il faut reprendre les bases et acquérir les connaissances et savoir-faire associés,

- pour un score compris entre 40% et 70%, vous devez approfondir le domaine en tenant compte de vos résultats dans les différentes compétences,

- pour un score compris entre 70% et 100%, vous avez, a priori, les compétences du C2i de ce domaine, vous pouvez compléter vos connaissances en auto-formation.

L'OBTENTION DE LA CERTIFICATION

La certification est organisée uniquement par les établissements habilités par le ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche dont la liste est accessible sur le site dédié au C2i : <https://c2i.enseignementsup-recherche.gouv.fr/> Les épreuves comportent une partie pratique et une partie théorique.

→ Pour la partie pratique vous devez constituer un dossier numérique de compétences (DNC) apportant les preuves des savoirs acquis, des aptitudes développées et des compétences maîtrisées en regard du référentiel dont les éléments peuvent être des productions externes commentées résultant d'activités réalisées en dehors du cursus LMD.

→ Pour la partie théorique vous devrez vous soumettre à un contrôle de connaissances, prenant la forme d'un QCM. Un taux de bonnes réponses de 50% dans chaque domaine sera requis pour la certification.

OÙ SE « FORMER » ?

Toutes les ressources sont en lignes et accessibles afin que vous puissiez vous en imprégner. <https://c2i.enseignementsup-recherche.gouv.fr/> Pour la partie pratique et le DNC il est utile de s'inscrire soit à une formation sur le sujet, soit à un MOOC (voir Œil en Coin précédent) mais cela n'est nullement obligatoire.

Sur la plateforme FUN se déroule actuellement, et jusqu'au 4 mai, la Session 3.

<https://www.fun-mooc.fr/cours/#search?query=C2i&page=1&rpp=50>

L'intérêt du MOOC, en plus de l'apport théorique, est la partie pratique. Afin de valider le DNC vous aurez le choix entre plusieurs travaux ou « missions ». Il faudra en réaliser 2 parmi toutes celles proposées dans les 5 domaines. Cela vous laissera un large panel et devrait vous permettre de réaliser votre DNC.

Pour réviser : <https://www.c2i-revision.fr/index.php>

POUR S'INSCRIRE

La certification est nationale et les épreuves se déroulent au sein des universités participantes dont vous trouverez les coordonnées sur le site dédié. Si vous choisissez de suivre le MOOC C2i (dont la session 4 est prévue en septembre) vous pourrez en fin de parcours vous inscrire directement en ligne moyennant un tarif négocié de 100 euros.

Que vous recherchiez l'obtention de la certification ou non je vous encourage à vous plonger dans ce très vaste domaine du numérique et à l'instar de nos patients que nous encourageons à être acteurs de leur santé devenir quant à nous maître des fabuleux outils à notre disposition.

LAURENCE DELANNOY



À LA RACINE DES MOTS RENCONTRES PAR LES ORTHOPTISTES

Article largement inspiré du MOOC « A la racine des mots scientifiques » sous Licence Créative Commons BY-NC-SA de Bertrand Rihn, Docteur en médecine et sciences, il est professeur à l'Université de Lorraine. Titulaire des palmes académiques, il a enseigné la bactériologie, la cancérologie, la toxicologie, la biochimie en PACES, en facultés de médecine, pharmacie, science, en IFSI et en école de préparateurs de pharmacie et Claire Le Feuvre, Professeur de linguistique grecque, Université Paris-Sorbonne.

<https://www.fun-mooc.fr/courses/lorraine/30001/session01/about>

Nous connaissons tous la définition littérale du mot ORTH-OP-T-IE = « vision droite ».

A l'heure où l'enseignement des langues mortes est mis à mal, replongeons nous dans l'étymologie à l'origine de notre vocabulaire médical. Pour une compréhension plus fine des mots scientifiques utilisés presque quotidiennement nous séparerons les racines grecques en sous-groupes :

-préfixes / corps du mot / -suffixes.

Cette décomposition devrait ensuite nous permettre non seulement de redonner sens aux mots liés à notre profession mais également de comprendre automatiquement tout mot moins usité par son découpage.

EXCEPTIONS

Le mot « favori » des orthoptistes, BINOCULAIRE, tire ses origines du latin et non du grec de la racine bini « tous les deux ».

Cette base simple s'emploie pour former des composés indiquant non pas qu'il y a deux éléments parmi plusieurs mais qu'il y a deux éléments d'un ensemble qui n'en comporte que deux.

BIN-OCUL-AIRE = qui se rapporte aux deux yeux, s'oppose à MON-OCUL-AIRE

A-TROP-INE (alcaloïde) du grec ATROPOS, non d'une des Parques, déesses du destin de la mythologie.

Atropos coupait le fil de la vie entraînant la mort. Son non A-TRP-OS signifie « qu'on ne peut pas détourner ».

Ca y est, c'est sur, vous êtes ou serez bientôt expert en traduction et saurez épater vos patients en leur expliquant par exemple ce qu'est un SCOT-OME, un DI-CHROMAT-ISME, une RETIN-ITE, l'ANGIO-GENE-SE, une A-TROP-IE etc. ■

LAURENCE DELANNOY

RACINES UTILISÉES EN SUFFIXES

ia	« quantité de X » « fait d'être X »	-IE / -S-IE
iasis	« fait de souffrir de X »	-ASE / -IASE
itis	« état de X » Désigne spécifiquement des maladies inflammatoires	-ITE
ôma	Désigne le résultat d'un processus Forme des noms masculins désignant une tumeur ou une tâche	-OME
ôsis	« processus de développement » Forme des noms féminins désignant un changement anatomo-pathologique X-ose = qui devient X	-OSE
phobis	« crainte »	-PHOBE

RACINES GÉNÉRALISTES

angeion	« vase » d'où « vaisselle, vaisseau »	ANGIO
amauros	« sombre »	AMAUR
aïsthésis	« perception »	ESTHE
genesis	« naissance » X-genè-se = production de X	-GENE-SE
genos	« race » X-gène = qui génère X	-GENE / GEN-
glaukos	« bleu-vert »	GLAU
kérato	« cornée »	KERATO
chrôma	« couleur »	CHROM
leukos	« blanc »	LEUC
melas	« noir »	MELA
metron	« mesure, évaluation »	METRO
mys	« muscle »	MY
neuron	« nerf, tendon »	NEUR(O)
para-lysis	« relâchement » Impossibilité de contracter les muscles concernés	PARA-LY-S-IE
photo	« lumière »	PHOTO
plas	« façonner »	PLAS
ptose	« chute »	PTOS
rhodon	« rose »	RHODO
skléros	« dur »	SCLER
skotos	« obscurité »	SCOT
tomé	« coupure »	TOM / STOM
trombos	« caillot »	TROMBOS

RACINES UTILISÉES EN PRÉFIXES

a	« absence »	A(N)-
deuteros	« second »	DEUTER(O)-
diploüs	« double »	DIP-
di-X	« à deux X »	DI-
dys	« difficile, mauvais »	DYS- DIS-
ek ou ex	« hors de »	EX EC-
eso	« tourné vers l'intérieur »	ESO-
exo	« tourné vers l'extérieur »	EXO-
hémi-X	« à moitié-X »	HEMI-
hyper	« au-dessus »	HYPER-
hypo	« sous »	HYPO-
iatros	« médecin »	IATR(O)-
orthos	« droit » d'où « correct »	ORTHO-
pathos	« ce qu'on subit, affection, passion »	PATH(O)-
trétos	« troisième »	TRI-
therapeuô	« je soigne »	THERAP-
trophos	«nourrice » En médecine développement d'un organe	TROPH(O) -
tropos	« tour » trepô « je tourne » En ophtalmologie ces composés désignent l'orientation déviante d'un oeil	TROP(O)



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

PROGRAMME UNRIO-DPC 2016



L'UNRIO se mobilise depuis 1985 pour permettre aux orthoptistes de faire évoluer leurs connaissances et leurs pratiques quotidiennes et depuis 2013 de satisfaire à l'obligation de formation agréée OGDPC pour tous les professionnels de santé, salariés et ou libéraux.

Les descriptifs et modalités d'inscription de ces formations sont sur le site www.unrio.fr

programmes UNRIO DPC 2016	villes	dates	formateurs
Traitement adapté de l'amblyopie, gestion du risque.	Montpellier	11 et 12 avril	Annie Sabiani
	Toulouse	13 et 14 juin	Anne Rozec-Louvel
	Paris	19 et 20 septembre	Amélie de Villele
	Paris	17 et 18 octobre	Françoise Godec
	Nancy	14 et 15 novembre	Amélie de Villele
Esophorie : optimisation des stratégies diagnostiques	Clermont Ferrand	21 et 22 mars	Nadine Jaulin
	Paris	29 et 30 septembre	Annick de Lesdain
	Paris	13 et 14 octobre	Nadine Jaulin
Exophorie-tropie et correspondance rétinocorticale : pertinence de la prise en soins orthoptiques	Bordeaux	21 et 22 mars	Marion Torossian
	Marseille	28 et 29 avril	Marion Torossian
	Lyon	9 et 10 mai	Nathalie Fitton
	Paris	23 et 24 mai	Marie-Claude Sagot Beauvais
	Rennes	23 et 24 mai	Annick de Lesdain
	Brest	30 et 31 mai	Annie Sabiani
	La Réunion	07 et 08 novembre	Véronique Vedel
	Paris	28 et 29 novembre	Annick de Lesdain
Pré-requis visuels nécessaires aux apprentissages scolaires. Quel dépistage ?	Paris	7 et 8 mars	Marie-Claude Sagot-Beauvais
	Angers	14 et 15 mars	Nadine Jaulin
	Nice	9 et 10 juin	Nadine Jaulin
	Paris	24 et 25 novembre	Françoise Godec
Déséquilibre binoculaire et hétérophorie	Paris	22 et 23 septembre	Marie-Claude Sagot-Beauvais
	Paris	14 et 15 novembre	Nathalie Fitton
	Montpellier	21 et 22 novembre	Nadine Jaulin
Diplopie : rééducation/compensation	Guadeloupe	19 et 20 mai	Anne Rozec-Louvel

L'ordre des inscriptions se fera en fonction de l'arrivée des courriers

Toute annulation ou justification d'absence doit être formulée par écrit

→ **Consulter et s'inscrire sur le site www.mondpc.fr**

- 1) Inscrivez-vous, (si cela n'a pas déjà été fait) afin de créer votre profil avec votre n°ADELI
- 2) Consultez le programme des formations en allant dans la rubrique : « Recherche programmes », Puis dans la case « sigle/prénom organisme » noter « UNRIO » et enfin cliquer sur « rechercher ».
- 3) Inscrivez-vous au programme de votre choix.

→ **Consulter et s'inscrire à l'UNRIO via le site www.unrio.fr**

- 1) Programme 2016, thèmes « formation DPC », choisissez le programme puis la session.
- 2) Envoyez votre préinscription pour avoir la feuille d'inscription
- 3) Adressez par courrier votre dossier complet.

Même si le stage choisi affiche + de 18 inscrits vous pouvez vous inscrire sur le site OGDPC. Des sessions supplémentaires, selon les demandes, seront peut-être ajoutées.

L'OGDPC ne prend en charge que 2 journées de formation. Donc un seul stage UNRIO-DPC



PROGRAMME UNRIO CLASSIQUE 2016

Les programmes de formation UNRIO 2016 ont été choisis en fonction des attentes des orthoptistes soucieux de mieux comprendre et répondre à la problématique des patients.

LES OBJECTIFS DE CHAQUE ACTION DE FORMATION DE L'UNRIO PEUVENT SE RÉSUMER À :

- Réfléchir à « ce dont le patient a besoin, tout ce dont il a besoin et rien que ce dont il a besoin »
- Développer la recherche de pertinence de la pratique de chaque orthoptiste
- Tendre vers une cohérence des pratiques
- Actualiser les connaissances théoriques
- Favoriser le partage de réflexions nécessaire à l'adaptation et à l'évolution
- Savoir analyser et évaluer les apports de nouveaux outils disponibles
- Construire et développer des savoirs, savoir-faire et savoir-être professionnels

Titres des formations	Villes	Dates 2016	ref. sessions 2016/CLAS/	Formateurs	Intervenants
LES FONDAMENTAUX					
Accommodation / désaccommodation	Strasbourg	25 et 26 avril	13	Annie Sabiani	Orthoptiste
	Paris	13 et 14 juin	11	Annie Sabiani	
	Paris	26, 27 septembre	12	Annie Sabiani	
Quelle orthoptie avant 4 ans ?	Guadeloupe	17 et 18 mai	16	Anne Rozec-Louvel	Orthoptiste
	Paris	16 et 17 juin	14	Anne Rozec-Louvel	
	Reims	14, 15 novembre	15	Anne Rozec-Louvel	
Rééducation de la lenteur visuelle	Paris	17 et 18 mars	17	Marie-France Clenet	Orthoptiste
Bilan orthoptique fonctionnel : de la vision à l'action	Paris	10 et 11 octobre	25	Marie-Claude Sagot-Beauvais	Orthoptiste
Pré-consultation : apport de l'orthoptie	Paris	17, 18 novembre	29	Annie Sabiani	Orthoptiste

DYSFONCTIONNEMENTS VISUELS et pluridisciplinarité					
Prise en charge orthoptique de l'enfant dyspraxique	Paris	21 au 24 mars 6 au 9 juin	1	Amélie de Villele	Orthoptiste Ergothérapeute Neuropsychologue
	Marseille	12 au 15 septemb 28 nov au 1 déce	2	Stéphanie Blanc	
Lecture, dyslexie et orthoptie	Paris	25, 26 et 27 mai	7	Françoise Godec	Orthoptiste Orthophoniste
	Valence	19, 20 et 21 sept	8	Annick de Lesdain	
Troubles visuospatiaux : quel impact sur les apprentissages ? Prise en charge orthoptique.	Paris	19, 20, 21 mai	4	Véronique Vedel	Orthoptiste Psychomotricienne
	Paris	3, 4 et 5 octobre	5	Anne Rozec-Louvel	



DYSFONCTIONNEMENTS VISUELS et pluridisciplinarité					
Vision et Posture	Paris	4, 5 et 6 avril 21, 22, 23 novembre	6	Marie-Claude Sagot-Beauvais	Orthoptiste Généraliste Podologue
Orthoptie et difficultés de lecture chez l'enfant	Paris	14 et 15 mars	26	Françoise Godec	orthoptiste
	Clermont-Ferrand	28 et 29 avril	28	Anne Rozec-Louvel	Orthoptiste
	Paris	5 et 6 décembre	27	Françoise Godec	Orthoptiste
DYSFONCTIONNEMENTS VISUELS et pathologie					
Basse Vision	Paris	22 au 25 juin 27 au 30 juin	3	Nathalie Fitton Marion Torossian	Orthoptistes Ophtalmologiste, Opticien, Psychologue
Enfant cérébrolésé : paralysie cérébrale et polyhandicap	Paris	30, 31 mai 1er juin	9	Stéphanie Blanc	Orthoptiste Kinésithérapeute
	Lille	10, 11, 12 octobre	10	Stéphanie Blanc	
Orthoptie et troubles neurovisuels /adultes	Paris	9 et 10 mai	18	Véronique Vedel	Orthoptiste
	Vannes	20 et 21 juin	19	Nadine Jaulin	
Orthoptie et troubles neurovisuels /enfants	Nantes	13 et 14 octobre	21	Françoise Godec	Orthoptiste
	Paris	7 et 8 novembre	20	Nahalie Fitton	
Diabète, dépistage de la RD et ses conséquences oculaires : implication de l'orthoptie	Paris	10 et 11 mars	22	Marion Torossian	Orthoptiste Médecin
	Paris	12, 13 septembre	23	Marion Torossian	
	Toulouse	17, 18 novembre	24	Marion Torossian	
Paralysie oculomotrice : rééducation ?	Paris	11 et 12 avril	30	Véronique Vedel	Orthoptiste Ophtalmologiste
	La Réunion	27 et 28 octobre	32	Véronique Vedel	
	Paris	15, 16 décembre	31	Annie Sabiani	

Vous pouvez effectuer une demande d'inscription via le site www.unrio.fr : après avoir pointé sur formations 2016 et le titre choisi, cliquez sur la session désirée et remplissez le formulaire. Vous recevrez par mail le bulletin d'inscription.

Durée des stages Tarifs 2016	Adhérent SNAO	Non adhérent	Employeur, institution
2 jours 13 heures	390€	700€	700€
3 jours 21 heures	560€	990€	990€
6 jours 42 heures	890€	1410€	1410€
8 jours 54 heures	1 190€	1 850€	1 850€

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS
Secrétariat de l'UNRIO : tél. : 01 40 22 03 04

ADRESSE DE CORRESPONDANCE :
UNRIO, 22 rue Richer 75009 PARIS - unrio@orthoptistes.fr

Les petites annonces sont à saisir sur le site du SNAO rubrique petites annonces : 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, 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

→ 29 LANDIVISIAU Cherche Orthoptiste pour une collaboration 1 jour et demi ou 2 jours, plus une journée de champs visuels par semaine. Contact Nadine LE BERRE-BRAMOUILLE T/ 06 64 65 08 58 Email : nadine.le_berre@bbox.fr

→ 56 PONTIVY Orthoptiste libérale cherche remplaçant(e) juillet aout septembre Contact Monique BAUDIC T/ 09 53 89 73 92 Email : ray.baudic@hotmail.fr

→ GUADELOUPE PETIT BOURG Cabinet Ophtalmo cherche un(e) orthoptiste salarié(e) pour travail en collaboration sachant réaliser champ visuel et OCT, avec deux demi-journées de rééducation. Poste plein temps. Contact Emma BIBRAC T/ 05 90 92 21 85 06 90 55 28 10 Email : emmabibrac@orange.fr

→ 76 LE HAVRE Orthoptiste libérale recherche un(e) remplaçant(e) pour congé maternité de Juin à Décembre 2016. Possibilité de faire des remplacements ponctuels avant. Contact Amina BERRADA-LECOMTE T/ 06 20 16 40 24 Email : ber_amina@msn.com

→ 83 HYERES Orthoptiste libérale cherche remplaçant(e) pour été 2016 du 25/07 au 28/08/16 (dates exactes à définir). Activités variées: bilans, rééducations, champs visuels Contact Laëtitia LAURENT T/ 06 23 39 53 57 Email : titia.laurent@free.fr

→ 27 PONT-AUDEMER Recherche orthoptiste pour collaboration dans l'idéal, mais remplacements ponctuels également envisageables, dans cabinet libéral à forte activité. Contact Anne LEMONNIER T/ 06 78 03 25 88 Email : anne-lemonnier@laposte.net

→ 84 ORANGE URGENT. Grosse activité 2 orthoptistes lib installées dans cabinet spacieux, centre médical (multi prof), recherchent un(e) 3ème pour remplacements et future collaboration. Contact Sandrine POLO & Sophie FABRE T/ 06 14 09 36 76 / 06 11 52 03 70 Email : sandrine-polo@wanadoo.fr

→ 31 TOULOUSE - Cabinet d'ophtalmologie cherche un(e) orthoptiste pour réalisation des examens et des réfractions ; poste à pourvoir immédiatement en CDD qui pourra devenir un CDI 06.63.06.89.63 Contact de ST MARTIN T/ 05 34 41 74 44 Email : secretariat.drdesaintmartin@gmail.com

→ 50 AVRANCHES Orthoptiste libérale recherche un(e) remplaçant(e) pour cause d'arrêt maladie dès maintenant pour environ 3 mois. Contact Christine BEAUGE T/ 06 42 38 26 26 Email : christine.beauge@orange.fr

→ 78 LA CELLE ST CLOUD Orthoptiste libérale cherche un(e) remplaçant(e) pour congé maternité de mi-mai à fin septembre

2016. Collaboration possible/souhaitée par la suite. Contact Karoline COURSAGET T/ 06 88 90 50 54 Email : karoline.coursaget@yahoo.fr

→ L'Association des PEP Sud Rhône Alpes recrute en CDI à temps partiel 18 heures hebdomadaires modulées un(e) ORTHOPTISTE. Jeudi obligatoire. Diplôme exigé. Salaire CCN 66 - à titre indicatif- 900 Euro. Lieu de travail : Isère. Base Eybens 38320 Permis de conduire et véhicule exigés - déplacements. Poste à pourvoir le 1er mars 2016. Contact SAAS SAFEP 38 / Mme LE JONCOUR T/ 04 76 03 11 79 Email : raylejoncour.pepsra@yahoo.fr

→ ILE DE LA REUNION (Ste Marie et St André) URGENT : je suis à la recherche d'une remplaçante du 10/04 au 10/05/2016 Possibilité de prolonger le séjour en contactant les autres orthoptistes. Contact Valérie IMART T/06 92 87 59 95 ou 02 62 58 08 30 Email : valerie.imart@gmail.com

→ 35 L'EM et le SESSD La Clarté: Association des Paralysés de France recrute: Un(e) orthoptiste à 0.38 ETP en CDI Activités de rééducation auprès de jeunes déficients moteurs avec des troubles de la vision Contact Thierry VINCENT T/ 02 99 72 74 65 Email : thierry.vincent@laclartepf35.fr

34 MONTPELLIER Orthoptiste libérale recherche un(e) remplaçant(e) pour un jour à un jour et demi par semaine à partir du 1er février 2016. Contact Dominique REY-ROUSSEL Tél : 04-67-75-76-10 06-78-65-55-14 Email : domi.rey@orange.fr

DEMANDES D'EMPLOI

→ Etudiante en orthoptie, je serai diplômée en juillet 2016 et je cherche un emploi d'orthoptiste (libéral ou salarié) à Marseille ou ses alentours. Contact Sacha LAMPEL T/ 06 26 33 65 05 Email : L.sacha@hotmail.fr

→ Étudiante en orthoptie bientôt diplômée (juillet 2016) cherche un poste en salariat près de Nantes, Toulouse ou Amiens à partir de mi-juillet début aout 2016. DU neurovisuel envisagé en parallèle. Contact Sybille TREFOND T/ 06 85 90 03 27 Email : sybille.trefond@wanadoo.fr

→ Lyon ou la région lyonnaise, je cherche une semaine ou deux de remplacement fin aout/début septembre 2016. Diplômée, ai obtenu un DU en 2015, et pratique la rééducation. Contact Anne GAILLARD PERRIAT T/ 06 14 82 49 87 Email : annegaillard@wanadoo.fr

CESSION / PARTAGE DE CABINET

→ 56 PONTIVY Cession cabinet orthoptique (patientèle+matériel) dans cabinet pluridisciplinaire (Kinés., ostéos., 1 podologue posturologue) Local récent.

Loyer 375 euros charges comprises. Contact Monique BAUDIC T/ 09 53 89 73 92 Email : ray.baudic@hotmail.fr

→ ASCAIN ST JEAN DE LUZ A céder cabinet d'orthoptie dans centre pluri professionnels (orthophonistes, psychomot, kinés,ostéos..) Cabinet ouvert 3 j1/2 /semaine. Fort potentiel de développement, nombreux prescripteurs. Disponible été 2016.Présentation patientèle et médecins prescripteurs. Contact Anne SCANDOLERA T/06 21 77 18 13 Email : annef.scandolera@sfr.fr

→ 22 HILLION ST RENE Projet Cabinet multi-praticiens à coté cabinet médical déjà existant (méd.-dent.-pharma), secteur porteur, collégé à venir, recherche Orthoptiste et Ophtalmo. Achat ou Loc. Contact Olivier NARDIN T/ 02 96 32 27 10 Email : o.nardin@yahoo.com

→ 44 NANTES Cède cabinet d'orthoptie. Activité temps plein/Patientèle très variée, BV, strabisme, amblyopie, POM, diff d'apprentissage... Local neuf, norme handicap. Contact Florence CHARLET T/06 62 74 36 23 le soir Email : florencecharlet.orthoptiste@gmail.com

→ 93700 DRANCY à céder cabinet d'orthoptie +de 30 ans proche RER B avec matériel nécessaire bilan rééducation basse vision TNV... avec local 43m2 en location. Disponible de suite prêt à fonctionner. Contact Annick BOULY DE LESDAIN T/ 01 49 45 84 51 Email : alesdain@wanadoo.fr

→ 92 BOULOGNE BILLANCOURT Centre Emplacement n1 A louer mi-temps 1 espaces pour profession para médicale dans un

cabinet pluri-professionnel aux normes handicapés au 1er étage Boulogne Surface 12m2 pour un loyer de 500 Contact Didier FUKS T/ 06 11 88 90 30 Email : fuksdidier@free.fr

→ 78 VERNUILLET Cabinet médical proche St Germain en Laye regroupant différents para-médicaux, recherche orthoptiste pour une installation en libéral. Contact Geneviève GAMBARELLA T/ 01 39 75 96 62 Email : genevievegambardella@yahoo.fr

→ 24 PERIGUEUX Orthoptiste installée depuis 39 ans cède clientèle à mi-temps libéral au 1/10/16 au sein d'une clinique en pleine extension avec mi-temps salarié dès le 1/09/16 pour aide à la consultation. Remplacement possible dès que souhaité. Grosse activité assurée. Contact M Claude SAGOT BEAUVAIS T/06 15 42 27 43 Email : birabenmarie@yahoo.fr

→ BLAGNAC proche tramway et bus A louer 2 espaces pour profession para médicale dans un centre de santé aux normes pour handicapés en RDC Surface 16 et 18 m2 pour un loyer de 750 € et 850 € bail 3/6/9, Espace commun privé avec cuisine équipée, salle d'attente WC handicapés. Contact Maryse MOREAU T/ 06 32 21 33 26 Email : maryse.moreau2@wanadoo.fr

MATÉRIEL

→ Vend synoptophore Clément Clark+ tests, Hess Weiss complet, 2 tables élévatrices manuelles, tabourets, échelle d'AV basse vision enfant, mallette de 236 verres + monture, petit matériel, documents etc. Contact Corinne GIE T/ 06 08 97 96 51 Email : corinnegie@hotmail.fr



OptiKid
LE SPÉCIALISTE DE LA VUE DES ENFANTS

"Mes lunettes, une affaire de spécialiste!"

DÈS LE 1^{ER} ÂGE
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 Rédacteurs, administration : Laurence Pache, Véronique Dissat

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

EDITÉ PAR LE SNAO 22, rue Richer - 75009 Paris Tél.: 01 40 22 03 04 - www.orthoptistes.pro - Dépôt légal : 53 073 ISSN 0987 45 34



TRUSETAL 
VERBANDSTOFFWERK GMBH

ORTOPAD® boys & girls

emballage de 50 pièces

emballage de 50 pièces

ORTOPAD®
boys

ORTOPAD®
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

ou par fax au n° vert: 0800-90 45 48

SANS LATEX!

MOTIFS AVEC EFFET SCINTILLANT

Devant la complexité croissante...

Gagnez du temps

Avec l'AGAPS, c'est facile...

Ne restez pas seul

Ne subissez pas

L'AGAPS vous accompagne

Vous débutez une activité libérale

Prenez rendez-vous,
gratuitement, sans engagement, ni frais

"Formalités de début d'activité libérale"
"Optimisation de votre situation fiscale"

**Nous nous chargeons de votre
immatriculation à l'URSSAF**
(Centre de Formalités des Entreprises).

Votre intérêt est d'adhérer

Questions comptables ou fiscales
Respect des échéances
Prévention du risque fiscal

Des conseillers disponibles à votre écoute,
des rendez-vous personnalisés, des
modules de formation, des newsletters,
des alertes, des outils performants,
établissement et télétransmission de la
déclaration...

Première Association Agréée **créée par des organismes professionnels de santé**