

# Séjour de la Santé: Les propositions du SNAO



## Séjour de la Santé: Les propositions du SNAO

Proposition générale : Suppression du terme « Auxiliaires Médicaux » inscrit dans le Code de la Santé Publique

### PILIER 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

1. Revalorisation et uniformisation salariales
2. Relance des carrières
3. Respect du Droit du Travail
4. Accès à la formation continue
5. Création d'un master et d'un CNU Orthoptie
6. Création d'un statut du Maître de Stage
7. Création d'un statut d'orthoptiste formateur

### PILIER 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

1. Revalorisations salariales
2. Augmentation des investissements
3. Rénover le foncier
4. Embaucher du personnel
5. Investir dans les nouvelles technologies

### PILIER 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

1. Accès direct à l'orthoptie
2. Réorganiser les équipes
3. Allouer des moyens
4. Création d'un statut de Maître de Stage
5. Création d'un statut d'orthoptiste formateur

### PILIER 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

1. Accès direct à l'orthoptie
2. Prise en charge des patients physiologiques ou pathologiques stabilisés
3. Extension de la télé-orthoptie
4. Aide au diagnostic et à l'expertise par l'IA
5. Favoriser tous types de dépistages
6. Réviser la NGAP
7. Création d'un Master et d'un CNU Orthoptie
8. Création du statut de Maître de Stage en libéral

## SEGUR DE LA SANTE: LES PROPOSITIONS DU SNAO

Depuis plusieurs années, les **orthoptistes salariés** exerçant dans le secteur hospitalier public ou privé, dans le secteur médico-social ou dans les cabinets de ville des ophtalmologistes, **subissent une dégradation de leurs conditions de travail.**

L'analyse de la crise Covid renforce encore plus la nécessité d'une **réorganisation systémique** de ces secteurs.

Près de 35% de 5000 professionnels recensés à ce jour par la Drees, exercent pour tout ou partie de leur temps de travail sous le régime de salariés. Certains ont la possibilité d'avoir un exercice mixte (salarié-libéral) mais pour d'autres c'est le salariat exclusif.

3 grands secteurs peuvent se dégager :

- Le secteur hospitalier public ou privé
- Le secteur médico-social
- Les cabinets d'ophtalmologie de ville ou les centres de santé

La consultation de ces orthoptistes révèle qu'il **s'avère indispensable d'améliorer leurs conditions de travail et de rémunération** surtout **dans les 2 premiers secteurs**, au risque de ne plus trouver personne pour occuper ces postes dans un avenir proche.

### Proposition générale

Afin d'atteindre les objectifs d'un Ségur ambitieux, le SNAO demande d'emblée, **la suppression du terme « auxiliaires médicaux » inscrit dans le Code de la Santé Publique.**

Pour les Orthoptistes et pour tous les Praticiens de Santé, cet acte ambitieux et symbolique signerait une réelle volonté politique affichée de se diriger vers une nouvelle approche du système.

## PILIER 1:

# Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

---

**1. Revalorisations et uniformisations salariales**

**2. Relance des carrières**

**3. Respect du Droit du Travail**

**4. Accès à la formation continue**

**5. Création d'un Master et d'un CNU Orthoptie**

**6. Création d'un statut du Maître de Stage**

**7. Création d'un statut d'orthoptiste formateur**

---

## Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

---

### 1<sup>ère</sup> proposition : Revalorisation et uniformisation des rémunérations

Les **rémunérations**, quel que soit le secteur d'exercice, sont toutes **très insuffisantes**, trop **peu revalorisées** et donc **peu attractives**.

Les grilles salariales des différentes Conventions ne sont **plus en conformité** avec les besoins économiques de la vie actuelle et **diffèrent d'un établissement à l'autre**.

Cette revalorisation est surtout **nécessaire dans le cadre de l'exercice hospitalier, qu'il soit public ou privée, et tout aussi nécessaire voire plus dans la cadre de l'exercice dans le médico-social**

### 2<sup>ème</sup> proposition : Relancer les carrières hospitalières ou médico-sociales

Un Etat des Lieux général indique que les **postes Temps Pleins ou les Titularisations** ne se font qu'**au compte-goutte** ce qui conduit à des entorses vis-à-vis de la Législation.

### 3<sup>ème</sup> proposition : Veiller au respect du Droit du Travail

Des **entorses répétées et récurrentes au droit du travail** (CDD à répétition qui bloquent toute évolution d'avancement et donc de salaire, retraites qui s'alignent sur le secteur privé, jours de carence dans les arrêts de travail, embauche en CDI mais sous le statut de contractuel, interdiction de cumul

d'exercice salarié et libéral ...) se multiplient depuis des années et s'accompagnent de pertes progressives des avantages sociaux (pas de complémentaire santé proposée par l'hôpital).

## **4<sup>ème</sup> proposition : Permettre un accès à la formation continue**

Malgré l'obligation inscrite dans la Loi, les orthoptistes se plaignent d'une **quasi-impossibilité d'accéder à la formation continue**.

Le manque de budget et le manque de personnel présent dans les services (un orthoptiste ne peut s'absenter au risque de voir l'organisation générale s'arrêter) sont invoqués mais ne constituent pas de raisons opposables à **l'obligation et à la nécessité de formation** pour tout professionnel de santé.

## **5<sup>ème</sup> proposition : Création d'un Master en Orthoptie et d'un CNU Orthoptie**

**Un master en orthoptie** doit voir le jour afin d'amener tous ceux qui le désirent à poursuivre leur cursus universitaire et s'orienter vers l'enseignement et la recherche en orthoptie et surtout de desserrer le cadran trop étroit des 3 ans. La révision de la grille de formation initiale en 2014 n'est pas allée à son terme et n'a pas autorisé l'augmentation du nombre de semestre d'études.

**Les 6 semestres originels ne permettent pas l'enseignement de toutes les compétences** nécessaires à l'exercice de la profession, ce qui conduit les enseignants à écarter certains items et, le plus souvent, les volets historiques de la profession : la rééducation et la réadaptation.

De plus, **un CNU Orthoptie** doit être créé à l'instar du CNU en soins infirmiers afin de permettre l'émanation d'Enseignant-Chercheur spécialement dédiés à l'Orthoptie.

## 6<sup>ème</sup> proposition : Création d'un statut de Maître de Stage en Orthoptie

Les orthoptistes salariés, déjà en sous-effectif, se voient souvent imposés **l'accueil de stagiaire sans qu'aucune compétence ne soit officiellement définie** pour tenir ce rôle et sans qu'aucune décharge ne leur soit accordée (rôle pourtant extrêmement chronophage).

De plus, les **stagiaires** ainsi accueillis dans des conditions bien loin de celles qu'elles devraient être et sont utilisés comme de la **main d'œuvre bon marché** au lieu de parfaire leur formation.

## 7<sup>ème</sup> proposition : Création d'un statut d'Orthoptiste Formateur

Les orthoptistes hospitaliers en CHU (ou dans les hôpitaux satellites du CHU), en plus de leur mission d'accueil, de soins et de prise en charge des patients de la structure ont pour mission **la formation des étudiants-stagiaires en formation initiale**, tant sur le plan théorique (dispensation de cours et de TD) que sur le plan pratique au sein de la consultation au plus près des patients.

A l'instar d'autres pays en européens, il paraît essentiel de créer un **statut d'Orthoptiste Formateur** afin d'apporter une reconnaissance particulière à ces professionnels, tout en leur permettant de bénéficier d'avantages particuliers liés à ce statut.

## CONCLUSIONS

**Les orthoptistes salariés se sentent dévalorisés et quasi exploités.**

=> Une meilleure **prise en compte de leurs rôles particuliers** auprès des patients ou des personnes handicapées du secteur médico-social est plus qu'urgente.

=> Il faut que ces professionnels soient **considérés et valorisés** et que les statuts particuliers de **Maitre de Stage et de Formateur** soient reconnus.

=> **L'accès à la formation continue** n'est pas négociable.

=> La bonne volonté ne suffira plus longtemps.

## PILIER 2:

# Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

---

**1. Revalorisations salariales**

**2. Augmentation des investissements**

**3. Rénover le foncier**

**4. Embaucher du personnel**

**5. Investir dans les nouvelles technologies**

---

## Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

---

### 1<sup>ère</sup> proposition : Revalorisation des rémunérations

Les **rémunérations**, quelque soit le secteur d'exercice, sont toutes **très insuffisantes**, trop **peu revalorisées** et donc **peu attractives**. Les grilles salariales des différentes Conventions ne sont **plus en conformité** avec les besoins économiques de la vie actuelle.

Cette revalorisation est surtout **nécessaire dans le cadre de l'exercice hospitalier, qu'il soit public ou privée, et tout aussi nécessaire voire plus dans la cadre de l'exercice dans le médico-social.**

### 2<sup>ème</sup> proposition: Augmenter l'investissement en personnel et en matériel

Les investissements, malgré les besoins, sont très souvent reportés par manque de moyens.

Le **manque de financements** de matériel et de personnel rend les **conditions de travail difficiles** entrainant des rythmes de travail soutenus intenable

### 3<sup>ème</sup> proposition: Améliorer l'état des services

Souvent, les orthoptistes décrivent des **locaux insalubres et vieillissants** avec un manque de matériel évident, des postes de travail non optimisés et peu ergonomiques faisant perdre un temps et dangereux pour leur santé.

## 4<sup>ème</sup> proposition : Embaucher le bon professionnel au bon poste

Le manque de moyens destinés à l'embauche de personnel **oblige les professionnels à exercer des compétences qui ne sont pas les leurs** sans aucune possibilité de s'y opposer.

## 5<sup>ème</sup> proposition : Soutenir l'investissement dans les nouvelles technologies

Les nouvelles technologies basées sur **l'évolution du matériel** et ses capacités d'analyse couplées à **l'Intelligence Artificielle** doivent être mises en place dans les structures afin de permettre un meilleur investissement et un meilleur financement du soin.

## CONCLUSIONS

Les orthoptistes salariés se sentent **dévalorisés, quasi exploités** et dénoncent un manque de moyens criant les exposant à **travailler dans des conditions difficiles physiquement et moralement.**

Une politique de **réinvestissement en personnel et en matériel** doit intervenir rapidement ainsi qu'un **cadre de travail rénové et entretenu.**

## PILIER 3:

# Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

---

**1. Accès direct à l'orthoptie**

**2. Réorganisation des équipes**

**3. Allouer des moyens**

**4. Création d'un statut de Maître de Stage**

**5. Création d'un statut d'orthoptiste formateur**

---

## Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

---

### 1<sup>ère</sup> proposition : Accès direct à l'orthoptiste

Pour une meilleure organisation et pour une fluidité améliorée, certains patients devraient pouvoir **accéder directement à l'orthoptiste** :

- Soit parce qu'ils connaissent et reconnaissent des symptômes déjà pris en charge en orthoptie précédemment
- Soit parce qu'ils sont déjà pris en charge dans un cadre pluriprofessionnel (orthophoniste, psychomotricien, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, etc.)
- Soit parce que leur cas a déjà été identifié comme physiologique ou pathologique mais stabilisé

### 2<sup>ème</sup> proposition : Réorganiser les services

Les contraintes budgétaires et administratives, le manque de personnel, le manque de matériel, les salaires peu attractifs, le surcroit de travail ... créent énormément de **tensions au sein des équipes** :

- Tensions entre équipe médicale et secrétaires
- Tensions entre médecins et orthoptistes
- Tensions entre orthoptistes et infirmières
- et tensions de tous avec les patients

**Un audit des organisations problématiques en place** doit intervenir et doit apporter des solutions à ces tensions entre personnels soignants et entre le personnel de la structure et les patients.

### 3<sup>ème</sup> proposition : Allouer des moyens

A cause des contraintes budgétaires, les orthoptistes se voient **interdire de faire des heures supplémentaires** alors qu'ils sont en sous-effectifs mais doivent assumer la responsabilité des patients qui leurs sont confiés.

Un **sentiment de maltraitance** s'instaure et s'ancre dans les services hospitaliers, dans le secteur médico-social et dans les cabinets d'ophtalmologie de ville.

Ce sentiment existe aussi chez les patients.

### 4<sup>ème</sup> proposition : Création d'un statut de Maître de Stage en Orthoptie

Les orthoptistes salariés, déjà en sous-effectif, se voient souvent imposés **l'accueil de stagiaire sans qu'aucune compétence ne soit officiellement définie** pour tenir ce rôle et sans qu'aucune décharge ne leur soit accordée (rôle pourtant extrêmement chronophage).

De plus, les **stagiaires** ainsi accueillis dans des conditions bien loin de celles qu'elles devraient être et sont utilisés comme de la **main d'œuvre bon marché** au lieu de parfaire leur formation.

## 5<sup>ème</sup> proposition : Création d'un statut d'Orthoptiste Formateur

Les orthoptistes hospitaliers en CHU (ou dans les hôpitaux satellites du CHU), en plus de leur mission d'accueil, de soins et de prise en charge des patients de la structure ont pour mission **la formation des étudiants-stagiaires en formation initiale**, tant sur le plan théorique (dispensation de cours et de TD) que sur le plan pratique au sein de la consultation au plus près des patients.

A l'instar d'autres pays en européens, il parait essentiel de créer un **statut d'Orthoptiste Formateur** afin d'apporter une reconnaissance particulière à ces professionnels, tout en leur permettant de bénéficier d'avantages particuliers liés à ce statut.

### CONCLUSIONS

Les orthoptistes ont besoin d'une **réorganisation et d'une simplification du travail en équipe**.

Les injonctions contradictoires couplées aux manques de moyens et à la rentabilité exigée, instaurent des **tensions quotidiennes au sein des équipes** qui rejaillissent sur le bien être moral des soignants et des patients.

## **PILIER 4:**

# **Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers**

---

- 1. Accès direct à l'orthoptie**
- 2. Prise en charge des patients physiologiques (ou pathologiques stabilisés)**
- 3. Extension de la télé-orthoptie**
- 4. Aide au diagnostic et à l'expertise par l'IA**
- 5. Favoriser tous types de dépistages**
- 6. Réviser la NGAP**
- 7. Création d'un Master et d'un CNU Orthoptie**
- 8. Création du statut de Maître de Stage en libéral**

---

## Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

---

Depuis plusieurs années, **la filière visuelle connaît une tension importante** sur l'accès aux soins à l'origine de la multiplication des besoins mal ou non couverts (pathologies pédiatriques, urgences, suivi des pathologies chroniques, etc.).

Le diagnostic de cette crise renvoie à la baisse du nombre des médecins ophtalmologistes alors que la population s'accroît et vieillit, provoquant **l'augmentation de certaines pathologies chroniques**.

Compte-tenu de leur démographie, de l'ensemble de leurs activités, de leurs solides compétences, ainsi que de la compétitivité de leur nomenclature, **les orthoptistes** apparaissent comme une **solution rapide et efficace** à la « crise » de cette filière.

L'analyse de la crise Covid renforce encore plus la nécessité d'une **réorganisation systémique de toutes les coopérations de la filière et des protocoles** existants à ce jour, qu'ils s'accomplissent dans le cadre de l'exercice libéral (isolé, en MSP, en CPTS, en ESP, en équipes de ville non formalisées ...) ou dans le cadre de l'exercice salarié (au sein des cabinets d'ophtalmologie, des hôpitaux publics ou privés, du secteur médico-social ...).

La démographie des orthoptistes est encore l'une des plus faibles des professions de santé avec plus de 5000 professionnels recensés à ce jour par la Drees.

Toutefois, depuis 2015, l'arrivée de plus de 400 nouveaux diplômés par an, place les orthoptistes dans le trio de tête des professions dont la démographie progresse le plus rapidement.

Malgré un handicap de notoriété dû à cet effectif relativement réduit, **les orthoptistes ont toujours été pionniers** dans de nombreux domaines innovants :

- Première profession à avoir un acte de télémédecine inscrit à la Nomenclature
- Première profession à participer aux Protocoles de délégations de tâches articles 51
- Première profession en nombre de Protocoles articles 51 intégrés dans les soins de ville
- Première profession à être partie prenante d'un Protocole article 51 entré dans le droit commun avec une lettre clef spécifique et partagée entre 2 professions
- Première profession autorisée à partager ses honoraires avec un médecin dans le cadre d'un Protocole dérogatoire article 51
- Première profession à exercer auprès des médecins pour alléger leurs consultations et raccourcir les délais de rendez-vous ...

**A ce jour, l'expertise des orthoptistes est un levier essentiel dans l'accès aux soins visuels sur la totalité du Territoire.**

**S'ils constituent une aide fondamentale dans les services d'ophtalmologie hospitaliers et dans les cabinets d'ophtalmologie, le cœur de métier de la profession et la majeure partie de la démographie et donc des actes pratiqués, se situent au sein des cabinets libéraux « dits de ville ».**

**Il s'avère dès lors indispensable d'améliorer les conditions d'accès de la population aux professionnels afin de pouvoir tirer entièrement profit de leur art et de leur expertise.**

## 1<sup>ère</sup> proposition : L'accès direct à l'orthoptiste

Pour une meilleure organisation et pour une fluidité améliorée, certains patients devraient pouvoir **accéder directement à l'orthoptiste** :

- Soit parce qu'ils connaissent et reconnaissent des symptômes déjà pris en charge en orthoptie précédemment
- Soit parce qu'ils sont déjà pris en charge dans un cadre pluriprofessionnel (orthophoniste, psychomotricien, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, etc.).

Un avis orthoptique compléterait alors les diagnostics des autres praticiens et ancrerait les **coopérations interprofessionnelles** au sein d'équipes « légères » et « non administrativement formalisées » constituées autour de l'épisode de prise en charge des patients

## 2<sup>ème</sup> proposition : Prise en charge des patients physiologiques et des patients porteurs de pathologies stabilisées

A l'instar des sages-femmes, les orthoptistes devraient se voir confier **les patients physiologiques** (non porteurs de pathologies) pour un suivi au long-court, ainsi que les patients dont **la pathologie est stabilisée** depuis plusieurs années.

Ce sont **les ophtalmologistes**, eux-mêmes, qui sélectionneraient **au sein de leur patientèle**, ceux qui pourraient être **confiés à l'orthoptiste** et qui en détermineraient la durée.

### 3<sup>ème</sup> proposition : Extension du recours à la télémédecine pour le télé-soin, la téléexpertise, le télé-suivi, le télédiagnostic et la télé-orientation ...

Il convient de **poursuivre la mise en place des actes de télémédecine** :

- en pérennisant **le télé-soin** en orthoptie mis en place de manière temporaire au cours de la crise sanitaire
- en étendant, sur un modèle similaire au dépistage de la rétinopathie diabétique, la **téléexpertise et le télédiagnostic** d'autres pathologies ou situations potentiellement pathologiques (DMLA, glaucome, travail sur écran...)
- en créant **le télé-suivi et la télé-orientation** afin que les orthoptistes puissent participer à une meilleure prise en charge de la population
- en permettant aux orthoptistes d'occuper « **des postes avancés** » dans des zones dépourvues de médecin

### 4<sup>ème</sup> proposition : Utilisation des logiciels d'analyses des clichés, d'aide au diagnostic, d'intelligence artificielle au cabinet de l'orthoptiste

Afin de permettre aux ophtalmologistes de gagner du temps et de se consacrer totalement à leur patientèle en demande de leur expertise, les orthoptistes devraient pouvoir faire **analyser les données** qu'ils recueillent auprès de leurs patients (clichés de la rétine, pression intra-oculaire, image OCT, pachymétrie, etc.) par des **logiciels qui classeraient les cas physiologiques et les cas potentiellement pathologiques**. Dans ce dernier cas, l'analyse serait immédiatement transmise à l'ophtalmologue.

## 5<sup>ème</sup> proposition : Favoriser tous types de dépistage : auprès des enfants, auprès des patients atteints de maladie chroniques, de neuro-dégénératives, auprès des patients victimes d'AVC, auprès de certaines « tranches d'âges » souvent délaissées ...

- Diabète
- AVC
- Sclérose en plaque
- Troubles « dys »
- Troubles d'apprentissage
- Prématurité
- Strabisme
- Amblyopie
- Examen du carnet de Santé
- Examen du 18 – 42 ans
- Examen du jeune presbyte
- Dépistage chez les personnes âgées ...

## 6<sup>ème</sup> proposition : Révision de la Nomenclature (NGAP)

Il convient de **réviser et d'élargir la nomenclature** des actes d'orthoptie à l'ensemble du décret de compétences et à tous les nouveaux actes.

## 7<sup>ème</sup> proposition : Création d'un Master en Orthoptie et d'un CNU Orthoptie

**Un master en orthoptie** doit voir le jour afin d'amener tous ceux qui le désirent à poursuivre leur cursus universitaire et s'orienter vers l'enseignement et la recherche en orthoptie et surtout de desserrer le cadran trop étroit des 3 ans.

La révision de la grille de formation initiale en 2014 n'est pas allée à son terme et n'a pas autorisé l'augmentation du nombre de semestre d'études.

**Les 6 semestres originels ne permettent pas l'enseignement de toutes les compétences** nécessaires à l'exercice de la profession, ce qui conduit les enseignants à écarter certains items et, le plus souvent, les volets historiques de la profession : la rééducation et la réadaptation

De plus, **un CNU Orthoptie** doit être créé à l'instar du CNU en soins infirmiers afin de permettre l'émanation d'Enseignant-Chercheur spécialement dédiés à l'Orthoptie

## 8<sup>ème</sup> proposition : Création d'un statut de Maître de Stage en Orthoptie dans les cabinets libéraux

Prévus dans la grille de formation initiale depuis 2014, **les stages des étudiants dans les cabinets libéraux sont très rarement effectués** et ne sont pas encadrés légalement.

Ceci entraîne un **désintérêt profond des jeunes diplômés pour l'exercice libéral** et un vieillissement inquiétant de la population des orthoptistes capables de pratiquer les actes de rééducation et de réadaptation de la population qui se

trouve, à courte échéance, devant **un risque de santé publique** accru par manque de professionnels de ville avec des répercussion financières, sociales et sociétales majeures.

Un statut spécifique de **Maitre de Stage en libéral**, à l'instar de ce qui existe pour les médecins généralistes, **doit être créé d'urgence**.

## CONCLUSIONS

L'orthoptie est depuis des années dans **une position stratégique au centre des préoccupations de la filière visuelle** en matière d'amélioration des délais de rendez-vous, de gestion de flux de patients, d'augmentation de capacités d'accueil, d'optimisation de l'expertise de ses professionnels et d'évolution de ses compétences.

Les propositions faites ici, dans le cadre du Ségur de la Santé, sont issues **d'une réflexion nourrie par l'expérience de pratique quotidienne de milliers de professionnels**.

L'enjeu est, à ce stade, majeur : si ces pistes d'évolution sont prises en considération, **l'évolution de la santé visuelle de la population s'en trouve, à la fois, sécurisée et améliorée**.

**Dans le cas contraire**, il existe une forte crainte de **dégradation progressive de la filière** avec apparition d'organisations purement commerciales s'appuyant sur des pseudos professionnels qui viendraient pallier le manque d'anticipation des Pouvoirs Publics en la matière.