



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations

Tome 1 : Rapport

Jean-Robert JOURDAN
Louis-Charles VIOSSAT
Françoise ZANTMAN

Stéphane ELSHOUD

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Membre de l'Inspection générale de
l'Éducation, du Sport et de la Recherche



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2019-074R



N°2019-154

Avec la contribution du Pr Carole BURILLON

Janvier 2020

SYNTHÈSE

La filière visuelle, qui est clairement individualisée au sein de la médecine et touche une fonction sensorielle clé, s'adresse à une très grande majorité de la population et, pour ainsi dire, à tous les seniors. Elle emploie en France environ 60 000 professionnels (principalement des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers) et est financée à hauteur de dix milliards € environ, essentiellement par les assureurs complémentaires et, à titre subsidiaire, par l'assurance maladie.

La filière visuelle a fait l'objet de multiples réformes de son organisation, de la formation de ses professionnels et de son financement depuis les années 2000, réformes qui se poursuivent avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020 du 100 % santé en optique. Elle a également manifesté plus que d'autres spécialités médicales des capacités réelles d'innovation et d'adaptation, notamment au travers du développement volontariste du travail aidé et des équipes de soins pluri-professionnelles. Néanmoins, elle fait face à des difficultés aussi sérieuses que durables de dépistage et d'accès aux soins.

Dans ce contexte, les inspections générales des affaires sociales et de l'éducation, du sport et de la recherche ont été chargées d'une mission sur l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles des métiers de la filière visuelle d'une part, et sur l'évolution associée des formations d'autre part. La mission a concentré ses travaux et ses préconisations sur le périmètre libéral, le dépistage et le traitement des troubles de la réfraction par la prescription de verres correcteurs, qui sont au cœur du problème majeur d'accès aux soins que connaît cette filière ainsi que la formation des orthoptistes et des opticiens-lunetiers (ainsi que des optométristes).

La mission a cherché à identifier prioritairement des recommandations pouvant avoir un impact à court terme (deux à trois ans) sur le problème de l'accès au dépistage et au traitement des troubles simples de la réfraction par la prescription de verres correcteurs tout en traitant également des enjeux à plus long terme.

Alors que les troubles de la vision sont extrêmement répandus (35 % des adolescents et sept Français sur dix de vingt ans ou plus portent des lunettes ou des lentilles de contact) et ont un impact significatif à tous les stades de la vie, le rapport confirme les constats selon lesquels l'organisation des soins et de la formation de la filière visuelle présente encore certaines caractéristiques insatisfaisantes.

Tout d'abord, la France ne dispose pas d'une stratégie de santé formalisée pour les troubles et pathologies visuels, ni de données épidémiologiques précises. Ensuite, en dépit des délégations croissantes de tâches sous supervision médicale, l'organisation de la filière est demeurée traditionnelle. Elle repose avant tout sur les 5 882 ophtalmologistes, médecins de premier et de second recours, qui assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil. Ils sont assistés par 5 185 orthoptistes, qui interviennent sur la rééducation et de plus en plus sur des fonctions de pré-examen auprès des ophtalmologistes. Pour leur part, 38 506 opticiens lunetiers, qui travaillent dans 12 350 points de vente, adaptent et vendent les lunettes et lentilles de contact. La filière visuelle reste structurée autour du passage obligatoire, et qui est consommateur de temps médical, au cabinet de l'ophtalmologiste, y compris pour les troubles les plus simples, ceux de la réfraction, à la différence des solutions que beaucoup de pays ont mises en œuvre et qui sont plus soucieuses du bon usage des ressources rares que sont les ophtalmologistes.

Cette organisation traditionnelle des soins en France, combinée à une répartition géographique très inégale et aux obstacles financiers persistants, se traduit par des résultats incertains en matière de dépistage et de très sérieuses difficultés d'accès aux soins, y compris pour la prescription de verres correcteurs. Les délais d'attente et les refus de rendez-vous restent excessivement élevés, suscitant l'insatisfaction des patients et provoquant des comportements de contournement.

Les formations des opticiens-lunetiers, des orthoptistes et des optométristes sont très cloisonnées. La formation des orthoptistes a été réingénierée mais ses effectifs sont peu liés aux besoins de l'exercice professionnel. Les formations d'opticiens-lunetiers sont globalement courtes, hétérogènes et laissent très peu de place aux enseignements en santé. Enfin, les formations d'optométristes sont en quelque sorte « hors sol » compte tenu de la non-reconnaissance de cette profession en France.

Une succession de réformes volontaristes ont été prises au cours des dernières années, dont le bilan doit néanmoins être relativisé. Le renouvellement et l'adaptation des équipements optiques ont été autorisés aux opticiens, et plus récemment aux orthoptistes, et la durée de validité de l'ordonnance a été allongée, sans que ce dispositif ne décolle. Le travail aidé a été considérablement facilité, en élargissant le rôle des orthoptistes auprès des ophtalmologistes, en favorisant les coopérations entre acteurs de la filière et en créant le métier d'assistant médical, et les cabinets de groupe se sont développés. Mais le nombre de patients ayant fait l'objet d'une consultation n'a pas progressé à un rythme compatible avec la progression de la demande et les délais de prise de rendez-vous restent excessifs dans la quasi-totalité des régions.

Par ailleurs, l'organisation actuelle des soins ne permet pas, en toute hypothèse, de prendre en charge beaucoup plus de patients, notamment tous ceux ayant des problèmes de réfraction. Ainsi, même si la démographie des orthoptistes est dynamique, la filière sera extrêmement contrainte par la démographie des ophtalmologistes, qui baissera pendant les dix prochaines années avant d'entamer une remontée. En outre, le modèle français du travail aidé et de l'équipe de soins pluri-professionnelle est fondamentalement consommateur de temps médical, parce que l'ophtalmologiste est un passage obligé. Enfin, les réformes des formations des orthoptistes et des opticiens-lunetiers demeurent partielles et, pour partie, inadaptées aux besoins des étudiants.

Dans l'état actuel de l'opinion des ophtalmologistes et des autres professionnels paramédicaux de la filière, un changement profond de l'organisation des soins visuels en France, qui nous rapprocherait par exemple du modèle allemand, sans parler de l'organisation néerlandaise et ferait appel en première intention à des professionnels comme les optométristes, semble hors de portée. Une telle évolution, écartée par la lettre de mission des deux inspections générales, prendrait, en toute hypothèse, du temps pour être mise en œuvre, ne serait-ce que pour former les nouveaux professionnels.

Dans ce contexte, et avec pour objectif prioritaire de faire baisser rapidement les délais d'accès aux soins visuels dans le respect de leur qualité et de leur sécurité, le rapport préconise plus de vingt-cinq mesures qui visent à soutenir la démographie des ophtalmologistes et à démultiplier les possibilités de travail aidé en équipe de soins pluri-professionnelle. Ces mesures visent également à confier davantage de responsabilités propres en matière de dépistage et de traitement des troubles simples de la réfraction aux opticiens-lunetiers et aux orthoptistes, à confier davantage de rôle aux orthoptistes, sous supervision médicale, pour le suivi des patients dont la pathologie est stabilisée et à donner des compétences accrues aux titulaires d'un master en pratique avancée pour les patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives. Le rapport préconise aussi des évolutions parallèles et coordonnées des formations des personnels paramédicaux au niveau de la licence comme au niveau du master.

Parmi les principales préconisations, qui sont le fruit de discussions avec les principales parties prenantes, on peut mentionner la définition d'une véritable stratégie de santé visuelle, dotée d'outils de suivi de l'épidémiologie, et la mise en œuvre urgente d'un dispositif objectif et régionalisé de suivi des délais d'accès aux soins.

Le rapport préconise également de maintenir la croissance du nombre d'internes en ophtalmologie au-delà de 2023, et d'affecter prioritairement les nouveaux postes d'internes aux régions ayant une densité moindre. Il soutient également l'attribution d'une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées ainsi que l'organisation d'une planification régionale des effectifs en formation en orthoptie.

Le rapport préconise encore la création d'un protocole de coopération nationale « filière visuelle », le développement de la prise en charge et le suivi au long cours par les orthoptistes des patients non pathologiques ou stabilisés, sous supervision médicale, conformément à leur décret de compétences et la fixation d'une liste assez large des matériels d'exploration utilisables par les opticiens-lunetiers afin de régulariser leur situation dans les cabinets des ophtalmologistes et de pouvoir développer la télémedecine, notamment dans les magasins d'optique.

Le rapport préconise ensuite une série de mesures qui visent à décharger les cabinets d'ophtalmologistes de patients souffrant de troubles de la réfraction sans gravité, de limiter la surqualité actuelle qui occasionne par ailleurs des délais persistants et de développer le rôle des opticiens-lunetiers et des orthoptistes en matière de réfraction et d'équipements d'optique médicale. Ainsi, le rapport préconise de lancer des campagnes d'information annuelles sur la possibilité de renouvellement par les opticiens et les orthoptistes, d'autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à communiquer en dehors de leur magasin et de leur cabinet sur la possibilité de renouvellement des équipements, de rappeler cette possibilité sur les ordonnances, mais aussi d'élargir de deux ans la période de validité des ordonnances de verres correcteurs pour les jeunes adultes (16 à 42 ans) et d'autoriser les opticiens-lunetiers à adapter au patient les primo-prescriptions en cas d'erreur manifeste ou d'inconfort.

Si les délais de prise de rendez-vous ne diminuent pas significativement à l'horizon de la fin 2021, le rapport préconise d'autoriser la primo-prescription des verres correcteurs par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, pour les adultes de 16 à 42 ans avec une faible correction de la vision.

Enfin, le rapport propose de créer une pratique avancée, inspirée de celle déjà en vigueur pour les infirmiers, et donc sous supervision médicale, qui s'adresserait au suivi et à la prise en charge des patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives.

La mission propose, en parallèle, des mesures destinées à moderniser et à rénover les formations des professionnels paramédicaux. Elles répondent à un objectif d'amélioration de la qualité de la formation, et donc de la prise en charge des patients, mais leur calendrier est distinct des mesures visant à améliorer l'accès aux soins et il ne faut pas en attendre un impact sur les délais d'accès.

De façon générale, pour faciliter le déroulement des études, il suggère d'inclure dans le cadre des relations État / CPU / Régions de France la question du financement des formations paramédicales qui étaient déjà universitarisées en 2004, en particulier l'orthoptie. Il préconise également de créer une licence de santé visuelle, avec deux parcours (orthoptie et optique de santé) et des mentions de spécialisation pour les opticiens et les orthoptistes, ainsi qu'un dispositif de passerelle pour les actuels opticiens-lunetiers, ainsi que de créer un master (bac + 5 ans) de pratique avancée santé visuelle, ouvert aux orthoptistes et opticiens-lunetiers (de niveau bac + 3 ans), pour le suivi de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Se doter des outils nécessaires à une véritable stratégie de santé visuelle				
1	Lancer les travaux d'élaboration d'une stratégie nationale des soins visuels comprenant des stratégies de dépistage et de suivi pour les enfants, les jeunes adultes et les patients vieillissants	2	DGOS, DSS, avec DGS et CNAM	Courant 2020
2	Mettre en place un dispositif national de suivi de l'épidémiologie des principales pathologies visuelles	2	DGS et INSERM	Courant 2020
3	Financer et organiser un dispositif de suivi annualisé, objectif et territorialisé des délais d'accès aux soins visuels	1	CNAM et DREES	T1 2020
Soutenir la démographie médicale, en particulier dans les régions sous-dotées				
4	Maintenir au-delà de 2023 la croissance du nombre d'internes en ophtalmologie	1	DGOS	2020
5	Affecter prioritairement les nouveaux postes d'internes aux régions ayant une densité moindre d'ophtalmologistes	1	DGOS	2020
6	Développer les stages d'internat des ophtalmologistes en milieu libéral	2	DGOS	2020
7	Accélérer les travaux de zonage spécifiques à l'ophtalmologie	2	DREES, CNAM et IRDES	T2 2020
8	Attribuer une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées et mieux faire connaître le contrat démographique tout en l'adaptant	2	CNAM et DSS	T2 2020
9	Organiser une planification régionale des effectifs en formation en orthoptie	2	DGOS	T2 2020
Favoriser le développement du travail aidé, de l'équipe de soins pluri-professionnelle et de la télé-médecine				
10	Créer un protocole de coopération national « filière visuelle » sur la base des actuels protocoles de coopération et de certains protocoles organisationnels	2	DGOS	T2 2020
11	Développer la prise en charge et le suivi au long cours par les orthoptistes des patients non pathologiques ou stabilisés, sous supervision médicale, conformément au décret de compétences	1	DGOS, CNAM et professionnels concernés	2020
12	Fixer et élargir la liste des matériels d'exploration non invasifs utilisables par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, en autonomie et sous le contrôle des ophtalmologistes	1	DGOS	T1 2020
13	Elargir la télé-expertise aux relations entre ophtalmologiste et orthoptiste et/ou opticien-lunetier	2	DGOS, DSS, HAS et CNAM	T2 2020
14	Accorder avec souplesse des dérogations pour les remplacements au cabinet principal des médecins qui consultent dans le cadre de leur cabinet secondaire et systématiquement pour les cabinets secondaires installés dans des zones sous-dotées	2	Ordres	2020
15	Lancer une réflexion prospective et partenariale sur l'impact des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle sur l'organisation et les parcours de soins	1	DGOS, HAS et représentants des professionnels	T3 2020

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Maximiser le potentiel du renouvellement et de l'adaptation des verres correcteurs				
16	Lancer des campagnes d'information annuelles sur la possibilité de renouvellement par les opticiens et les orthoptistes	1	CNAM et représentants des professionnels	T2 2020
17	Ajouter sur les ordonnances de verres correcteurs la mention de la possibilité du renouvellement des équipements par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes	1	DGOS et DGCCRF	T2 2020
18	Autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à communiquer en dehors de leur magasin et de leur cabinet sur la possibilité offerte par la réglementation de renouvellement des équipements	2	DGOS	T2 2020
19	Elargir de deux ans la période de validité des ordonnances de verres correcteurs pour les jeunes adultes (16 à 42 ans), avec rappel de l'obligation d'informer le médecin prescripteur en cas d'adaptation	1	DGOS	T1 2020
20	Autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à adapter au patient les primo-prescriptions en cas d'erreur manifeste ou d'inconfort, avec obligation d'informer le prescripteur	2	DGOS	T1 2020
21	Instaurer un dispositif de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens-lunetiers	2	DGOS et SG ministères sociaux	T4 2020
22	Organiser des contrôles par les ARS et les CPAM des différents acteurs de la filière visuelle pour garantir une égalité de tous devant la loi	1	ARS, CNAM et CPAM	2020
Autoriser la primo-prescription si les délais de prise de rendez-vous ne baissent pas significativement avant la fin de l'année 2021				
23	Si les mesures proposées ne permettent pas d'améliorer significativement la situation avant la fin de l'année 2021, autoriser la primo-prescription des verres correcteurs par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, pour les 16-42 ans avec une faible correction de la vision	1	DGOS	T4 2021
Mettre en œuvre une pratique avancée dans la filière visuelle				
24	Créer une pratique avancée en matière visuelle pour la prise en charge du suivi de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives	1	DGOS	T3 2020
Moderniser et rénover les formations des professionnels paramédicaux				
25	Inclure dans le cadre des relations État / CPU / Régions de France la question du financement des formations paramédicales qui étaient déjà universitarisées en 2004, en particulier l'orthoptie	1	MESRI, CPU et Régions de France	T2 2020
26	Créer une licence de santé visuelle dans le cadre d'une expérimentation, avec deux parcours (orthoptie et optique de santé) et des mentions de spécialisation pour les opticiens et les orthoptistes, ainsi qu'un dispositif de passerelle pour les actuels opticiens-lunetiers	1	DGESIP, DGOS et CPU	T2 2020
27	Créer un master (bac + 5) de pratique avancée santé visuelle, ouvert aux orthoptistes et opticiens-lunetiers (de niveau bac + 3)	1	DGESIP	T2 2020
28	Faire évoluer les formations master à bac + 5 d'optométrie vers des masters d'optique appliquée aux matériels et aux équipements	2	DGESIP, CPU	2021

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	6
RAPPORT	11
1 UNE FILIERE DONT PLUSIEURS CARACTERISTIQUES DE L'ORGANISATION DES SOINS ET DE LA FORMATION SONT ENCORE INSATISFAISANTES	15
1.1 UN DEFAUT DE STRATEGIE ET UNE ORGANISATION DES SOINS VISUELS TRADITIONNELLE EN LARGE PARTIE INADAPTEE AU VOLUME DE PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA REFRACTION	15
1.1.1 <i>Une quasi-absence de stratégie au plan national et régional et une insuffisance de données, épidémiologiques notamment, nécessaires au pilotage.....</i>	15
1.1.2 <i>Un modèle organisationnel reposant sur les ophtalmologistes, entourés de professionnels paramédicaux ..</i>	18
1.1.3 <i>Une organisation des soins traditionnelle</i>	25
1.2 DES NIVEAUX DE DEPISTAGE INCERTAINS ET DE TRES SERIEUSES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS, EN PARTICULIER POUR LES TROUBLES DE LA REFRACTION, QUI CONDUISENT A DES STRATEGIES DE CONTOURNEMENT PROBLEMATIQUES.....	30
1.2.1 <i>Un dépistage organisé très limité et dont les résultats sont incertains</i>	30
1.2.2 <i>De très sérieuses difficultés d'accès aux soins y compris pour les troubles de la réfraction</i>	32
1.2.3 <i>Des stratégies de contournement des difficultés d'accès aux rendez-vous d'ophtalmologistes qui posent problème</i>	41
1.3 DES FORMATIONS PARAMEDICALES CLOISONNEES ET QUI SOULEVENT DES QUESTIONS	43
1.3.1 <i>La formation des orthoptistes réingénierée mais dont les effectifs sont peu liés aux besoins de l'exercice professionnel</i>	43
1.3.2 <i>Des formations d'opticiens-lunetiers courtes, hétérogènes et laissant très peu de place aux enseignements en santé.....</i>	45
1.3.3 <i>Des formations d'optométristes « hors sol »</i>	49
2 DES EVOLUTIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DE LA FORMATION DONT L'IMPACT DOIT ETRE RELATIVISE ET QUI NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES PROBLEMES D'ACCES AU DEPISTAGE ET AU TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA REFRACTION.....	51
2.1 DES REFORMES RECENTES DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DONT LE BILAN DOIT ETRE RELATIVISE.....	51
2.1.1 <i>Une succession de réformes récentes et volontaristes</i>	51
2.1.2 <i>Un bilan qu'il convient de relativiser</i>	54
2.2 DES LIMITES A LA CAPACITE DE PRENDRE EN CHARGE BEAUCOUP PLUS DE PATIENTS A MODELE D'ORGANISATION DES SOINS CONSTANT.....	61
2.2.1 <i>Une démographie des ophtalmologistes toujours en berne et très contrainte</i>	61
2.2.2 <i>Un modèle du travail aidé confronté à ses limites structurelles propres.....</i>	69
2.3 DES REFORMES ENCORE PARTIELLES DES FORMATIONS DES ORTHOPTISTES ET DES OPTICIENS.....	71
2.3.1 <i>Une réingénierie de la formation des orthoptistes qui n'a atteint que partiellement son objectif.....</i>	71
2.3.2 <i>Une formation des opticiens lunetiers demeurant inadaptée aux besoins de la profession et à ceux des étudiants</i>	73
3 LA DIFFICILE MAIS NECESSAIRE EVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS, DES COMPETENCES ET DES FORMATIONS.....	75
3.1 MIEUX ORGANISER ET SIMPLIFIER LE PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS, EN PARTICULIER LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA REFRACTION.....	76
3.1.1 <i>Se doter des outils nécessaires à une véritable stratégie de santé visuelle</i>	76
3.1.2 <i>Soutenir la démographie médicale, en particulier dans les territoires sous-dotés</i>	77
3.1.3 <i>Favoriser le développement du travail aidé, de l'équipe de soins pluri-professionnelle et de la télémédecine.....</i>	78
3.1.4 <i>Maximiser le potentiel de renouvellement et d'adaptation des verres correcteurs</i>	81
3.1.5 <i>Autoriser la primo-prescription des verres correcteurs pour les patients âgés de 16 à 42 ans par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes si les délais de prise de rendez-vous ne baissent pas significativement avant la fin de l'année2021.....</i>	83

3.1.6	<i>Mettre en œuvre une pratique avancée dans la filière visuelle</i>	84
3.2	MODERNISER ET RENOVER LES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX	85
3.2.1	<i>Faciliter le déroulement des études</i>	86
3.2.2	<i>Créer une licence de santé visuelle comportant des mentions de spécialisation pour les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, ainsi qu'un dispositif de passerelle pour les actuels opticiens-lunetiers</i>	87
3.2.3	<i>Créer un master de pratique avancée santé visuelle</i>	90
	LETTRE DE MISSION	93
	LISTE DES ANNEXES	95
	SIGLES UTILISES	107

RAPPORT

Introduction

[1] La filière visuelle est une composante remarquable du système de soins : clairement individualisée au sein de la médecine, touchant une fonction sensorielle clé, elle s'adresse à une très grande majorité de la population et, pour ainsi dire, à tous les seniors, emploie en France plus de 60 000 professionnels (principalement des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers mais aussi des optométristes, des infirmiers, des salariés des fabricants de matériels, d'équipements et de lentilles de contact et des enseignes d'optique) et est financée à hauteur de dix milliards € environ, essentiellement par les assureurs complémentaires et, à titre subsidiaire, par l'assurance maladie.

[2] La filière visuelle est également remarquable pour d'autres raisons. Elle a fait l'objet de multiples réformes de son organisation, de la formation de ses professionnels et de son financement depuis les années 2000, réformes qui se poursuivent avec l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020 du 100 % santé en optique, et elle a manifesté plus que d'autres spécialités médicales des capacités réelles d'innovation et d'adaptation, notamment au travers du développement volontariste du travail aidé et des équipes de soins pluri-professionnelles. Néanmoins, la filière visuelle, dont le modèle se différencie en France par plusieurs aspects importants de celui d'autres pays, fait face à des difficultés aussi sérieuses que durables de dépistage et d'accès aux soins, que l'IGAS a qualifiées de « *désastre* ». Enfin, la filière visuelle a fait l'objet de très nombreux rapports, au fil des ans, y compris dans les toutes dernières années, qui ont été établis soit par les professionnels eux-mêmes, soit par les pouvoirs publics (IGAS¹, Cour des Comptes², CNAM³, etc...).

[3] Dans ce contexte⁴, les directeurs des cabinets des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur ont, par note du 24 juin 2019, demandé à leurs deux inspections générales, l'IGAS et l'IGESR, de conduire une mission sur l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles des métiers de la filière d'une part, et sur l'évolution associée des formations d'autre part.

[4] Sur le premier point, la lettre de mission liste un assez grand nombre de sujets d'attention, en particulier les modalités concrètes de renforcement des coopérations interprofessionnelles, du travail en équipe et d'un exercice davantage coordonné, aux fins notamment de « *développer les meilleures pratiques, de réduire significativement les délais de prise en charge et d'améliorer l'accès aux soins en matière visuelle, en particulier dans les territoires les plus démunis* », mais aussi l'évolution du cadre réglementaire relatif au renouvellement des équipements d'optique, la diffusion de pratiques nouvelles chez les professionnels et les usagers et les modalités d'information de la population aux

¹ Dominique Voynet, *Restructuration de la filière visuelle*, IGAS, 2015.

² RALFSS, *Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser (chapitre VII)*, Cour des Comptes, 2018.

³ CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'assurance maladie pour 2020. La filière visuelle : les débuts d'une réorganisation - Evolution de la prise en charge des patients par les ophtalmologues et les orthoptistes*, pp. 193 et suivantes, 2019.

⁴ Il convient également de préciser qu'un protocole d'accord signé le 6 janvier 2018 entre la directrice de la sécurité sociale et les présidents de deux des trois syndicats d'opticiens (ROF et SYNOM mais pas FNOF) sur le 100 % santé prévoyait que « *le ministère des solidarités et de la santé ouvrira[it] des réunions de concertation avec l'ensemble des acteurs de la filière optique pour déterminer les évolutions relatives à l'organisation de cette filière, à l'évolution des formations et des exigences professionnelles ainsi qu'aux rôles et responsabilité (sic) des différentes professions de santé... [et qu']une attention particulière sera[it] portée à la mise en place d'actions de dépistage des troubles visuels.* »

potentialités ouvertes par les nouveaux modes d'exercice. Elle demande enfin l'étude du développement d'une pratique avancée. Elle écarte explicitement la création d'une profession nouvelle, c'est-à-dire la reconnaissance des optométristes.

[5] Sur le second point, celui de l'évolution des dispositifs de formation, la lettre de mission pointe trois sujets qui ont fait l'objet de réflexions et de discussions depuis un certain temps : le développement des compétences en santé visuelle des opticiens et l'architecture de leur formation, le développement des passerelles et de formations communes entre les opticiens et les orthoptistes, et enfin la mise en place d'un master de pratique avancée.

[6] Au plan de la méthode, la lettre de mission demande une étude simultanée, coordonnée, conjointe et articulée des deux volets relatifs à la pratique et à la formation. Elle souhaite également de la part de la mission une approche étroitement concertée avec toutes les parties prenantes.

[7] Les responsables de l'IGAS et de l'IGESR ont désigné une équipe de quatre membres pour réaliser la mission : MM. Jean-Robert Jourdan et Louis-Charles Viossat et Mme Françoise Zantman pour l'IGAS, et M. Stéphane Elshoud pour l'IGESR. La mission IGAS/IGESR a bénéficié du concours technique du professeur Carole Burillon, PU-PH d'ophtalmologie et doyen de l'UFR de médecine de Lyon Sud.

[8] Les travaux se sont déroulés entre le début du mois de septembre 2019 et le mois de décembre 2019. La mission a réalisé des dizaines d'entretiens avec les commanditaires, les administrations nationales et des agences régionales de santé (ARS), les principaux financeurs, des experts, des professionnels, des acteurs publics et privés de la filière, des industriels et des start-ups. La mission a organisé également deux cycles d'auditions formelles des principales parties prenantes ; elle s'est déplacée sur le terrain en Ile-de-France et dans la région Nord.

[9] Compte tenu des rapports très fouillés qui ont été rédigés récemment par l'IGAS et par la Cour des Comptes sur la filière visuelle, et qui ont été complétés par l'insertion dans le rapport charges et produits 2020 de la CNAM, mais compte tenu également des délais contraints (quelques semaines seulement) ainsi que des entretiens avec les commanditaires, la mission a fait le choix de focaliser ses travaux et ses préconisations sur :

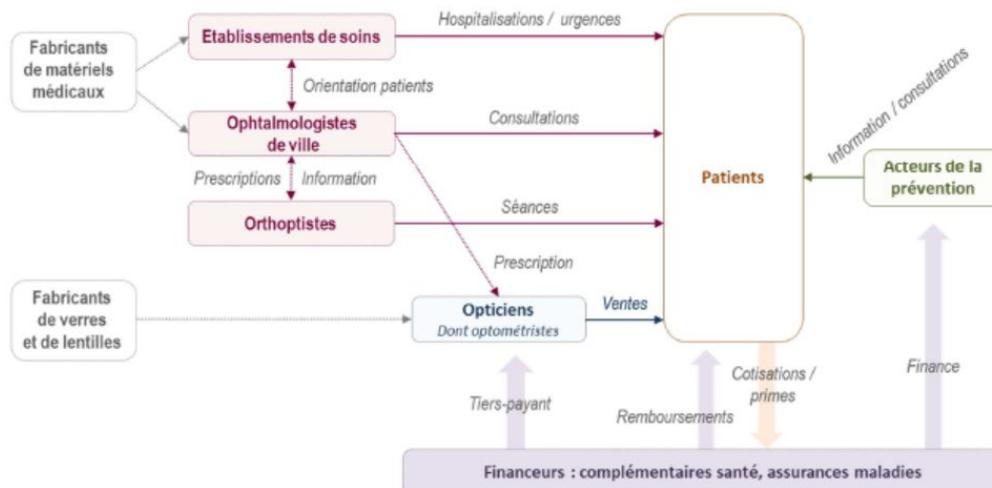
- Le périmètre libéral de la filière visuelle, en ne traitant pas, pour l'essentiel, le volet hospitalier, qui connaît également des problèmes spécifiques que la mission n'a fait qu'approcher lors de ses visites et ses entretiens et qui mériterait des travaux spécifiques;
- Le dépistage et le traitement des troubles de la réfraction par la prescription de verres correcteurs, qui sont au cœur du problème majeur d'accès aux soins de la filière, qui n'a pas fondamentalement changé depuis une quinzaine d'années et, en tout cas, depuis le précédent rapport de l'IGAS en dépit de la volonté affichée des pouvoirs publics et des professionnels. Ce faisant, la mission n'a pas mis l'accent sur d'autres pathologies et déficiences visuelles et d'autres sujets importants de santé publique comme la cécité, la basse vision ou les pathologies oculaires complexes ; elle n'a pas non plus creusé les enjeux spécifiques à la contactologie ou à la chirurgie réfractive (non remboursée en France) ;
- La formation des orthoptistes et des opticiens-lunetiers (ainsi que des optométristes), et pas la formation des ophtalmologistes.

[10] La mission a porté son attention essentiellement sur la France mais elle a veillé à éclairer la situation spécifique française par la comparaison de la situation et des bonnes pratiques en Europe et au-delà. La mission a pris en compte des éléments du modèle économique des acteurs de la filière mais elle n'a pas réalisé d'analyse spécifique de la situation économique, des rémunérations, de la nomenclature ni des différents dispositifs conventionnels ayant un impact économique et financier. Elle n'a pas non plus analysé de façon particulière l'impact du 100 % santé, sur les opticiens-lunetiers en particulier ni les problèmes de l'accès aux soins visuels des personnes en établissements sociaux et médico-sociaux.

[11] La mission a cherché, tout en faisant des préconisations à long terme en matière de stratégie de la filière visuelle, à identifier prioritairement des recommandations susceptibles d'avoir un impact à court terme (deux à trois ans) sur le problème de l'accès au dépistage et au traitement des troubles simples de la réfraction par la prescription de verres correcteurs.

[12] La première partie du rapport souligne le caractère encore insatisfaisant de plusieurs caractéristiques de l'organisation des soins et de la formation dans la filière (partie 1). La deuxième partie montre que les évolutions récentes des pratiques professionnelles et de la formation doivent être relativisées et ne sont pas des réponses à la hauteur du volume des patients ayant besoin d'être dépistés et traités pour des troubles simples de la réfraction (partie 2). La troisième et dernière partie présente les orientations préconisées par la mission, en soulignant les arbitrages auxquels sont confrontés les pouvoirs publics (partie 3).

Schéma 1 : Description globale de la filière visuelle



Source : Rapport Astérés⁵

[13] Le rapport est complété par trois annexes : sur la vision comme enjeu de santé publique et les évolutions rapides et profondes de son contexte (annexe 1), sur la formation (annexe 2) et sur les aspects internationaux (annexe 3).

⁵ Rapport rédigé pour la Mutualité française par le cabinet Astérés et remis en septembre 2015.

La vision, un enjeu de santé publique dont le contexte évolue rapidement (cf. annexe 1)

La vision joue un rôle critique dans tous les aspects et à tous les stades de la vie. Néanmoins les pathologies oculaires, qui sont pour la plupart multifactorielles, sont très nombreuses, et certaines mènent à la cécité. Les troubles de la réfraction sont les pathologies visuelles les plus fréquentes et selon l'OMS, environ le tiers des habitants de la planète ont une déficience visuelle, dont un milliard aurait pu l'éviter ou sont en attente de traitement. En France, trois personnes sur quatre de plus de 20 ans et 97 % des plus de 60 ans souffrent d'un trouble de la vision et il y aurait 11 millions d'astigmates et 9 millions de myopes sans gravité. De même, 35 % des adolescents et sept français sur dix de 20 ans ou plus portent des lunettes ou des lentilles de contact.

La vue repose sur la perception des rayons lumineux qui rebondissent sur les surfaces et les objets avant d'atteindre la rétine. La déviation de la direction rectiligne de la lumière, appelée réfraction, permet la convergence des rayons sur la rétine ; on parle de troubles de la réfraction, ou amétropie, lorsque les rayons sont orientés trop en avant (myopie) ou en arrière (hypermétropie) de la rétine. Les troubles les plus fréquents sont la myopie et l'hypermétropie, l'astigmatisme (déformation des images) et la presbytie (vieillesse naturelle de l'œil qui se traduit par des difficultés de voir de près).

Les troubles de la réfraction présentent plusieurs caractéristiques notables : ils sont extrêmement répandus, très souvent sous des formes faibles ; ils peuvent néanmoins avoir un impact significatif dans la vie des individus, en particulier les enfants mais également les adultes s'ils ne sont pas corrigés ; ils peuvent être dépistés par des examens simples, efficaces, non invasifs et sans risque pour le patient ; enfin, ils ont des traitements simples et efficaces : la prescription de verres correcteurs et de lunettes (ou bien aussi de lentilles de contact voire une chirurgie réfractive)

La demande de soins visuels croît rapidement en raison du vieillissement démographique, de l'accroissement de l'exposition aux écrans et du progrès médical et technologique notamment. L'opération de la cataracte est déjà l'intervention chirurgicale de loin la plus fréquente, et la croissance constatée de l'activité libérale des ophtalmologistes, en faveur d'actes de plus en plus techniques, va se poursuivre. Au plan international, la myopie va toucher 3,4 milliards de personnes dans le monde en 2030, contre 2,6 milliards en 2020, et en France, le nombre de myopes parmi les enfants de moins de 20 ans croîtrait de 800 000 entre 2018 et 2025.

Des progrès médicaux et technologiques et rapides sont porteurs de ruptures probables dans l'organisation des soins et l'évolution des pratiques à un horizon rapproché. La filière visuelle est un champ privilégié d'innovation chirurgicale, médicamenteuse, pour les thérapies géniques et aussi pour les matériels de diagnostic, notamment avec la tomographie à cohérence optique (OCT), la réfraction automatisée et les logiciels experts d'intelligence artificielle. Elle est également un domaine d'application de nombreuses innovations en matière de télémédecine.

Sur un plan économique, le secteur de l'optique est en pleine reconfiguration du côté des fabricants comme des magasins d'optique, avec notamment le retour de la grande distribution, la diversification vers les aides auditives et la pénétration rapide de solutions low-cost. La réforme du 100 % santé va également avoir des impacts économiques significatifs sur les magasins d'optique, sans qu'on sache encore bien les quantifier.

1 Une filière dont plusieurs caractéristiques de l'organisation des soins et de la formation sont encore insatisfaisantes

[14] L'organisation de la filière visuelle en France, ses forces ainsi que ses limites, ont été décrites à de nombreuses reprises au cours des dernières années, notamment par l'IGAS et par la Cour des Comptes.

[15] Dans ce contexte, tout en mettant à jour des constats déjà établis, la mission s'est efforcée de mettre l'accent sur les difficultés persistantes et inacceptables d'accès au dépistage et au traitement des troubles de la réfraction des patients dans notre pays et les limites des formations des personnels paramédicaux de la filière.

1.1 Un défaut de stratégie et une organisation des soins visuels traditionnelle en large partie inadaptée au volume de patients atteints de troubles de la réfraction

[16] L'organisation des soins dans la filière visuelle présente certaines caractéristiques identifiées au fil de rapports successifs, décrites de façon convergente par de nombreux interlocuteurs de la mission et qui sont jugées manifestement insatisfaisantes. C'est le cas notamment de la stratégie et des données épidémiologiques et de l'organisation traditionnelle des soins qui existe en France.

1.1.1 Une quasi-absence de stratégie au plan national et régional et une insuffisance de données, épidémiologiques notamment, nécessaires au pilotage

1.1.1.1 Des documents stratégiques nationaux et régionaux parcellaires

[17] L'OMS recommande d'élaborer dans chaque pays une stratégie spécifique à la filière visuelle qui soit intégrée à la stratégie nationale de santé. Tel n'est pas encore le cas en France.

[18] La stratégie nationale de santé elle-même évoque de façon extrêmement limitée les sujets liés à la vision, essentiellement à propos de la « *lutte contre les inégalités sociales et territoriales* » en ce qui concerne la limitation du reste à charge (100 % santé), et à propos des « *priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune* » en ce qui concerne le dépistage chez les jeunes enfants⁶. La stratégie nationale de santé publique ne contient rien non plus en matière de soins visuels⁷. Et à la différence de ce qui prévaut pour beaucoup d'autres champs ou thèmes de santé publique (déterminants de santé; pathologies ; populations), pour lesquels une trentaine de plans existent, il n'y pas jusqu'à présent de « *feuille de route* », de « *plan* » ou de « *stratégie* » spécifique ou indirectement liée à la filière visuelle, hormis bien entendu l'objectif du 100 % santé ainsi que « *le plan d'action d'accès aux soins visuels* » élaboré par la DSS et la DGOS, daté d'avril 2015. Comportant douze mesures regroupées sous quatre têtes de chapitres, il a disparu de l'agenda des administrations et n'était pas connu de la plupart des interlocuteurs de la mission.

⁶ « *Soutenir l'intervention des professionnels libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, professions paramédicales...) en matière de dépistage auprès des jeunes enfants, notamment des troubles visuels [...], en lien avec l'éducation nationale, les modes d'accueil formels (crèches, assistants maternels...) et les services de santé scolaire* » (page 77). La stratégie nationale insiste également sur le dépistage du diabète, sans mention de la rétinopathie diabétique.

⁷ Hormis une mention page 15 sur la morbidité des moins de 15 ans : « *Chez les moins de 15 ans, la morbidité est faible et concerne des pathologies essentiellement bénignes : respiratoires, ophtalmologiques, dentaires, etc.* ». A contrario, les soins visuels apparaissaient dans deux des 100 objectifs de santé publique fixés par la loi d'août 2004.

[19] Il n'est pas surprenant dans ce contexte que les projets régionaux de santé (PRS) intègrent peu d'éléments relatifs aux soins visuels. Ainsi, la mission a passé en revue les PRS de trois grandes régions⁸ :

- En Ile-de-France, il n'y a aucune mention de l'ophtalmologie ni des soins visuels dans le cadre d'orientation stratégique et quelques brèves mentions seulement dans le plan d'action consacré à la chirurgie hospitalière, aux PASS ophtalmologiques et aux questions de données. Il y a également deux mentions dans le PRAPS sur le renoncement aux soins et les PASS ;
- En Occitanie, le schéma régional de santé est uniquement focalisé sur un objectif : développer, comme projet structurant, un dispositif de dépistage de l'amblyopie chez tous les enfants de moins de six ans ;
- L'approche en Grand-Est est la plus complète : le cadre d'orientation stratégique fait référence à l'accroissement de la durée d'accès aux soins ophtalmologiques, à la mise en œuvre des protocoles de coopération et à l'universitarisation des formations et le plan d'action est le plus étoffé, en mentionnant l'objectif de déploiement des protocoles de coopération et en renvoyant à un plan régional et territorialisé sur le développement des coopérations entre ophtalmologistes et orthoptistes, en fixant un objectif d'intensification du dépistage de la rétinopathie diabétique par « *le maillage du territoire de rétino-graphes et de personnels* » et d'élargissement de l'accès aux téléconsultations.

[20] Le rapport d'activité 2018 du fonds d'investissement régional (FIR) ne mentionne, par ailleurs, que 76 k€ de dépenses en matière d'ophtalmologie en France entière au titre des projets de télémédecine.

⁸ Une région très urbaine présentant les meilleurs délais d'accès et des écarts infra régionaux considérables, deux régions présentant des pôles universitaires forts, avec pour l'une une couverture assez satisfaisante en ophtalmologistes, et pour l'autre un territoire à la densité en ophtalmologistes très faible

Schéma 2 : Un exemple d'objectifs régionaux : le dépistage de l'amblyopie chez tous les jeunes enfants en Occitanie



PROJET
STRUCTURANT
N° 4.1

PARCOURS SANTÉ DES COUPLES,
DES MÈRES, DES ENFANTS ET DES JEUNES

DÉVELOPPER UN DISPOSITIF RÉGIONAL DE DÉPISTAGE
ET ORIENTATION DES TROUBLES VISUELS (AMBLYOPIE)
POUR TOUS LES JEUNES ENFANTS

DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'amblyopie est une atteinte oculaire dont la découverte précoce, par des tests simples chez les jeunes enfants, permet d'en limiter les conséquences sous traitement adapté réalisé le plus tôt possible, durant la période sensible.

Il est primordial de dépister ces troubles notamment avant l'âge de 3 ans, notamment au décours d'examen par les pédiatres, les médecins généralistes et de PMI. Des référentiels existent et l'amblyopie est facilement traitable avant 6 ans.

On relève, actuellement, 14% de troubles visuels non connus dans l'académie de Toulouse, avec des conséquences souvent irréversibles après 6 ans.

La géographie médicale des ophtalmologistes et le coût potentiel d'un dispositif de dépistage et suivi amènent à imaginer la réalisation des examens par les orthoptistes en lien avec les médecins, dans le cadre d'un protocole de coopération.

Le projet est structuré à deux niveaux :

- diffusion, dans les maternités, de référentiels et bonnes pratiques vers les professionnels lors des examens de suivi des enfants,
- mise en place progressive de centres de compétences (avec examen de dépistage par l'orthoptiste, confirmation du diagnostic par le médecin ophtalmo pédiatre, orientation vers le professionnel de proximité). Un tel centre est en cours de mise en place à Toulouse (centre Jean Jaurès) et peut servir de modèle pour une mise en place d'autres centres sur la région. Son financement est à l'activité, sous condition de réalisation des tests par des orthoptistes. Ce centre est en lien avec le CHU de Toulouse et de Montpellier pour l'élaboration de protocoles, les modalités d'organisation. Ce projet est à relier avec un projet de recherche.

Une attention particulière sera portée pour que ce dispositif bénéficie aux enfants vivant sur les zones géographiques à indicateur de défavorisation élevé et aux prises en charge en secteur 1.

RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- information dans les maternités sur l'importance du dépistage visuel,
- déploiement progressif des centres de compétences dans les territoires

Source : ARS Occitanie

1.1.1.2 Des données, notamment épidémiologiques, insuffisantes

[21] On manque dans le domaine des soins visuels, comme c'est aussi le cas dans d'autres domaines du champ sanitaire et social⁹, de données suffisantes pour piloter les politiques et le système de soins.

[22] Les données épidémiologiques précises sont assez peu nombreuses en France. Les principales données publiées par l'administration sont tirées de l'enquête santé et protection sociale 2014 (DREES-IRDES), reprises dans l'édition de 2017 de l'état de santé de la population en France¹⁰, d'un court article dans la série « *Enquêtes et résultats* » de la DREES publié en juin 2014 sur les troubles de la vision¹¹ et, pour les jeunes, des résultats de l'enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2 au cours de l'année scolaire 2014-2015¹² et de l'édition 2016-2017 de l'enquête de santé en milieu scolaire, publié en août 2018 et qui porte sur les élèves de troisième.

[23] Les données publiées par la CNAM, notamment dans son dernier rapport charges et produits, sur l'étendue du suivi des patients atteints de glaucome, de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et de rétinopathie diabétique, sont également limitées et donnent lieu, en outre, à des débats avec les épidémiologistes consultés par la mission (*cf. infra*). A la connaissance de la mission, le baromètre santé de Santé Publique France n'a pas donné lieu à des publications sur la santé visuelle.

⁹ Les illustrations tirées des rapports de l'IGAS sont très nombreuses : pour un exemple récent, cf. le cas des soins palliatifs.

¹⁰ DREES et Santé Publique France, *L'état de santé de la population en France*, 2017.

¹¹ Cf. DREES, *Les troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes*, Etudes et Résultats, n° 881, Juin 2014.

¹² Cf. DREES, *La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*, Etudes et Résultats, n° 993, Février 2017.

[24] L'administration sanitaire ne fournit pas de données prospectives sur le fardeau futur des maladies ophtalmologiques. On doit recourir aux publications universitaires¹³, aux études réalisées dans d'autres pays, difficilement transposables en France, et aux données fournies par les acteurs de la filière visuelle.

[25] En matière d'offre, d'activité et de dépenses, il existe un manque, là aussi, de données à jour et de synthèse fournies par la statistique publique, qu'il s'agisse de la configuration précise et de la segmentation détaillée de l'offre des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, de l'évolution précise de leur activité et de leur patientèle ou bien des dépenses engagées dans la filière visuelle. Les données sur les ventes d'équipements issues de la statistique publique sont limitées et on est contraint trop souvent à des approximations ou à se reposer sur les données fournies par les acteurs de la filière et les bureaux d'études.

1.1.2 Un modèle organisationnel reposant sur les ophtalmologistes, entourés de professionnels paramédicaux

[26] L'offre de soins visuels repose en France comme dans les autres pays du monde, sur deux grands types de professionnels : les ophtalmologistes d'une part, et les auxiliaires médicaux d'autre part (en France, orthoptistes et opticiens-lunetiers), auxquels il faut ajouter une série d'autres professionnels connexes.

[27] Si le nombre d'ophtalmologistes en proportion du nombre de patients en France est dans la moyenne européenne, la densité des professionnels de la filière visuelle toutes professions confondues, qui atteint 74,2 pour 100 000 habitants, est très élevée dans notre pays, en raison de la densité particulièrement élevée et qui ne cesse de croître des orthoptistes et des opticiens-lunetiers.

Tableau 1 : Nombre et densité (pour 100 000 hab.) des professionnels de la filière visuelle, 2019

	Ophtalmologistes	Orthoptistes	Opticiens-lunetiers	Total
Nombre	5 882	5 185	38 506	49 573
Densité	8,8	7,8	57,6	74,2

Source : DREES

1.1.2.1 Les ophtalmologistes, une profession médico-chirurgicale et technique qui est la pierre angulaire de la filière visuelle

[28] Les ophtalmologistes sont les principaux professionnels spécialistes de la santé visuelle. Pour reprendre les analyses du professeur Jean-Louis Arné¹⁴, les ophtalmologistes qui assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil, sont des médecins de premier recours et de second recours, dotés de compétences et d'un spectre d'activités extrêmement larges, à la fois médicales (traitement des affections locales comme des conséquences oculaires des pathologies générales), chirurgicales (chirurgie réfractive, chirurgie de la cataracte, du glaucome, etc.) sur l'œil et ses annexes (orbites et paupières) et techniques (actes techniques, d'optique et d'imagerie comme tomographies par cohérence optique, topographies cornéennes, champs visuels, etc., mais aussi traitements physiques par différents types de lasers notamment). L'ophtalmologie est la seule spécialité à couvrir l'ensemble d'un appareil (l'appareil oculaire) et l'une des quatre

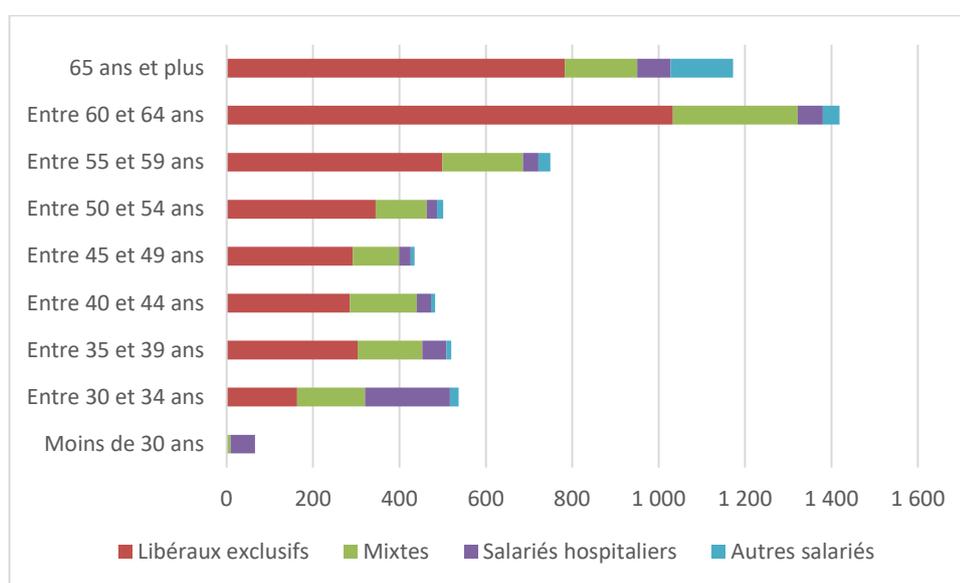
¹³ Par exemple, Matamoros et alii. *Prevalence of Myopia in France, A Cross-Sectional Analysis*, Medicine, Volume 94, Number 45, November 2015.

¹⁴ Jean-Louis Arné et alii, *La prise en charge des soins ophtalmologiques en France*, 2013.

spécialités à accès direct, avec les gynécologues, les psychiatres et neuropsychiatres et les stomatologues, en l'occurrence pour la prescription et le renouvellement de lunettes et le dépistage et le suivi du glaucome au regard du remboursement¹⁵.

[29] On dénombre, en 2019, selon la DREES, 5 882 ophtalmologistes en France, soit une densité de 8,8 pour 100 000 habitants¹⁶. Parmi ces professionnels, on dénombre 566 hospitaliers, 3 703 libéraux exclusifs, 1 339 à exercice mixte et 274 autres salariés. 63 % des ophtalmologistes exercent donc sous statut libéral exclusif, 10 % en salariat hospitalier et 27 % sous des statuts de salariat privé et mixtes. Le modèle libéral exclusif, qui était massivement majoritaire (70 % en 2013), est peu à peu remplacé par des modes d'exercice mixtes, conjuguant dans des cabinets de groupe des activités libérales et salariales, mais il demeure très majoritaire chez les ophtalmologistes âgés de 50 ans et plus.

Graphique 1 : Modes d'exercice des ophtalmologistes par âge, 2019



Source : DREES, présentation mission

[30] Selon la DREES, la moyenne d'âge des ophtalmologistes était de 54 ans en 2018, au-dessus de la moyenne des spécialistes (51 ans), et 44,3 % d'entre eux étaient des femmes, dans la moyenne des spécialités (45,2 %).

[31] Les ophtalmologistes sont parmi les étudiants de médecine les mieux classés aux examens. Le nombre élevé de patients et le niveau des dépassements permettent aux ophtalmologistes de figurer parmi les spécialistes aux revenus les plus élevés. En 2017, le montant moyen des honoraires d'un

¹⁵ La CNAM précise sur son site Ameli que : « Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous pouvez consulter directement, sans être orienté au préalable par votre médecin traitant, un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome. Vous bénéficiez [alors] d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Selon le cas (par exemple, si vous bénéficiez de la CMU complémentaire), vos consultations peuvent être prises en charge à 100 %. En dehors de ces situations, c'est votre médecin traitant qui doit vous orienter au préalable vers le médecin spécialiste ».

¹⁶ Il y a dans le monde plus de 330 000 ophtalmologistes. Les ophtalmologistes français représentent donc un peu moins de 2 % du total des ophtalmologistes dans le monde.

ophtalmologue APE¹⁷ était de 433 408 €, dont 111 007 € de dépassement¹⁸. La même année, les ophtalmologistes ont déclaré en moyenne aux services fiscaux un bénéfice non commercial de 153 787 € (121 696 € en secteur 1 et 181 538 € en secteur 2), soit 38 % au-dessus de la moyenne des spécialistes (17 % en secteur 1 ; 50 % en secteur 2) et juste derrière la spécialité la plus rémunératrice¹⁹.

[32] Les ophtalmologistes diplômés avant la création de l'internat DES en 1984 ont un exercice très majoritairement tourné vers une activité médicale, autour de consultations spécialisées, alors que les générations plus jeunes sont tournées vers l'activité chirurgicale, même si ces médecins gardent une activité de consultation importante pour des raisons de revenus et de recrutement des patients qu'ils opéreront ensuite.

[33] En 2014, la CNAM a établi une typologie des ophtalmologistes libéraux ou mixtes autour de six classes de pratiques homogènes : les cliniciens qui ont une activité majoritaire de consultations facturées en CS et qui représentent 36 % des effectifs, les cliniciens experts qui cumulent une activité de consultant et une pratique de la chirurgie de la cataracte et qui représentent à peine plus de 1 % des effectifs, les chirurgiens de la cataracte qui représentent près de 9 % des effectifs, les diagnosticiens qui représentent plus de 17 % des effectifs, les ophtalmologistes ayant une activité diagnostique en CCAM qui représentent un tiers des effectifs, et les spécialistes du suivi des pathologies rétinienne (rétinopathies et DMLA) qui représentent près de 4 % des effectifs. Une proportion importante des patients, chiffrée entre 20 et 60 % selon les sources, viennent consulter les ophtalmologistes pour la correction des troubles simples de la réfraction.

[34] De plus en plus d'ophtalmologistes, dont 80 % des nouveaux installés, exercent dans le cadre de cabinets de groupe qui comprennent parfois un nombre élevé de médecins (*cf. infra* chapitre 2.1.2.2).

1.1.2.2 Les orthoptistes, une profession de la rééducation en pleine évolution et particulièrement développée en France

[35] Les orthoptistes font partie, avec les diététiciens, les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures-podologues et les psychomotriciens, des professionnels paramédicaux de la rééducation dont le nombre s'accroît rapidement depuis les années 1990. Le certificat de capacité d'orthoptie est délivré à l'issue d'une formation de trois ans (*cf. infra* chapitre 1.3.1).

[36] Inscrite au code de la santé publique depuis 1964, mais ne disposant pas d'ordre, l'orthoptie a vu son champ de compétences circonscrit d'abord au dépistage, à la rééducation et à la réadaptation des troubles binoculaires (strabisme, défaut de convergence...) être élargi progressivement, et en particulier dans les années 2000, à l'exploration et à la prise en charge de la fonction visuelle (mesures de l'œil et différents examens de la vision) en lien avec ou auprès des ophtalmologistes²⁰.

¹⁷ Un professionnel de santé APE a exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel (hors professionnels de santé installés au cours de l'année, non conventionnés, exerçant à l'hôpital à plein temps, ayant atteint 65 ans au cours de l'exercice).

¹⁸ Source : CNAM

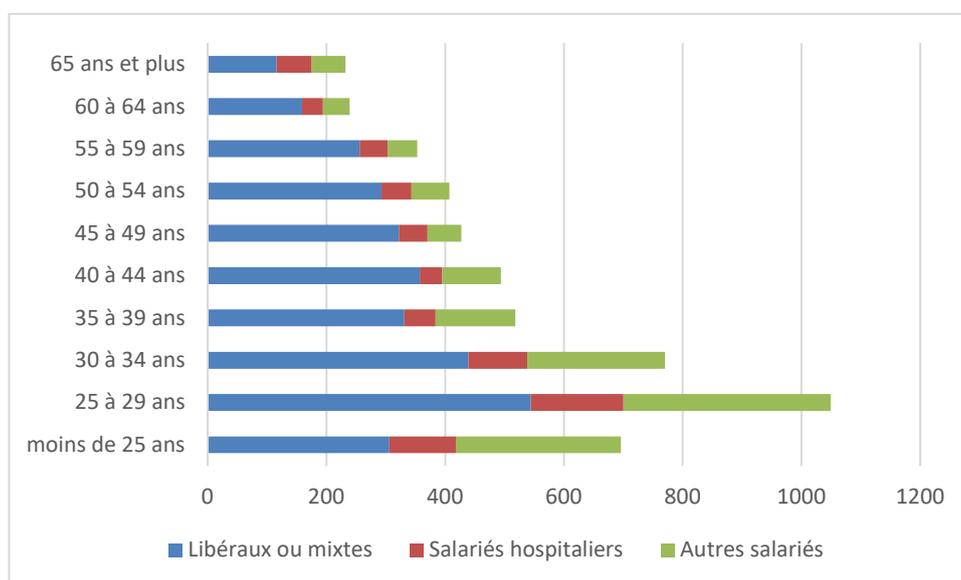
¹⁹ Source : CARMF

²⁰ Leur décret de compétences du 5 décembre 2016 précise : « L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies de la fonction visuelle. [...] La prise en charge orthoptique est accompagnée, le cas échéant, de conseils appropriés à l'entourage du patient ». Ce processus d'extension des compétences a été constaté dans tous les pays et pas seulement la France.

[37] Selon leur association européenne (OCE), le champ de compétences des orthoptistes serait en France, avec l'Italie, le Portugal et la Suisse, parmi les plus larges de l'Union européenne. Ainsi, les orthoptistes font des bilans afin d'évaluer les capacités visuelles du patient. Sous la responsabilité d'un ophtalmologiste en capacité de contrôle et d'intervention immédiate, ils peuvent assurer des actes d'ophtalmologie plus techniques. En décembre 2016, les compétences des orthoptistes ont à nouveau été élargies avec de nouvelles possibilités de prise en charge (troubles neuro-visuels, troubles de la communication visuelle, etc.), de nouvelles habilitations (irrigation de l'œil, recueil des sécrétions lacrymales...) et de nouveaux actes (pachymétrie ou mesure de l'épaisseur de la cornée, examen spéculaire, etc.) ; depuis avril 2017, les orthoptistes sont autorisés à prescrire des dispositifs médicaux (cache oculaire, prisme, filtre, loupe, canne blanche, etc.) ; enfin, depuis la loi de juillet 2019, ils peuvent renouveler les prescriptions initiales d'équipements dans les mêmes conditions que les opticiens-lunetiers. Ils sont les premiers professionnels de santé paramédicaux à avoir eu un acte de télémédecine pris en charge par l'assurance maladie au niveau national. Au total, si l'on compare leur situation avec ces autres paramédicaux que sont les infirmiers, le champ de compétences des orthoptistes est d'ores et déjà proche, par son étendue, de celui des infirmiers en pratique avancée.

[38] L'orthoptie est une profession jeune (45 % des orthoptistes ont moins de 35 ans) et très féminisée (neuf orthoptistes sur dix)²¹. L'activité libérale ou mixte²² y est très majoritaire (60 %). Mais c'est le mode d'exercice en salariat non hospitalier, donc en cabinet (26 %), qui progresse le plus rapidement. Les pratiques professionnelles, comme chez les ophtalmologistes, évoluent nettement selon les générations : les orthoptistes de moins de 35 ans exercent pour moitié en salariat, dont un tiers en cabinet, et pour moitié en libéral ; près de 70 % des orthoptistes de 35 ans et plus exercent en libéral.

Graphique 2 : Modes d'exercice des orthoptistes par âges, 2019



Source : DREES, présentation mission

²¹ Les chiffres de cette présentation des orthoptistes sont de source DREES et correspondent, sauf mention contraire, à l'année 2019.

²² Mixte = libérale + salariat.

[39] En très forte croissance démographique depuis une vingtaine d'années, les orthoptistes sont passés de 2 000 environ en 1999 à 5 185 en 2019, soit 7,8 pour 100 000 habitants, ce qui fait de la France le pays du monde où ces professionnels sont les plus nombreux.

[40] Les rapports entre les orthoptistes et les caisses d'assurance maladie sont organisés par une convention nationale de 1999, le dernier avenant datant de juin 2017. Le niveau des rémunérations des orthoptistes libéraux est globalement peu élevé, notamment en raison des temps partiels, et il est, selon le SNAO, inférieur à celui des masseurs-kinésithérapeutes. Il est néanmoins en train d'évoluer à la hausse en raison de la stratégie du travail aidé mise en œuvre par les ophtalmologistes et de la demande accrue d'orthoptistes (*cf. infra* chapitre 2.1.2.1).

1.1.2.3 Les opticiens-lunetiers, une profession de santé et commerciale aux effectifs très nombreux et dont les compétences sont essentiellement limitées à la dispensation d'équipements

[41] L'opticien-lunetier est à la fois un professionnel de santé soumis au code de la santé publique et un commerçant, inscrit au registre du commerce²³. Le diplôme d'opticien-lunetier, obtenu en deux ans grâce à un BTS, est nécessaire pour diriger ou gérer un magasin d'optique.

[42] La profession d'opticien est réglementée dans seize États-membres de l'Union européenne dont la France. Les opticiens-lunetiers ont le monopole de la vente de verres correcteurs et de lentilles de contact, mais pas des lunettes-loupes depuis un arrêt de la Cour de la Cassation dans les années 2000, ni des produits pour lentilles ni des lunettes solaires. Toutefois, les opticiens-lunetiers ne disposent pas, à la différence des orthoptistes, d'un décret de compétences. Jusqu'en 2007, ils n'avaient pas le droit de manier « *des appareils servant à déterminer la réfraction* ». Ce n'est plus le cas depuis lors et, désormais, selon les organisations professionnelles, une proportion importante des magasins sont équipés d'une salle isolée et de matériels permettant les examens pour déterminer la réfraction. De même, de nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné que « *les opticiens sont souvent mieux formés à la réfraction que les ophtalmologistes* ».

[43] Les opticiens-lunetiers n'ont plus le droit, depuis la loi Hamon de 2014 et un décret d'application de 2015²⁴, de prescrire des équipements optiques en première intention, à la différence de ce qui existe en Italie ou aux Pays-Bas²⁵, mais ils disposent d'un droit d'adaptation des équipements dans le cadre d'un renouvellement sous certaines conditions (présentation d'une prescription de moins d'un an pour les personnes de moins de 16 ans, de cinq ans pour les personnes de 16 à 42 ans et de trois ans pour les personnes de plus de 42 ans ; absence d'opposition du médecin ; information obligatoire de l'ophtalmologiste). Ce droit a été élargi au début de l'année 2019 par une proposition de loi adoptée qui a prévu qu'ils peuvent intervenir en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à titre expérimental.

[44] Les opticiens-lunetiers constituent, comme les orthoptistes, une profession jeune : 53 % d'entre eux ont moins de 35 ans et 68 % moins de 40 ans²⁶. 74 % sont salariés et 26 % indépendants. Les pratiques professionnelles, comme chez les autres professions de la filière visuelle, évoluent

²³ C'est une profession de santé en France, au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni, mais une profession artisanale en Allemagne et aux Pays-Bas et une profession commerciale en Tchéquie et en Lituanie.

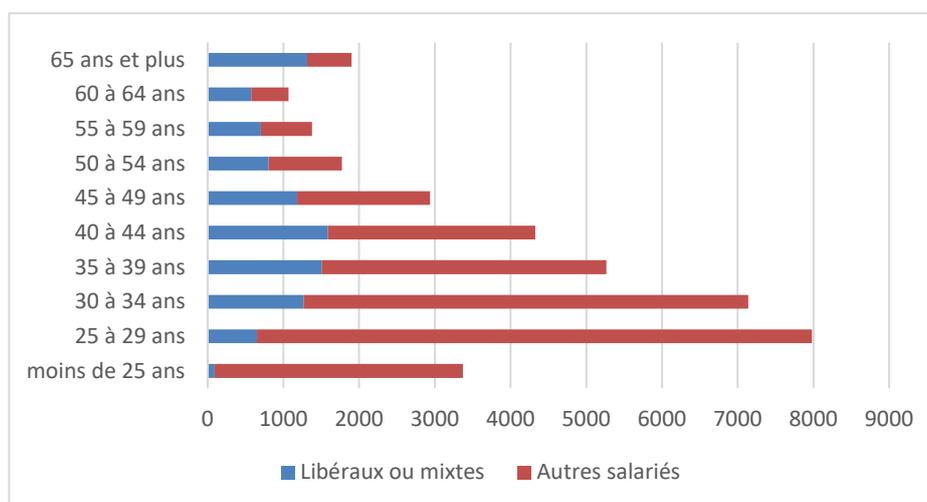
²⁴ Avant la loi Hamon, il était autorisé aux opticiens-lunetiers de vendre des équipements sans prescription médicale mais hors remboursement par l'assurance maladie.

²⁵ Dans les autres grands pays (Allemagne, Espagne, Royaume-Uni, Pays-Bas), ce sont les optométristes et les médecins qui peuvent prescrire.

²⁶ Les chiffres de cette présentation des opticiens lunetiers sont de source DREES et correspondent, sauf mention contraire, à l'année 2019

nettement selon les générations : les opticiens lunetiers de moins de 35 ans exercent à 90 % sous la forme du salariat ; ceux de 50 ans et plus sont majoritairement indépendants.

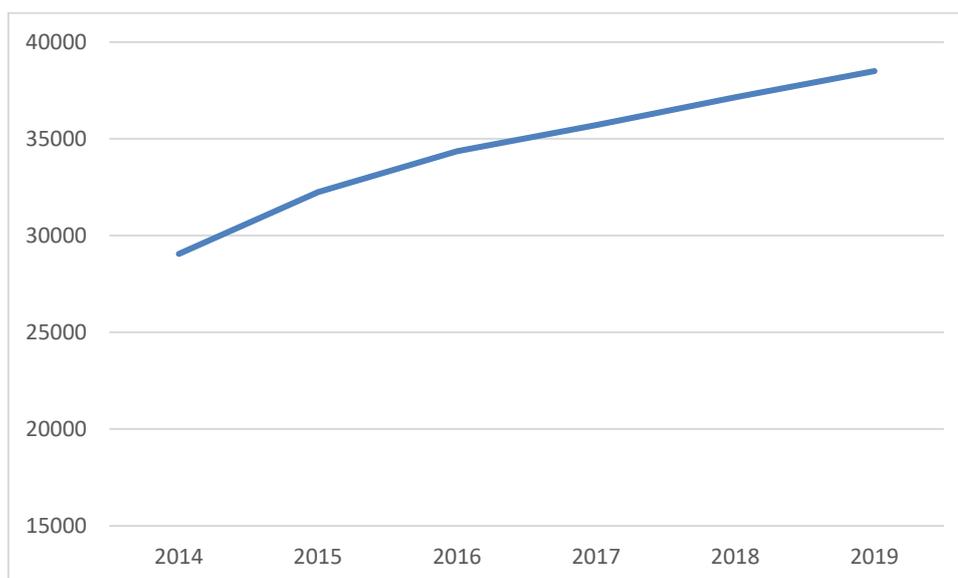
Graphique 3 : Modes d'exercice des opticiens-lunetiers par âge, 2019



Source : DREES, présentation mission

[45] Les opticiens lunetiers constituent de très loin la profession la plus nombreuse de la filière visuelle : 38 506 opticiens lunetiers en 2019. Sans numerus clausus ni quota à la formation ou à l'installation, l'effectif des opticiens lunetiers progresse rapidement : + 33 % en quatre ans. La France aurait la plus forte densité d'opticiens-lunetiers au plan international, comme pour les orthoptistes. Pourtant, les tensions sont toujours fortes sur leur marché de l'emploi, avec des difficultés d'embauches persistantes par les magasins, comme a pu le constater la mission dans ses déplacements. C'est notamment lié à la poursuite de la croissance du marché, à la concurrence entre enseignes mais aussi à des exigences spécifiques de formation (certains réseaux demandent un niveau bac + 3, au-delà du bac + 2 exigé pour être opticien-lunetier) qui sont valorisées par les réseaux de soins.

Graphique 4 : Démographie des opticiens lunetiers, 2014-2019



Source : DREES, présentation mission

[46] Les opticiens-lunetiers travaillent principalement dans 12 350 points de vente, qui emploient en moyenne trois salariés (y compris des monteurs-vendeurs et d'autres personnels de vente), et appartiennent à 7 500 entreprises environ.

[47] Dans la majorité des pays européens, et des autres pays développés, on distingue les opticiens-lunetiers d'une part, opticiens de base dont le rôle est limité à la délivrance d'équipements d'optique, et les opticiens spécialisés ou ophtalmiques d'autre part, qui ont des compétences cliniques en santé, et sont parfois confondues avec la profession d'optométriste comme en Autriche, à Chypre, au Danemark, en Espagne et en Suède. Tel n'est pas le cas en France où la profession d'optométriste n'est pas une profession de santé reconnue et fait même l'objet d'un rejet de la part des ophtalmologistes et, dans une certaine mesure, des orthoptistes. Il demeure qu'un nombre significatif d'opticiens-lunetiers français suit chaque année une formation d'optométriste délivrée en France (cf. *infra* chapitre 1.3.3).

1.1.2.4 D'autres professionnels de santé au service de la filière visuelle

[48] D'autres professionnels de santé concourent à la filière visuelle et sont les partenaires des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers.

[49] Il s'agit de médecins autres que les ophtalmologistes : omnipraticiens, médecins du travail, médecins scolaires, pédiatres, endocrinologues, etc. Les pharmaciens jouent également un rôle important, notamment pour les urgences ophtalmologiques. Toute une série de personnels paramédicaux autres que les orthoptistes et les opticiens-lunetiers, comme les infirmières dans les services hospitaliers, les centres de santé et les cabinets libéraux d'ophtalmologie apportent également leur contribution.

[50] Enfin, il convient de citer les assistants médicaux dont le rôle est appelé à se développer dans le cadre des nouvelles dispositions conventionnelles, dans le champ de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical, comme aide pour seconder les ophtalmologistes. Il est attendu que ces professionnels assurent un suivi du parcours de santé du patient et leur donnent des informations, se chargent de la gestion opérationnelle du cabinet, puissent réaliser des mesures automatisées sous la responsabilité du praticien et assurent un soutien logistique à celui-ci.

Un foisonnement réglementaire complexe

La multiplication des textes réglementant les compétences et l'activité des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers depuis les années 2000, et plus encore au cours des cinq dernières années, est significative. Au total, la réglementation actuelle est foisonnante et complexe, mais également parfois lacunaire, et elle donne lieu à des divergences d'interprétation sur un certain nombre de points comme la mission l'a constaté au contact de ses interlocuteurs, ce qui est peu propice au développement des activités de télémédecine par exemple.

La réglementation existante manque de cohérence, certains aspects étant très précisément et strictement réglementés (compétences des ophtalmologistes, des orthoptistes, compérage...) et d'autres beaucoup moins (contactologie, et *a fortiori* lunettes-loupes). Les évolutions de la réglementation sur des points clés, comme la possibilité ou non pour les opticiens-lunetiers de prescrire des verres correcteurs en première intention, licite avant la loi Hamon de 2014 et interdite depuis lors, ne sont ni justifiées ni logiques.

La réglementation est enfin incomplète : certains textes d'application n'ont pas encore été pris, et il n'y a pas de décret de compétences des opticiens-lunetiers ni de dispositif de sanctions professionnelles prévu pour cette même profession.

La réglementation est, en outre, mal contrôlée et diversement respectée (cf. *infra* 2.2).

1.1.3 Une organisation des soins traditionnelle

1.1.3.1 Une organisation des soins traditionnelle qui se distingue de celles prévalant dans la plupart des autres pays comparables

[51] En dépit d'efforts anciens et constants des pouvoirs publics, notamment dans la continuité du rapport rédigé par le doyen Berland à la demande du ministre de la santé de l'époque, le professeur Jean-François Mattei²⁷, la création de nouveaux métiers en santé, dotés de compétences propres, et la délégation des tâches sont demeurées timides dans le système de santé français. La filière visuelle française a été un point d'application des délégations de tâches sous supervision médicale mais les pouvoirs publics n'ont pas souhaité l'engager vers un véritable partage des tâches entre premier et second recours, à la différence de ce que d'autres pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas ont fait.

[52] La filière visuelle est structurée en France, comme en Croatie, en Grèce, en Serbie, en Slovénie ou en Turquie, autour du passage obligatoire chez l'ophtalmologiste selon un modèle historique dans lequel l'ophtalmologiste a le monopole de l'examen oculaire et réalise, à l'occasion de la venue de ses patients pour des troubles mineurs de la réfraction, un examen oculaire complet.

[53] Le SNOF et la communauté des ophtalmologistes sont particulièrement vigilants à faire respecter ce modèle, comme le montre par exemple une décision récente de la Cour de Cassation²⁸, et à refuser la reconnaissance de la profession d'optométriste, pourtant réglementée dans 13 États-membres de l'Union européenne sur 28, et qui joue un rôle clé dans les pays anglo-saxons notamment pour le traitement des troubles de la réfraction et des pathologies oculaires simples.

[54] Une autre configuration de l'organisation et du parcours des soins visuels existe pourtant, dans laquelle il y a une répartition des rôles entre l'ophtalmologiste d'une part, qui se concentre sur la chirurgie, tout en recourant au travail aidé autant que de besoin, et l'optométriste d'autre part, qui réalise les dépistages et les soins primaires, même si ses responsabilités varient significativement d'un pays à l'autre. Cette configuration, plus soucieuse du bon usage des ressources rares que sont les ophtalmologistes, existe en particulier au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis mais également dans beaucoup d'autres pays européens comme l'Espagne, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède. Les ophtalmologistes y réalisent moins du quart des examens des troubles de la réfraction.

²⁷ Professeur Yvon Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Avril 2003. Ce rapport garde, quinze ans après, une très grande actualité.

²⁸ La Cour de Cassation a rendu une décision le 19 novembre 2019, sur une saisine du SNOF, à propos du caractère médical du processus développé par la société E-Ophta, composée exclusivement d'opticiens-lunetiers et d'optométristes, et qui procédait, chez des clients dépourvus d'ordonnances, à des examens de la vue par divers instruments et commandait des verres correcteurs, avant d'avoir obtenu une prescription à distance par un médecin partenaire. La Cour de Cassation a jugé « d'une part, que la mesure de la tension intraoculaire et la topographie cornéenne, qui peuvent être effectuées par des médecins ophtalmologistes ou, sous la responsabilité de ceux-ci et sur leur prescription, par des orthoptistes, sont des actes médicaux, en ce qu'il prennent part à l'établissement d'un diagnostic et, d'autre part, (...) que la société E-Ophta ne comprenait que des opticiens-lunetiers et des optométristes, lesquels réalisaient divers examens et commandaient les lunettes avant toute prescription médicale, ce dont il se déduisait qu'ils diagnostiquaient des troubles de la vision et ne procédaient pas à une simple collecte de données (...)».

Graphique 5 : Classement des pays en fonction de la proportion des examens des troubles de la réfraction réalisés par les ophtalmologistes

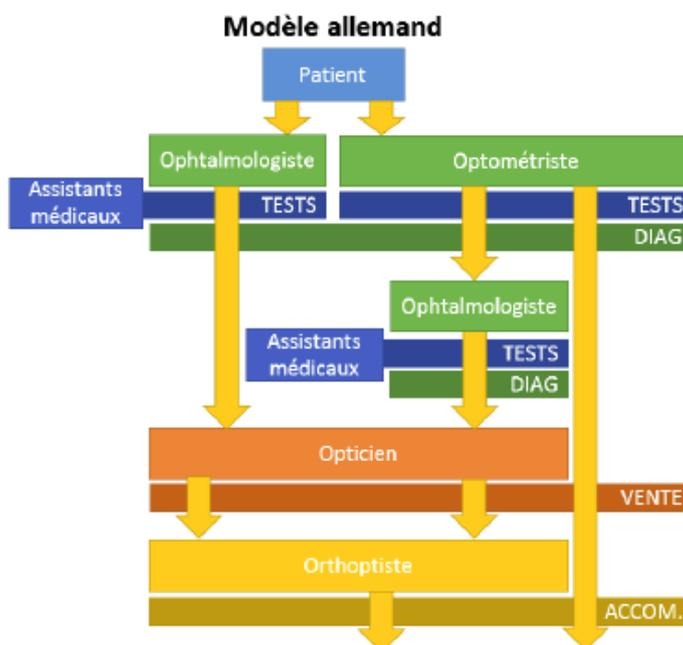


Source : ECOO, 2017

[55] Au plan international, quelle que soit la configuration de l'organisation des soins, la tendance générale est que les ophtalmologistes se déchargent personnellement de plus en plus de la réfraction pour se consacrer davantage à des actes chirurgicaux. Cela passe dans les pays à organisation traditionnelle comme la France par un recours démultiplié au travail aidé. Toutefois, au début des années 2000, à la différence de la France, plusieurs pays ont fait le choix de faire évoluer leur organisation traditionnelle vers un modèle où d'autres professionnels de santé, les optométristes, jouent un rôle important de premier recours.

[56] C'est le cas en particulier de l'Allemagne, qui a désormais un modèle mixte d'organisation des soins visuels. Ainsi, le modèle allemand ressemble au modèle français en ce qu'il repose sur près de 8 000 ophtalmologistes. Il a toutefois deux différences importantes : d'une part, au lieu des orthoptistes qui sont focalisés sur l'accompagnement des patients, les Allemands ont choisi de recourir prioritairement à des assistants médicaux, les *Praxisgehilfen*, présents également dans d'autres disciplines, pour le travail aidé ; d'autre part, les optométristes ont été reconnus et autorisés à effectuer des examens des pathologies de l'œil, et en particulier des examens d'acuité visuelle, des examens internes et externes de l'œil, des tests de tonométrie, de périmétrie et de sensibilité chromatique. Ce faisant, ils délestent les ophtalmologistes d'une partie des patients de premier recours.

Schéma 3 : Configuration des soins visuels en Allemagne



Source : *Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins, Mines-Paris Tech Fondation, Fondation Matmut, 2019, page 25*

[57] C'est le cas également aux Pays-Bas où une distinction claire existe, depuis les années 2000, entre soins primaires et soins secondaires en matière visuelle ainsi qu'une définition des responsabilités respectives qui permettent la meilleure utilisation des compétences des différents professionnels sur la base de critères de transfert explicites. Le premier recours est constitué du médecin généraliste, de l'optométriste et, plus rarement, de l'orthoptiste. L'optométriste, directement accessible par le patient, effectue un examen oculaire et pose un diagnostic. Il peut notamment déterminer s'il existe une anomalie, décider si le patient doit être orienté vers le médecin de famille, l'orthoptiste, ou un spécialiste (le plus souvent l'ophtalmologiste) mais aussi déterminer, fournir et adapter les équipements optiques (lunettes, lentilles de contact, dispositifs de basse vision). L'ophtalmologiste n'exerce en général qu'en second recours. Il peut diagnostiquer et traiter les pathologies visuelles mais également déléguer des tâches vers l'orthoptiste ou l'optométriste. Avant la réforme, l'organisation du parcours de soins était semblable aux Pays-Bas à ce qu'elle est en France, et les délais de consultations avoisinaient quatre mois. Depuis la réforme, les délais ont diminué de plus de 70 % pour se stabiliser à 33 jours²⁹.

[58] L'organisation des soins qui prévaut actuellement en France a pour avantage d'offrir aux patients qui accèdent aux ophtalmologistes des soins complets et de qualité par des professionnels hautement qualifiés. Elle a néanmoins pour inconvénient de créer de longues files d'attente (*cf. infra*), qui sont source d'insatisfactions connues, et de possibles pertes de chances, qu'il conviendrait d'évaluer scientifiquement, mais également de coûter cher à l'assurance maladie et aux patients en raison de la sur-qualité de l'offre pour des troubles et des soins simples.

²⁹ Source ; Rapport Astérès, *op. cit.*

Les dépenses d'optique médicale et leur financement socialisé en France

Avant même l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé en optique, qui a lieu en janvier 2020, la France présente trois caractéristiques clés.

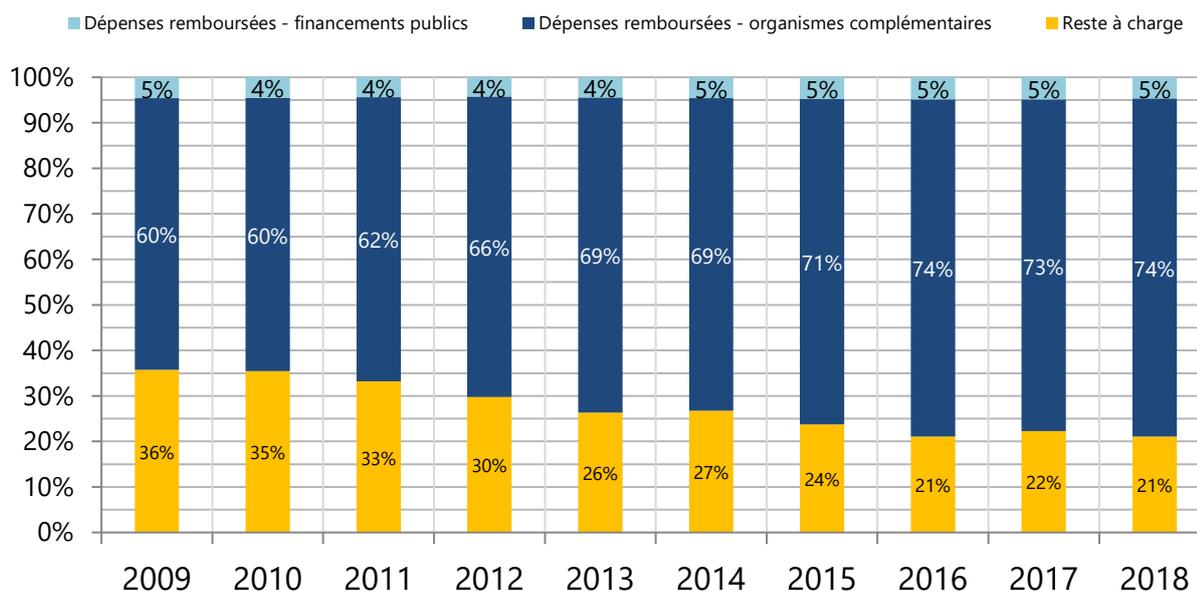
D'une part, c'est le pays où la dépense moyenne d'optique médicale par tête est la plus élevée de l'OCDE (environ 95,5€ en 2018, pour un montant total de dépenses de 6 393 M€ la même année et US\$92 en PPP en 2013 selon l'Organisation internationale), devant le Danemark et l'Espagne.



Ces chiffres sont cohérents avec un volume proportionnellement élevé d'équipements vendus important dans notre pays : douze millions d'équipements complets (deux verres et une monture) commercialisées en 2017 selon la DREES. La croissance du nombre d'équipements vendus a néanmoins chuté de + 9 % en 2011 à +3 % en 2015 et -1 % en 2017.

D'autre part, la France est le pays où la couverture socialisée des dépenses d'optique est la plus élevée de l'OCDE (79 % en 2018 contre 65 % en 2009). Enfin, c'est le seul pays, avec la Slovénie, dont la couverture socialisée provient principalement des assureurs complémentaires (74 % en 2018) et pas de l'assurance maladie de base (5 % en 2018). La part des assureurs complémentaires s'est au demeurant accrue notablement au cours des dix dernières années (+14 points), réduisant de près de moitié le reste à charge et faisant d'eux les régulateurs principaux du marché. Ces assureurs complémentaires ont fait de la couverture de l'optique médicale un facteur de différenciation commerciale.

Part des différents financeurs de l'optique médicale



Source : DREES, Comptes de la santé 2018

Le taux de reste à charge de l'optique médicale varie en pratique significativement selon le type de verres, le type de montures et le type de patients : par exemple, pour un titulaire de l'ACS en 2017, le reste à charge moyen était de 71 € pour une paire de lunette d'un prix moyen de 293€, mais pouvait atteindre 106€ pour une paire de lunette d'optique complexe de 410€ en moyenne.

Selon l'OCDE, seules les assurances maladie de l'Autriche, du Chili, de la Grèce, du Luxembourg, de la Pologne, de la Suède, de la Belgique (pour les enfants, les personnes âgées et la basse vision), de la Norvège (handicapés) et de la Suisse (enfants) remboursent l'optique médicale alors que 2/3 des pays industrialisés n'incluent pas l'essentiel des équipements optiques dans leur couverture maladie (Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Japon, Pays-Bas, etc.). Les risques d'une couverture socialisée par les OC sont, selon l'OCDE qui cite expressément le cas de la France, l'adoption par les consommateurs et les commerçants de comportements opportunistes : « les opticiens offrent des équipements à des prix qui correspondent au niveau de couverture, une pratique connue sous le nom « d'optimisation de la facture », et où les consommateurs ne cherchent pas à obtenir des prix bas car ils ont l'illusion d'obtenir des « équipements gratuits ». La redéfinition des contrats responsables en 2015, qui correspondent à plus de 96 % des cotisations collectées, a partiellement limité ces comportements en fixant un plafond de remboursement à 470 € pour les lunettes à correction simple et à 750 € pour les lunettes à correction complexe, dont 150 € au maximum au titre de la monture. La réforme a également limité la prise en charge à un équipement tous les deux ans, délai porté à un an pour les mineurs et pour ceux dont l'évolution de la vue nécessite un changement d'équipement.

1.2 Des niveaux de dépistage incertains et de très sérieuses difficultés d'accès aux soins, en particulier pour les troubles de la réfraction, qui conduisent à des stratégies de contournement problématiques

1.2.1 Un dépistage organisé très limité et dont les résultats sont incertains

[59] Comme l'IGAS, la Cour des Comptes a établi clairement, en 2018, l'absence de politique nationale de prévention des troubles visuels à destination de la population à tous les âges de la vie, soulignant que les programmes de suivi de la santé visuelle sont essentiellement organisés pour les jeunes enfants, les personnes atteintes de diabète et dans une moindre mesure pour les personnes âgées. Le dépistage organisé est partiel pour les enfants, limité à la rétinopathie diabétique pour les adultes, et avec des résultats encore limités et ponctuel chez les personnes âgées. A titre d'illustration, une étude menée par l'INSERM dans la région de Bordeaux en 2010 a montré chez les personnes âgées que 38 % des cas de glaucome n'étaient pas diagnostiqués³⁰. Le rapport Arné³¹ reprend également un constat de l'INSERM selon lequel 40 % des troubles visuels du jeune enfant ne seraient pas détectés faute de moyens suffisants et souligne que 80 % des malvoyances et des cécités infantiles étant génétiquement déterminées, l'examen systématique des familles à risque devrait être développé.

[60] Dans la filière visuelle, c'est le dépistage opportuniste qui prévaut, à l'occasion des consultations par les ophtalmologistes de leurs patients venus souvent les voir pour la correction des troubles de la réfraction. Cette stratégie présente de sérieux inconvénients.

[61] Les études scientifiques sur l'épidémiologie et le dépistage sont très peu nombreuses en France. Les principaux chiffres disponibles sont ceux de la CNAM, dérivés de données d'activité de soins, à partir d'actes, de prescriptions ou d'équipements remboursés. Le SNOF se fonde sur ces chiffres pour indiquer que 1,48 millions de patients seraient traités et suivis par les ophtalmologistes en France, soit un taux de 2,2 % de la population, ce qui constituerait « *probablement le meilleur dépistage des pays développés* », en comparaison des 0,9 % en Angleterre et 1,2 % en Allemagne. Tel ne semble pourtant pas être le cas.

L'exemple du programme national anglais de dépistage de la rétinopathie diabétique selon l'OMS

Un programme national de dépistage organisé de la rétinopathie diabétique a été mis en œuvre en Angleterre en 2003 : tous les diabétiques de douze ans et plus ont été invités à un rendez-vous annuel pour un test réalisé par des professionnels formés (*screeners*), test qui donne lieu ensuite à une évaluation par des professionnels non-médicaux formés spécialement (les « graders »). Les images de l'œil sont transférées numériquement à une base de données centralisée. Les patients identifiés comme ayant une rétinopathie diabétique qui menace leur vue sont adressés vers un ophtalmologue. Depuis 2008, la population cible est quasiment intégralement couverte (taux de couverture supérieur à 80%). En 2015-2016, 2,1 millions de diabétiques ont fait l'objet d'un dépistage, et désormais la rétinopathie diabétique n'est plus la principale cause de cécité de la population d'âge actif.

[62] La mission a demandé à l'équipe Inserm de Bordeaux « *Expositions vie entière, santé, vieillissement – LEHA* », dirigée par Cécile Delcourt, épidémiologiste et directrice de recherche, d'établir, à partir des données épidémiologiques disponibles nationalement et internationalement,

³⁰ C. Delcourt et al, *Nutrition and age-related eye diseases: the ALIENOR (Antioxydants, Lipides Essentiels, Nutrition et maladies Oculaires) study*, The Journal of Nutrition, Health & Ageing, 2010.

³¹ Cf. *op. cit.*

une estimation de l'ordre de grandeur des populations touchées par les principales affections oculaires³².

Tableau 2 : Estimation de la population touchée par les principales affections visuelles (ordre de grandeur, France entière)

Affection	Ordre de grandeur
Astigmatisme ($\geq 1D$)	11,0 M
Myopie sans gravité (-0,75;-3)	9,0 M
Troubles de la réfraction (myopie) moyens (-6;-3)	3,7 M
Troubles de la réfraction (myopie) graves (<-6)	1,2 M
Troubles de la réfraction (hypermétropie) moyens et graves	2,3 M
Glaucome	0,8 M
Rétinopathie diabétique	1,0 M
DMLA - précoce	2,0 M
DMLA - avancée	0,4 M
Cataracte	2,4 M

Source : Inserm, LEHA

[63] Ces estimations sont assez substantiellement différentes des données publiées par la CNAM³³ concernant le nombre de personnes atteintes de DMLA (177 000), glaucome (1 476 000) et rétinopathie diabétique (1 590 000) ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue en 2018. Des différences de périmètre et de méthodologie peuvent expliquer ces écarts de chiffrage sur l'étendue du dépistage en France :

- Le glaucome est identifié par la CNAM par le remboursement d'au moins trois mois de traitement d'antiglaucmateux. Cette définition correspond à l'épidémiologie et au traitement des hypertonies oculaires traitées par collyre hypotonisant. Elle est différente de la classification internationale du glaucome, qui repose notamment sur l'atteinte du nerf optique. La concordance entre ces deux définitions est assez faible : selon l'Inserm, environ 30 % des patients hypertoniques ont un glaucome, et environ 50 % des patients souffrant d'un glaucome ont une tension oculaire normale ;
- La DMLA est identifiée par le remboursement d'un acte intra-vitréen, ce qui correspond au traitement de la DMLA néovasculaire (50 % des cas de DMLA avancée). L'autre forme de DMLA avancée, la DMLA atrophique, ne dispose actuellement d'aucun traitement, et ne peut donc pas être tracée dans les fichiers de la CNAM. De la même façon, les cas de DMLA précoce nécessitent un suivi ophtalmologique régulier mais ne donnent pas lieu à des actes spécifiques identifiables dans le système d'information de la CNAM ;

³² Ce travail a été dirigé par Cécile Delcourt, en collaboration avec le Pr. Jean-François Korobelnik, le Pr. Marie-Noëlle Delyfer, le Dr Cédric Schweitzer (tous trois ophtalmologistes au CHU de Bordeaux), Catherine Helmer (épidémiologiste, Inserm) et Virginie Nael (post-doctorante).

³³ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2020

- La rétinopathie diabétique est assimilée au dénombrement des patients diabétiques, identifiés par le remboursement d'au moins deux mois de traitement d'antidiabétiques oraux ou d'insuline. Cette définition large reprend vraisemblablement les patients diabétiques ayant consulté un ophtalmologiste, sans nécessairement souffrir d'une rétinopathie diabétique au sens strict. Le suivi ophtalmologique des patients diabétiques est généralement effectué tous les un à deux ans (1 060 000 patients ayant rencontré une fois un ophtalmologiste) ; le suivi des patients atteints de rétinopathie diabétique est au moins semestriel, et souvent plus fréquent selon les traitements effectués (530 000 patients ayant rencontré au moins deux fois un ophtalmologiste).

[64] L'absence de suivi épidémiologique organisé sur des bases scientifiquement établies constitue une difficulté sérieuse pour l'établissement d'une stratégie de santé et d'organisation des prises en charge des affections visuelles. En l'état actuel des informations disponibles, il n'est donc pas possible de conclure sur l'efficacité ou l'inefficacité de la politique française de dépistage et de traitement des principales pathologies visuelles par la mesure de l'écart entre le nombre de patients potentiels et le nombre de patients suivis.

1.2.2 De très sérieuses difficultés d'accès aux soins y compris pour les troubles de la réfraction

[65] L'organisation traditionnelle des soins en France, combinée à une répartition géographique très inégale et aux obstacles financiers persistants, se traduit par de très sérieuses difficultés d'accès aux soins, en commençant par l'accès à la prescription de verres correcteurs.

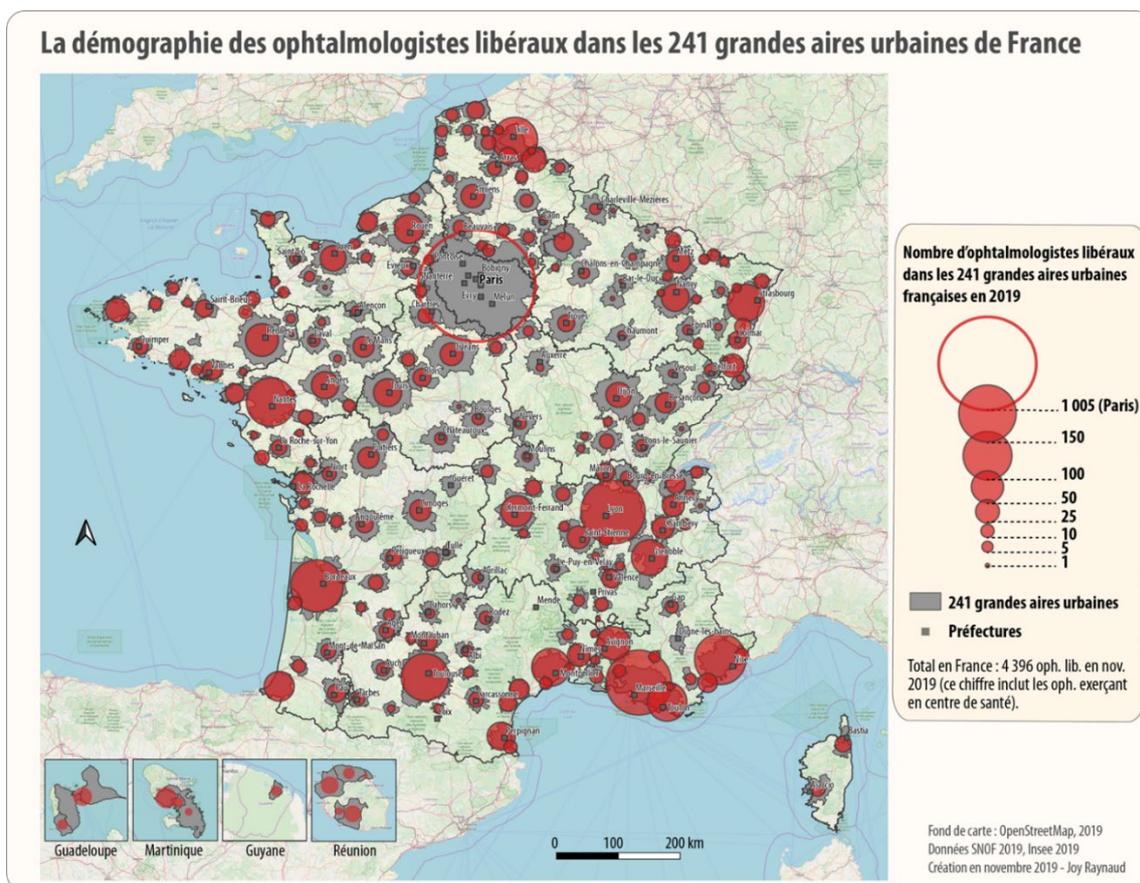
1.2.2.1 Une répartition géographique très inégale des ophtalmologistes et une part importante de médecins en secteur 2

- Une répartition très inégale des ophtalmologistes sur le territoire

[66] Selon une étude de la DREES³⁴, en 2013, 85 % de la population résidait dans une commune à moins de vingt minutes de l'ophtalmologiste le plus proche (contre 75 % pour les pédiatres). Selon une étude du SNOF communiquée à la mission, les ophtalmologistes sont présents dans les 241 aires urbaines (92,7 % des ophtalmologistes libéraux et 83 % de la population). Ils sont, en revanche, moins présents dans les zones des pôles petits et moyens (6,9 % des ophtalmologistes libéraux, 13% de la population) et dans les communes hors influence des pôles (0,4 % des ophtalmologistes libéraux, 5 % de la population).

³⁴ DREES Dossiers, mai 2017, n°17 : *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*

Carte 1 : Présence des ophtalmologistes dans les aires urbaines



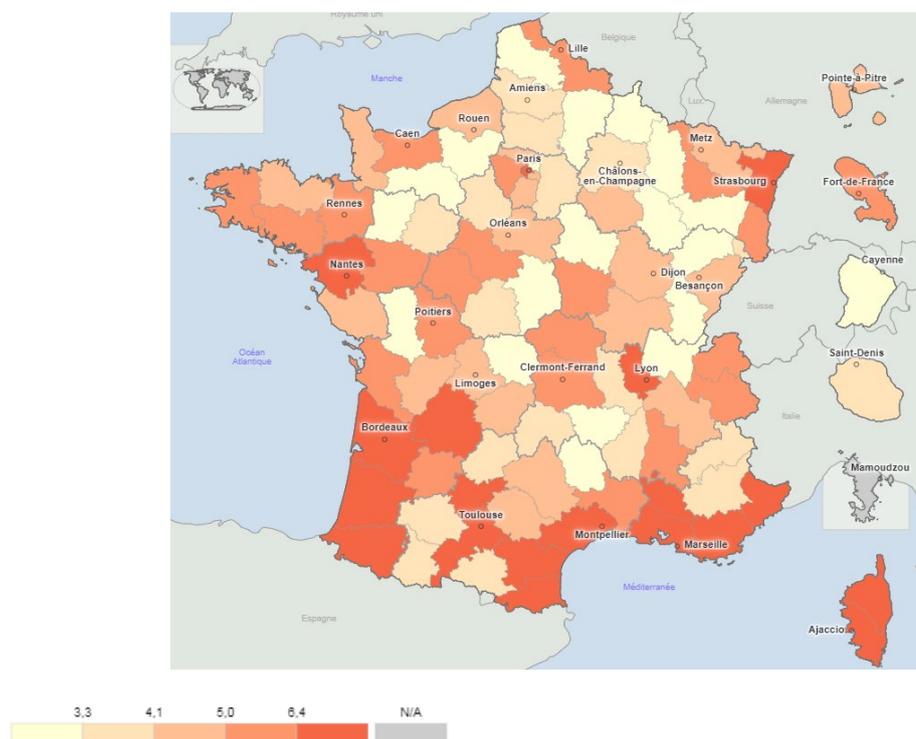
Source : SNOF

[67] Cependant, l'accès aux soins dépend en réalité de la densité de praticiens disponibles au regard de la population concernée. Comme c'est le cas de beaucoup d'autres spécialités, la couverture du territoire par les ophtalmologistes est très inégale, concentrée autour des zones urbaines, des pôles universitaires et des littoraux, et très faible dans les départements ruraux.

[68] Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a établi pour la mission une étude de densité, par départements, du nombre d'ophtalmologistes non hospitaliers. Les écarts sont considérables. Deux départements d'outre-mer, Mayotte et la Guyane, sont en grave pénurie. En métropole, sept départements ruraux (Haute-Saône, Creuse, Haute-Loire, Aisne, Meuse, Cher et Yonne) se situent en-dessous de la moitié de la médiane. Onze départements se situent entre la moitié et les deux tiers de la médiane : la Seine-St-Denis, huit départements ruraux et deux départements situés dans des périphéries de grandes agglomérations à fortes caractéristiques rurales.

[69] Parmi les seize départements se situant au-dessus de 1,5 fois la médiane, onze se situent dans des zones d'attraction maritime, dont huit en proximité de la Méditerranée, et neuf accueillent le siège d'une faculté de médecine. De façon générale, les départements universitaires sont mieux dotés en ophtalmologistes que leur environnement. Enfin, la situation de Paris, qui se situe à deux fois la médiane pour les ophtalmologistes non hospitaliers, et quatre fois la médiane pour l'ensemble des ophtalmologistes, est extrêmement favorisée par rapport au reste du territoire.

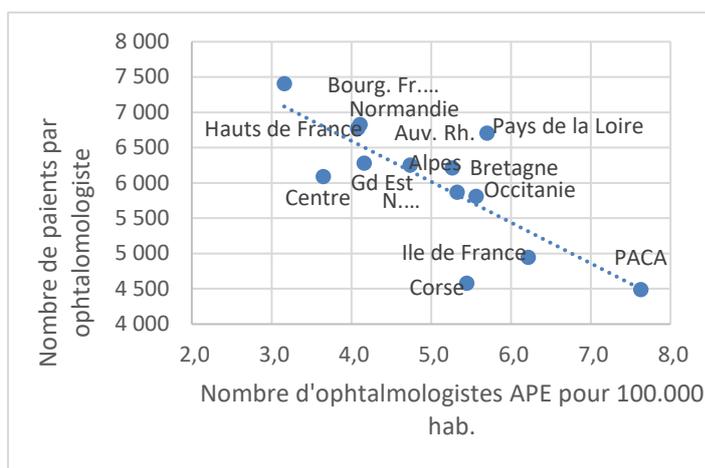
Carte 2 : Nombre d'ophtalmologistes non hospitaliers pour 100.000 habitants, 2019



Source : CNOM

[70] On constate logiquement que plus la région est faiblement dotée, plus les ophtalmologistes sont conduits à accepter de nombreux patients : moins de 5 000 par an en PACA et Ile-de-France, près de 7 500 en Bourgogne-Franche-Comté³⁵.

Graphique 6 : Nombre de patients par ophtalmologiste APE³⁶ et densité médicale pour 100.000 hab.



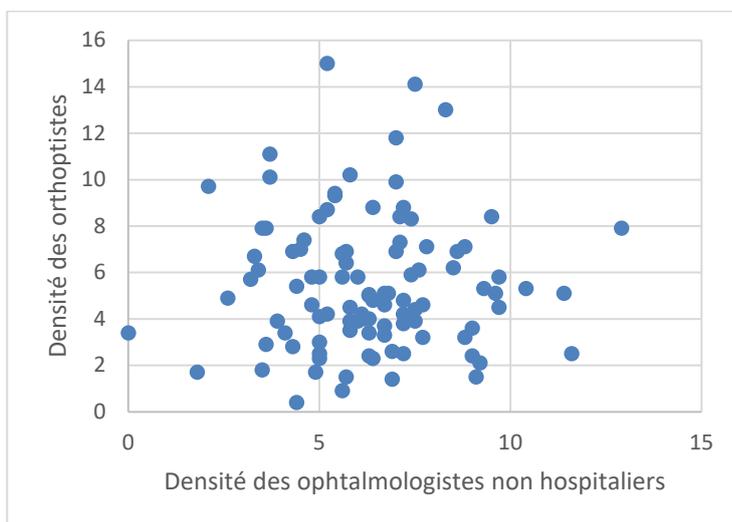
Source : CNAM, traitement mission

³⁵ Ils font de même davantage recours au travail aidé dans les régions sous-dotées.

³⁶ Un ophtalmologiste APE a exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel. Sont donc exclus les ophtalmologistes qui se sont installés au cours de l'année, ceux qui ne sont pas conventionnés, ceux qui exercent à l'hôpital à plein temps et ceux qui ont atteint 65 ans au cours de l'exercice.

[71] Pour sa part, l'implantation des orthoptistes sur le territoire, mesurée à l'échelle des départements, est extrêmement variable, de 0,4 pour 100 000 habitants à 15 pour 100 000 habitants, avec une médiane à 5 pour 100 000 habitants³⁷. Ces densités d'implantations ne semblent pas liées à des typologies de territoires et ne sont pas, contrairement à des assertions avancées auprès de la mission, corrélées à celle des ophtalmologistes.

Graphique 7 : Densité comparée des ophtalmologistes non hospitaliers et des orthoptistes, par départements, pour 100.000 hab. (hors Paris)



Source : Chiffres DREES, présentation mission

- Des obstacles financiers pour l'accès aux ophtalmologistes

[72] L'obstacle financier à l'accès aux soins est important en ophtalmologie, du fait des montants des tarifs et des niveaux de dépassement pratiqués. Alors que le tarif de base pour une consultation de spécialiste dans le cadre d'un accès direct est de 30 € remboursés à 70 %, les honoraires moyens sans dépassement sont de 56€, du fait principalement de la facturation d'actes associés à la consultation. S'ajoutent à cela de fréquents et importants dépassements d'honoraires, dans une profession dont 59 % des praticiens sont en secteur 2. Tous secteurs confondus, les dépassements d'honoraires représentent 35 % des honoraires remboursables, portant la dépense moyenne des patients à 76 €. Les taux de dépassement sont particulièrement élevés en Ile-de-France : 69 %. On remarque également des variations apparentes de pratiques au niveau régional.

³⁷ Données DREES, traitement mission.

Tableau 3 : Ophthalmologistes APE par région - Année 2017

Région	Nombre de médecins APE pour 100.000 hab	Honoraires totaux (€) par patient et par médecin APE	Honoraires sans dépassement (€) par patient et par médecin APE	Taux de dépassement
PACA	7,6	90	67	34 %
Ile-de-France	6,2	80	47	69 %
Pays-de-Loire	5,7	73	62	18 %
Occitanie	5,6	73	60	22 %
Corse	5,4	98	67	46 %
Nouvelle Aquitaine	5,3	76	59	27 %
Bretagne	5,3	70	60	16 %
Auv. Rhône-Alpes	4,7	74	52	43 %
Grand-Est	4,2	77	57	33 %
Normandie	4,1	69	59	18 %
Hauts-de-France	4,1	65	51	28 %
Centre-Val-de-Loire	3,6	77	57	35 %
Bourgogne Fr. Comté	3,2	77	56	39 %
France Métropolitaine	5,2	76	56	35 %
Total Outre Mer	2,9	68	60	14 %
France Entière	5,1	76	56	35 %

Source : CNAM³⁸, traitement mission

1.2.2.2 Des délais d'attente excessivement élevés

[73] De nombreuses études ont été réalisées sur les problèmes d'accès aux soins en ophtalmologie au cours des douze à dix-huit derniers mois tant ils sont significatifs. Le tableau suivant en retrace les principales.

³⁸ <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>

Tableau 4 : Etudes réalisées au cours des derniers trimestres sur l'accès aux soins en ophtalmologie

Année et mois de publication		Commanditaire	Partenaire/publication
2018	Octobre	DREES	Etudes & Résultats n° 1085 ³⁹ IPSOS ⁴⁰
	Décembre	Krys	
2019	Janvier	AOF	Flexycall ⁴¹
	Juin	Medicine4i	Harris Interactive ⁴²
	Juin	SNOF	CSA ⁴³
	Octobre	ROF	Ipsos ⁴⁴
	Novembre	France Assos Santé	BVA ⁴⁵
	Novembre	AOF	Viavoice ⁴⁶
	Novembre	Doctolib	Doctolib ⁴⁷

Source : Mission

[74] Malgré leurs différences méthodologiques substantielles, ces enquêtes sont largement convergentes et permettent de dégager des tendances claires sur l'insatisfaction des patients, les délais moyens et médians, les écarts régionaux et sociaux, les écarts selon les prises en charge et les refus de rendez-vous.

- Une insatisfaction des patients manifeste

[75] Les délais d'attente pour une consultation d'ophtalmologiste sont une source importante d'insatisfaction pour les patients. Selon la DREES, les délais entre la prise de contact et la date de rendez-vous sont considérés comme « *trop longs* » dans 39 % des cas. Selon l'étude AOF/ Viavoice, 61 % des patients ayant consulté un ophtalmologiste sont insatisfaits du délai d'attente pour avoir un rendez-vous (dont 31 % de très insatisfaits). Selon l'étude Krys Group / Ipsos, 64 % des parents de jeunes enfants considèrent que les délais pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologiste sont mauvais (dont 34 % très mauvais).

- Des délais d'obtention d'un rendez-vous proches de trois mois

[76] Plusieurs études présentent des délais moyens ou médians d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste. Ces études doivent être lues en prenant en compte leurs approches méthodologiques :

- les délais sont indiqués pour les situations dans lesquelles un rendez-vous est possible et ne prennent pas en compte les situations, nombreuses, de refus (*cf. infra*) ;
- face à un refus, certaines enquêtes intègrent la possibilité pour le patient d'insister (nouveaux appels, tentatives auprès d'autres praticiens...) ;

³⁹ Réalisée à partir de la cohorte Constances entre juin 2016 et mai 2017, population métropolitaine de 20 à 71 ans, 2089 personnes ayant contacté un ophtalmologiste.

⁴⁰ Réalisée en août/septembre 2018, 1000 parents d'enfants de 3 à 10 ans.

⁴¹ Réalisée en septembre/octobre 2018, 3878 ophtalmologistes.

⁴² Réalisée en mars 2019, 4000 ou 1000 répondants représentatifs de la population française.

⁴³ Réalisée en avril/ mai 2019, France métropolitaine, 2000 ophtalmologistes, analyse des résultats par Mme Joy Raynaud, docteur en géographie.

⁴⁴ Réalisée en octobre 2019, 5005 personnes âgées en 18 ans et plus.

⁴⁵ Réalisée en novembre 2019, 1002 répondants de 18 ans et plus, France métropolitaine.

⁴⁶ Réalisée en janvier 2019 sur 1 000 personnes de 18 ans et plus.

⁴⁷ Chiffres communiqués à la mission par Doctolib sur la base d'une analyse de son activité.

- certaines enquêtes mesurent le délai pour un rendez-vous disponible chez l'ophtalmologiste, d'autres le délai effectif, prenant en compte également la disponibilité du patient ;
- les enquêtes centrées sur la situation de nouveaux patients ne prennent nécessairement pas en compte la situation des patients déjà suivis par un cabinet, qui peuvent obtenir un nouveau rendez-vous de suivi, même lointain, à la sortie du précédent, donc sans difficulté de délai ;
- quand seuls les cabinets sont interrogés, l'approche par la moyenne est assez sensible à leur stratégie, selon qu'ils remplissent l'agenda au fil des demandes, donc pour des échéances lointaines, ou qu'ils l'ouvrent pour des périodes déterminées, nécessairement plus brèves.

Tableau 5 : Approches méthodologiques et données principales des enquêtes de délais

Enquête	Délai moyen (jours)	Disponibilité mesurée	Rendez-vous non obtenus	Insistance en cas de refus
DREES	80	Ophtalmologiste + patient	17 %	Oui
SNOF	68	Ophtalmologiste	42 %	Non
AOF	79	Ophtalmologiste	60 %	Non
ROF	81	Ophtalmologiste + patient	nd	Oui
Medicine4i	101	Ophtalmologiste + patient	nd	Oui
Doctolib	22	Ophtalmologiste	nd	-

Source : Enquêtes, présentation mission

[77] Selon l'enquête DREES réalisée en 2016 et 2017, le délai entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous effectif est en moyenne de 80 jours. Un quart des rendez-vous se tiennent dans les 20 jours, la moitié (médiane) dans les 52 jours, et un quart après 112 jours. L'enquête SNOF / CSA indique, pour un rendez-vous de contrôle périodique, un délai moyen de 68 jours et médian de 43 jours lors d'une prise de rendez-vous par téléphone, et un délai moyen de 61 jours et médian de 42 jours lors d'une prise de rendez-vous par téléphone. L'étude Medicine4i annonce un délai moyen d'attente de 101 jours pour obtenir un rendez-vous. L'étude AOF/Flexy call indique un délai moyen pour obtenir une prescription de lunettes de 79 jours. L'étude ROF/Ipsos indique, pour sa part, un délai moyen d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même de 81 jours.

[78] Trois de ces enquêtes, dont deux des enquêtes interrogeant les patients eux-mêmes, convergent autour d'un délai moyen d'environ 80 jours, soit près de trois mois, pour un rendez-vous, pour une consultation sans urgence médicale.

Les enquêtes DREES et SNOF : des différences méthodologiques fortes

L'enquête SNOF/CSA a fait l'objet d'une forte médiatisation et d'une comparaison avec l'enquête de la DREES.

L'étude de la DREES mesure le délai effectif du rendez-vous. L'enquête du SNOF mesure le délai pour un rendez-vous proposé par l'ophtalmologiste, sans considération des contraintes personnelles du patient, qui conduit fréquemment à prendre un rendez-vous effectif plus tardif. Cette différence méthodologique conduit nécessairement à des délais plus brefs pour l'enquête du SNOF.

Par ailleurs, l'étude de la DREES intègre les stratégies d'insistance des patients, auprès du même ophtalmologiste ou d'un confrère, quand l'enquête du SNOF s'arrête au premier refus, cette différence se traduisant par des taux de refus de 17 % pour la DREES et 42 % pour le SNOF.

Pour autant, l'écart de dix à douze jours entre les études SNOF d'une part, DREES et ROF d'autre part, ne semble pas incompatible avec les délais induits par cet ajustement mutuel des agendas du patient et de l'ophtalmologiste. Dès lors, l'étude du SNOF ne paraît pas contradictoire avec les autres études récentes.

Les chiffres de Doctolib : des précautions de lecture nécessaires

Doctolib affiche un délai moyen d'attente chez un ophtalmologiste de 21,5 jours. Ce chiffre est calculé « à partir des agendas d'ophtalmologistes ouverts à la réservation en ligne, sur les trois derniers mois ». Il exclut l'ensemble des agendas non ouverts à la réservation en ligne, et ne couvre donc que les cabinets ayant décidé d'ouvrir leur agenda, ce qui va souvent de pair avec une règle de délai bref (du type : ouverture pour les plages libres des x prochaines semaines). Cette méthode donne un poids important aux opportunités ponctuelles liées aux annulations de rendez-vous, qui peuvent ouvrir une plage à bref délai, sans qu'une autre plage soit ouverte dans les semaines suivantes.

- Des écarts régionaux considérables

[79] Trois des enquêtes utilisées comportent des sous-études régionales métropolitaines. Pour neutraliser les écarts méthodologiques entre les enquêtes, le tableau ci-dessous reprend, pour chaque enquête, l'écart entre le délai moyen constaté dans chaque région⁴⁸ et le délai national, et établit la moyenne des écarts constatés.

[80] Ces résultats régionaux montrent de façon très concordante des écarts importants entre les mêmes régions. Quatre groupes de région apparaissent :

- dans les régions Centre-Val de Loire, Normandie et Bretagne, le délai moyen de prise de rendez-vous est supérieur de plus de 40 jours à la moyenne nationale ;
- dans les régions Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Bourgogne-Franche-Comté, le délai moyen de prise de rendez-vous est supérieur d'une vingtaine de jours à la moyenne nationale ;
- dans les régions Hauts de France, Pays de la Loire et Nouvelle Aquitaine, le délai moyen de prise de rendez-vous est légèrement supérieur à la moyenne nationale ;
- dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France, le délai moyen de prise de rendez-vous est inférieur d'une trentaine de jours à la moyenne nationale.

[81] Ainsi, les habitants de Centre-Val de Loire, Normandie et Bretagne obtiennent un rendez-vous deux mois et demi plus tard que les habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France.

⁴⁸ A l'exception de la Corse qui, pour des raisons démographiques, ne figure pas dans toutes les enquêtes

Tableau 6 : Ecart à la moyenne nationale des délais de prise de rendez-vous, en jours

	Moyenne des 3 enquêtes	SNOF	AOF	Medicine4i
Centre-Val de Loire	52	41	78	37
Normandie	45	76	28	31
Bretagne	43	51	45	32
Grand Est	24	0	43	30
Auvergne-Rhône-Alpes	18	12	26	17
Occitanie	18	33	17	4
Bourgogne-Franche-Comté	15	11	15	19
Hauts de France	8	7	7	11
Pays de la Loire	6	13	6	0
Nouvelle Aquitaine	2	5	4	-2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-30	-22	-29	-40
Ile-de-France	-31	-22	-31	-41

Source : Enquêtes SNOF, AOF, Medicine4i, calculs et présentation mission

[82] Les écarts entre territoires peuvent également être observés sous l'angle de l'urbanité et de la ruralité. Ainsi, la DREES note : « Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours dans l'unité urbaine de Paris, bien dotée en ophtalmologistes, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologistes. »

- Des écarts également importants selon l'origine sociale

[83] L'enquête Medicine4i montre des différences substantielles d'accès aux ophtalmologistes selon l'origine sociale. Ainsi, 75 % des cadres mais seulement 52 % des ouvriers déclarent avoir consulté un ophtalmologiste dans les trois dernières années. Les délais d'attente moyens sont de 78 jours pour les cadres mais 128 jours pour les ouvriers. Il est vraisemblable que cette situation résulte d'une combinaison d'écarts géographiques de couverture médicale, d'obstacles financiers à l'accès aux soins et de comportements de soins différents.

- Des écarts notables entre secteur 1 et secteur 2

[84] L'enquête du SNOF compare certaines données entre le secteur 1 et le secteur 2. Par rapport au secteur 2, la prise de rendez-vous en secteur 1, pour un suivi ou un contrôle périodique, est en moyenne plus longue de 26 jours et en médiane de 24 jours, et les taux de rendez-vous obtenus sont inférieurs de 15 points⁴⁹.

- Des refus de rendez-vous fréquents qui concernent particulièrement les nouveaux patients et les enfants

[85] Les développements précédents se situaient dans l'hypothèse de rendez-vous obtenus. Mais différentes enquêtes montrent qu'à la question des délais de rendez-vous trop longs s'ajoute la

⁴⁹ Moyenne : 85 jours vs 59 jours ; médiane : 60 jours vs 36 jours ; rendez-vous obtenus 55% vs 70%

question plus problématique encore des refus de rendez-vous : la tendance d'un nombre sans doute élevé d'ophtalmologistes est de ne plus accepter de nouveaux patients dans leur file active.

[86] Ainsi, dans l'enquête de la DREES, 17 % des patients n'ont pas obtenu de rendez-vous chez un ophtalmologiste à l'issue de leurs recherches, qui ont pu concerner plusieurs praticiens et plusieurs moyens (téléphone, internet, etc.).

[87] Dans l'enquête AOF, qui porte sur les réponses des cabinets à une sollicitation par téléphone, 60 % des ophtalmologistes contactés n'ont pas proposé de rendez-vous à des patients qui souhaitaient un rendez-vous pour des lunettes et n'avaient pas d'ophtalmologiste habituel. Dans quinze départements, aucun rendez-vous n'a pu être trouvé après trois relances à des horaires différents et à trois semaines d'intervalle chacune. Parmi l'ensemble des refus, 51 % sont liés à l'impossibilité de joindre le secrétariat, 16 % au refus de prendre de nouveaux patients et 11 % au refus de rendez-vous pour des prescriptions de lunettes.

[88] L'enquête du SNOF, qui se limite à la première demande à un cabinet, montre une situation plus difficile pour les patients présentant un signe objectif d'alerte : 36 % des patients désirant consulter pour un contrôle périodique n'ont pas obtenu de rendez-vous, mais surtout 49 % des patients invoquant l'apparition de symptômes se sont trouvés dans cette situation.

[89] La situation des enfants pose un problème tout particulier, bien identifié par les interlocuteurs de la mission, seuls certains ophtalmologistes semblant prendre en charge cette patientèle. L'enquête Krys Group montre que 37 % des parents de jeunes enfants ont dû contacter au moins deux ophtalmologistes avant d'obtenir un rendez-vous, dont 15 % ont dû contacter au moins quatre ophtalmologistes. Les parents qui ont dû contacter plusieurs ophtalmologistes indiquent plusieurs raisons possibles : refus de nouveaux patients (61 %), pas de disponibilité durant plusieurs mois (55 %), pas de créneaux compatibles (24 %) ou pas de suivi de trop jeunes enfants (23 %).

- Des situations pathologiques prises en charge plus rapidement

[90] Les différentes enquêtes montrent toutefois que le délai d'obtention des rendez-vous est corrélé à la nécessité médicale, ou non, d'une réponse rapide, ce qui est rassurant. La DREES indique un délai médian de 20 jours en cas d'apparition ou d'aggravation de symptôme, de 53 jours pour le suivi régulier d'une maladie ou d'un problème récurrent et de 66 jours pour un contrôle périodique. L'enquête du SNOF indique un délai médian de 10 jours et moyen de 27 jours pour une apparition de symptômes, contre un délai médian de 43 jours et moyen de 68 jours pour un contrôle périodique. L'enquête du ROF indique un délai moyen de 21 jours pour une urgence ophtalmique, de 65 jours pour faire établir un diagnostic, de 67 jours pour une première consultation de bilan, de 73 jours pour renouveler une ordonnance et de 91 jours pour un contrôle périodique. La méthodologie de ces enquêtes ne retrace cependant pas bien les situations vécues des patients suivis régulièrement pour une pathologie par un cabinet, qui prennent généralement le prochain rendez-vous à la sortie du précédent, sans difficultés particulières.

1.2.3 Des stratégies de contournement des difficultés d'accès aux rendez-vous d'ophtalmologistes qui posent problème

[91] Les difficultés rencontrées par les patients pour obtenir un rendez-vous dans des délais et des conditions tarifaires considérées comme normales font le lit de comportements de contournements et d'ajustements de toutes sortes qui posent problème au regard de l'objectif de qualité de la santé visuelle et également du respect de la réglementation.

[92] A titre d'illustration, la mission a relevé au cours de ses déplacements de terrain et de ses entretiens les différentes stratégies suivantes auxquels ont recours les patients, en particulier ceux qui résident dans des zones rurales sous-dotées :

- l'utilisation de l'opportunité offerte par un voyage personnel ou professionnel dans une région mieux dotée, voire l'organisation d'un voyage *ad hoc*, pour prendre un rendez-vous avec un ophtalmologiste, notamment pour une première consultation ;
- l'achat de lunettes-loupes, ou lunettes de lecture avec un effet grossissant pour lire de près, qui sont vendues sans ordonnance chez les opticiens, en pharmacie, par internet et dans les grandes surfaces⁵⁰, mais qui ne sont pas correctement adaptées aux troubles de la vision ;
- la délivrance d'ordonnances de lunettes par des médecins généralistes. Elle est en principe autorisée par le CNOM si le médecin généraliste a examiné lui-même son patient et dispose des connaissances techniques et du matériel nécessaires⁵¹. En pratique, il ne semble pas rare, compte tenu des délais d'accès aux ophtalmologistes, que des médecins rédigent directement des ordonnances à partir d'examen de la réfraction effectués par des orthoptistes ou des opticiens-lunetiers⁵².

[93] Une dernière stratégie consiste à exciper de l'urgence pour se voir délivrer par les opticiens-lunetiers des verres sans prescription. L'article D4362-13 du code de la santé publique prévoit en effet : « *En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien-lunetier peut exceptionnellement délivrer sans ordonnance médicale un nouvel équipement après avoir réalisé un examen réfractif.* »

[94] Cette possibilité prévue par la réglementation est une soupape utile. Toutefois, un recours trop fréquent au motif de l'urgence, sans vérification de l'existence ou non d'une « *solution médicale adaptée* », tel qu'il semble mis en œuvre par certains magasins, dont ceux de la chaîne Lunettes Pour Tous, pose question, notamment au regard du principe d'égalité devant la loi.

[95] Au demeurant, au vu de ses entretiens, la mission a été surprise par le fait que l'activité des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers faisait l'objet de très peu de contrôles par l'assurance maladie et par les agences régionales de santé et que des comportements éventuellement non conformes à la réglementation pouvaient perdurer.

⁵⁰ Selon Euromonitor, 6,3 millions d'unités auraient été vendues en 2018 aux différents points de vente (grande distribution, pharmacies, opticiens, etc.) contre 5,7 millions en 2014. Il s'agit d'un marché de l'ordre de 100 M€.

⁵¹ Selon l'article R4127-70 du code de la santé publique : « *Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* » L'article R4127-76 ajoute : « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.* (...) »

⁵² La CNAM, par l'avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les orthoptistes et l'assurance maladie a souhaité s'engager dans l'expérimentation de coopérations entre les orthoptistes et les médecins généralistes : « *Le médecin généraliste de la maison de santé orienterait le patient vers l'orthoptiste (avec élaboration d'une prescription) en vue d'un renouvellement de lunettes. Une organisation spécifique au sein de la structure devra alors être mise en place pour la transmission au patient, le nécessitant, de la prescription de lunettes établie par le médecin généraliste mentionnant la nouvelle mesure de la correction à partir des examens réalisés par l'orthoptiste.* »

1.3 Des formations paramédicales cloisonnées et qui soulèvent des questions

[96] En l'état, il n'existe pas de passerelle entrante de la profession d'opticien-lunetier vers celle d'orthoptiste. Un opticien-lunetier qui souhaiterait mettre à profit ses connaissances en optique (y compris après l'obtention d'un master d'optique) et son expérience professionnelle pour donner une dimension plus « santé » à son activité ne dispose d'aucune possibilité d'entrer en cours d'études d'orthoptie ; il doit repasser le concours d'entrée des départements d'orthoptie et suivre l'ensemble des enseignements. Néanmoins, certains départements peuvent valider les enseignements en optique par validation des acquis de l'expérience (VAE) et dispenser ainsi l'étudiant de suivre les cours correspondants.

[97] De façon parallèle, l'accès à un orthoptiste à une licence professionnelle de la vision n'est devenu possible, sous conditions de vérification de compétences en optique, que depuis quelques années.

1.3.1 La formation des orthoptistes réingéniée mais dont les effectifs sont peu liés aux besoins de l'exercice professionnel

- Une formation sélective

[98] Les orthoptistes sont formés en trois ans et leur formation débouche sur l'obtention du certificat de capacité d'orthoptiste institué en 1956⁵³, désormais de grade licence, nécessaire à l'exercice de la profession d'orthoptiste.

[99] Quatorze établissements participent à cette formation. Les départements formant à l'orthoptie appartiennent aux facultés de médecine ou de santé des universités concernées. Le nombre d'étudiants admis en première année d'étude en vue du certificat de capacité d'orthoptiste est fixé par un arrêté annuel conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

[100] La formation a été réingéniée en 2014⁵⁴. Elle se déroule sur six semestres, comporte 1 968 heures de formation théorique, dont 933 de cours magistraux et 1 035 en travaux dirigés. Chaque semestre validé correspond à l'attribution de 30 crédits ECTS⁵⁵ soit 180 ECTS à la fin. La formation est assurée à titre principal par des professionnels médicaux et paramédicaux⁵⁶. D'après le référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthoptiste⁵⁷, 15 des 41 unités d'enseignement théoriques sont des cours portant sur la connaissance de la physiologie et des pathologies de l'œil correspondant à environ 300 heures d'enseignement. Le temps de stage est de 1 400 heures ; les stages sont faits à titre principal dans les services hospitaliers et parfois des services de soins pour personnes handicapées. Ils peuvent être faits dans des structures hospitalières privées, des structures médico-sociales, des cabinets libéraux, ou encore des structures éducatives disposant d'un orthoptiste.

⁵³ Décret du 11 août 1956.

⁵⁴ Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste.

⁵⁵ Dans un souci d'harmonisation européenne des diplômes, chaque Unité d'Enseignement (UE) validée en fin de semestre permet l'attribution de crédits ECTS (*European Credits Transfer System*). Un semestre pédagogique équivaut à 30 crédits ECTS.

⁵⁶ Voir en ce sens le constat établi par le collège national des orthoptistes enseignants (CNOE) in « *Projet master orthoptie* », 2019.

⁵⁷ Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste, annexe 2 « *référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthoptiste* », JORF n°0291 du 17 décembre 2014 page 21148.

[101] Filière sélective, l'entrée en première année d'orthoptie se réalisait jusqu'ici sur concours. À compter de la rentrée 2020-2021, la sélection empruntera la plateforme Parcourssup⁵⁸. Les candidats verront leurs demandes examinées sur dossier et la sélection se fera par un jury.

[102] En 2019, le nombre d'étudiants en 1ère année d'orthoptie a été fixée à 448 pour l'ensemble de la France, soit une hausse de 13 % par rapport 2015.

Tableau 7 : Nombre de places en première année d'orthoptie, 2015 - 2020

Année universitaire	Nombre de places	Evolution/ 2015
2015-2016	396	
2016-2017	407	
2017-2018	409	
2018-2019	435	
2019-2020	448	+13 %

Source : MESRI, présentation mission

- Des effectifs en formation pas principalement déterminés par les besoins de la profession

[103] L'augmentation du nombre d'étudiants ne fait pas l'objet d'un lien avec l'évolution du nombre d'internes choisissant la spécialité ophtalmologique. En dépit de la mission confiée à l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), la réflexion commune entre les ARS, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les hôpitaux et les facultés de santé pour mieux objectiver les besoins régionaux en partant des constats et en les rapprochant des capacités et possibilités de formation reste balbutiante.

[104] Une autre difficulté évoquée par les responsables pédagogiques et les directeurs de départements d'orthoptie vise la capacité limitée, en l'état, de proposer les stages cliniques et pratiques que doivent réaliser les étudiants dès la première année d'études. Selon eux, les principales limites à l'augmentation du nombre de candidats admis en formation tiennent aux capacités d'accueil en stages, contraintes par le nombre de services hospitaliers d'ophtalmologie proches des CHU et le nombre de cabines d'examen sur leurs plateaux techniques.

[105] L'examen de la répartition du nombre de postes ouverts chaque année aux concours d'entrée dans les départements d'orthoptie met en évidence des écarts importants entre régions tenant à la taille et à la démographie des territoires couverts et des départements ayant des effectifs assez faibles. Le nombre varie de 15 (Tours) à 100 (Paris Sorbonne).

- Une formation d'une durée analogue à celle proposée par la plupart des États de l'Union européenne

[106] La base de données sur les professions réglementées de l'Union européenne (2019) fournit des informations sur 17 États qui reconnaissent et ont réglementé cette profession. La formation dans la plupart des pays concernés est d'une durée de trois ans, possiblement portée à quatre ans. On ne dispose pas d'informations sur le contenu des compétences acquises. Dans tous ces pays, une formation continue est proposée.

⁵⁸ L'arrêté du 20 octobre 2014 en tant qu'il prévoit une sélection sur épreuves d'évaluation devra être modifié (articles 5 et 6, annexe VI à supprimer).

Tableau 8 : Formations et qualifications requises pour l'exercice de la profession d'orthoptiste

Allemagne	Enseignement post-secondaire général	3 ans
Belgique	Enseignement post-secondaire général	3-4 ans
France	Enseignement post-secondaire général	3 ans
Italie	Formation professionnelle post-secondaire permettant l'exercice de la profession	3 ans
Pays-Bas	Niveau d'enseignement post-secondaire professionnel	4 ans
Royaume-Uni	Enseignement post-secondaire général intégrant un contenu professionnel obligatoire	3 ans

Source : Données UE – tableau IGAS -IGESR

1.3.2 Des formations d'opticiens-lunetiers courtes, hétérogènes et laissant très peu de place aux enseignements en santé

- Une formation BTS (bac + 2 ans) trop courte et sans cursus santé, avec une offre surabondante et inégale

[107] Les opticiens-lunetiers qui réalisent, réparent et vendent des lunettes, doivent être titulaires du brevet de technicien supérieur (BTS) d'opticien-lunetier préparé en deux ans. Aujourd'hui seul ce titre permet l'exercice de la profession.

[108] C'est un arrêté du 3 septembre 1997 du ministre de l'éducation, de la recherche et de la technologie qui a porté définition et fixé les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur d'opticien-lunetier. Vingt-deux ans après son élaboration et sa mise en œuvre, ce référentiel n'a pas été réingénié. Si des échanges ont eu lieu entre les représentants de la profession et les inspecteurs généraux de l'éducation nationale en charge de la filière, aucune demande n'a été formulée explicitement ni lettre d'intention reçue par le ministère pour y procéder. Compte tenu de l'évolution de la profession, des techniques à venir et des savoirs, la question de son actualisation est posée.

[109] Il existe 95 parcours possibles pour se présenter au BTS opticien-lunetier. Cette formation est proposée par 24 établissements publics, 11 établissements privés sous contrat et 44 établissements privés hors contrats.

[110] Selon les données recueillies, les différences de résultats entre secteurs de formations et entre établissements préparant au BTS peuvent être très significatives.

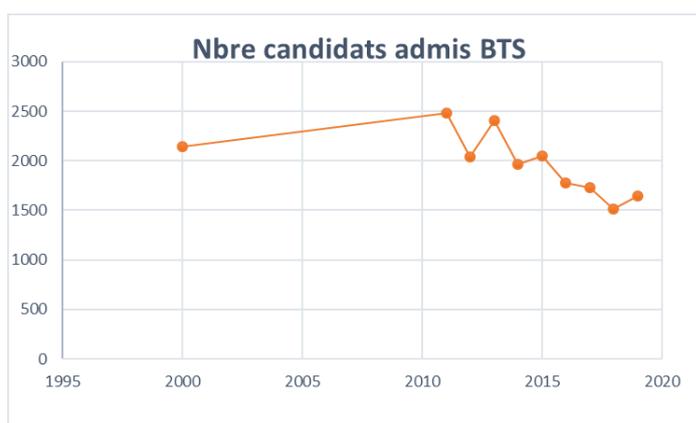
Tableau 9 : Résultats du BTS 2019 selon la formation suivie, initiale, apprentissage et continue et selon le secteur de formation et le taux de réussite

		Candidats	Admis	Refusés	% Admis
Public	Formation init	372	268	104	72%
	Apprentissage	108	54	54	50%
	Formation cont	114	61	53	54%
Privé sous contrat	Formation init	389	287	102	74%
	Apprentissage	98	62	36	63%
	Formation cont	20	5	15	25%
Privé hors contrat	Formation init	563	432	131	77%
	Apprentissage	455	225	230	49%
	Formation cont	308	203	105	66%
Candidats libres		408	50	358	12%
Total		2835	1647	1188	58%

Source : Données Min éducation et tableau mission

[111] Enfin le nombre de candidats admis tend à décroître depuis dix ans.

Tableau 10 : Évolution du nombre de candidats admis au BTS d’opticien-lunetier (2000 -2020)



Source : Données Ministère Éducation nationale - tableau mission

- Une grande diversité de parcours, de diplômes et des autres référencements professionnels qui rend peu lisible les connaissances et les compétences acquises et la complémentarité des formations existantes.

[112] Parallèlement, une myriade de diplômes, formations et qualifications accompagne la formation et le diplôme de référence. Existente de nombreux titres et certificats reconnus par la profession (par exemple le certificat de Qualification Professionnelle Opti-Vision - CQP - inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles - RNCP). Parallèlement, de nombreuses formations complémentaires de type Diplômes d’Université (DU), Unités de valeurs, Bachelor (bac + trois ans sans reconnaissance académique mais avec une possible reconnaissance professionnelle) coexistent.

[113] Une licence professionnelle appelée de façon générale « optique visuelle » en complément de la formation initiale est proposée par dix universités.

- Des licences professionnelles aux enseignements en santé limités

[114] La plupart des formations propose un volume horaire d’enseignements théoriques situé entre 450 et 500 heures sur deux semestres. Coté stage, le temps de stage est très variable allant de 150 heures à 840 heures. Ces stages se font en magasins, en établissements de soins ou en cabinet médical.

[115] L’examen des documents relatifs aux formations de licences professionnelle telles que proposées en formations initiale par dix universités montre des différences importantes de conception de la formation et un niveau d’enseignements visant à former les professionnels à appréhender la santé des clients reçus assez faible, voire très faible.

[116] S’il est difficile d’identifier la part des enseignements consacrés à la santé dans des documents généraux ne correspondant pas aux emplois du temps réels, un examen du nombre d’unités d’enseignement en santé mis en avant dans les documents de présentation et les maquettes et rendant compte des enseignements en santé (sur la physiologie, les pathologies réalisées, ou encore par des médecins ou des orthoptistes) met en lumière le nombre limité de tels enseignements. Les licences proposent une telle orientation correspondant au mieux à quelques unités d’enseignement pour des volumes horaires estimés entre 20 heures et 100 heures maximum.

[117] Une analyse complémentaire des maquettes permet d’ailleurs de faire quelques constats complémentaires. Ainsi tous les diplômés de ces licences sortent en ayant suivi des unités se rapportant à la réfraction correspondant à une centaine d’heures d’enseignement, des unités relatives à contactologie correspondant, là encore, à une centaine d’heures, et incluant de l’anatomie, avec une vingtaine d’heures (sauf exception), de la pathologie vue au titre de la réfraction (ex : dans histoire de cas, etc.) ou de la contactologie (ex : suivi et complications, etc.), traitant de la basse vision avec un minimum de 20 heures d’enseignement et possiblement une dimension portant sur la pathologie ; enfin, ils ont acquis des compétences transversales comme l’anglais, l’informatique, ou afférant au projet tuteuré et au stage.

Tableau 11 : Estimation des heures d’enseignement en « éducation santé » dans les formations de licences professionnelles (2019)

Activité / Université (Volume heures étudiants)	Moy Vol. Etud.
Réalisation d’un examen de la vision	129
Réalisation d’une adaptation en lentilles de contact	145
Prévention santé	46
Réalisation de prises en charges spécifiques	53
Gestion des ressources	41
Veille professionnelle, réalisation de travaux de recherche	
Stage	
Tertiaire	
Autres	
TOTAL	455

Source : Eric Lazaridès d’après maquettes - tableau mission

- Des plateaux techniques qui restent pour partie dans les lycées, des stages en milieu hospitalier et cabinet libéral encore limités et une formation continue financée par les chaînes d'optique

[118] La plupart des établissements publics locaux d'éducation (EPLE) du second degré, les lycées, proposant le BTS disposent de plateaux techniques nécessaires à la préparation et à la réalisation des examens d'optique indispensables à la formation.

[119] La formation initiale de BTS des opticiens ne comprend pas de stages en milieu hospitalier ou en cabinet libéral. Il faut attendre la poursuite d'études en licence professionnelle pour que ceux-ci prennent une place un peu plus significative dans le parcours de formation des opticiens. Pour les raisons déjà évoquées, l'absence d'un cadre général à ces formations et d'une orientation clairement « santé », il n'a pas été possible à la mission d'objectiver la place effective et le temps réel de tels stages.

[120] La formation continue occupe une large part dans la formation des opticiens-lunetiers. Si le BTS se fait pour une part en apprentissage, la licence professionnelle se fait, elle aussi, via des contrats de professionnalisation c'est-à-dire des contrats de travail en alternance⁵⁹. Le financement est assuré par les employeurs opticiens et notamment les chaînes d'optique qui recherchent des opticiens à bac + 3 ans répondant à la logique d'une plus grande qualification souhaitée par les organismes maladie complémentaires.

- Une formation à bac + 2 ans d'une durée un peu inférieure à celle constatée dans d'autres pays européens

[121] S'il existe peu de comparaisons internationales en matière de formation des opticiens, un travail assez complet a été établi en 2015 par la Commission européenne, à partir de données recueillies à la fin de 2014.

[122] La qualification minimale requise pour la profession d'opticien (*dispensing optician*) varie selon les pays ; la qualification acquise peut être du niveau de l'enseignement professionnel et secondaire général ou relever de l'enseignement postsecondaire (équivalent post Bac, pour faire simple). Pour les pays exigeant un enseignement post-secondaire général ou professionnel, la durée varie entre deux et quatre ans : c'est le cas de de l'Allemagne, de la France, et du Royaume-Uni. Dans des pays comme la Belgique ou l'Italie, est exigé un enseignement secondaire général ou professionnel dont la durée varie entre trois et cinq ans.

⁵⁹ Ces contrats permettent d'associer l'acquisition d'un savoir théorique en cours (enseignement professionnel en l'espèce) et d'un savoir-faire pratique au sein d'une ou plusieurs entreprises.

Tableau 12 : Formations et qualification requises pour l'exercice de la profession d'opticien

	Titre	Méthode d'obtention de la qualification	Durée de la formation ou qualification	Stage	Examen d'Etat pour accéder au métier	Enregistrement obligatoire dans le corps
Allemagne	Opticien	Enseignement professionnel post-secondaire	3 ans	Oui	Oui	Non
Belgique	Opticien	Enseignement secondaire professionnel ou enseignement professionnel post-secondaire	3 ans	Non	Non	Non
	Opticien	Pratique de cinq ans (temps plein) ou huit ans (temps partiel) en tant qu'indépendant ou employé ou encore jury d'évaluation	5 ou 8 d'expérience professionnelle	Non	Oui	Non
France	Opticien	Enseignement secondaire professionnel	2 ans	Oui	Non	Non
Italie	Opticien	Enseignement secondaire professionnel	5 ans	Non	Oui	Non
Pays Bas	Optométriste	Enseignement professionnel post-secondaire	4 ans	Non	Non	Non
RU	Opticien	Enseignement professionnel post-secondaire	3 ans	Oui	Oui	Oui
	Optométriste	Enseignement professionnel post-secondaire	4 ans	Oui	Oui	Oui

Source : UE – tableau IGAS -IGESR

[123] S'agissant de la formation professionnelle continue, plusieurs États ont mis en place des mécanismes complémentaires sur la base du volontariat ou d'une obligation professionnelle.

1.3.3 Des formations d'optométristes « hors sol »

[124] La formation d'optométriste, qui est une profession non reconnue en France, si elle fait valoir des enseignements en santé et la réalisation de stages à l'hôpital et en cabinet libéral, répond à une logique de spécialisation des opticiens-lunetiers.

- Une formation complémentaire à celle d'opticien-lunetier

[125] La profession d'optométriste n'est pas reconnue par le code de la santé publique. Néanmoins la formation d'optométriste existe même sans débouché professionnel officiel. Elle se fait en prolongement de celle d'opticien-lunetier, donc après une formation à niveau bac + 2 et / ou 3 ans, l'exercice professionnel étant conditionné par l'obtention du BTS d'opticien-lunetier. Il s'agit d'un cursus complémentaire proposé et dispensé, à titre principal, par deux établissements en France.

[126] Cette formation permet à la majorité de ceux qui la suivent d'exercer comme opticiens-lunetiers spécialisés avec des compétences, entre autres, en basse vision et en assistance à la contactologie. Les motifs de la poursuite d'études sont non seulement l'approfondissement de la formation de base mais aussi le souhait d'exercer des responsabilités non commerciales et plus tournées vers une dimension de soins dans la prise en charge des porteurs de dispositifs de corrections de la vue.

[127] L'analyse des offres d'emploi adressés aux étudiants de ces deux formations met en évidence une offre de postes de travail qualifiés d'« aide à la consultation » et en vue d'assurer, par exemple, la réfraction et « les examens complémentaires (Topographies, Spéculaire, Biométrie, OCT, HD Analyser) », ce qui n'est pas conforme à l'état actuel de la réglementation ; certaines offres évoquent aussi

«Activité de pré-consultation sur patient "tout-venant" mais aussi de dépistage et d'exploration sur de la pathologie (DMLA, Glaucome, Rétinopathie Diabétique ... ».

- Une formation en réponse à des besoins limités et un défaut de connaissance claire de la nature et de leurs lieux d'exercice (insertion professionnelle) après formation

[128] S'agissant d'une profession qui n'existe pas en droit, il est difficile d'établir à la fois le devenir des étudiants dans la vie professionnelle et l'endroit où ils exercent. D'après une enquête réalisée en 2017 par l'université de Paris Sud sur les quatre promotions précédente, 95 % des diplômés de la licence professionnelle avaient un emploi (86 % en CDI) et 20 % poursuivaient des études (y compris en travaillant). 89 % pratiquaient des examens de vue ce qui représentait en moyenne plus de 25 % de leur temps d'activité, 64 % pratiquaient l'adaptation de lentilles de contact pour un peu moins d'un cinquième de leur temps d'activité (17 % exactement), 93 % exerçaient dans un magasin d'optique et 3 % chez un ophtalmologiste, 4 autres % avaient une autre activité.

[129] Ainsi, il apparaît que la formation suivie ne débouche pas précisément sur un exercice fondamentalement différent de celui des autres opticiens-lunetiers même si cet exercice est plus spécialisé. La question de la gradation de la formation, du nombre d'opticiens titulaires du BTS mais aussi d'un bac + 3 ans ou d'un bac + 5 ans et de la répartition de ces professionnels en régions et par type de structures de ventes et par activité au sein des magasins n'a pas fait l'objet d'une estimation, même grossière, par la profession et ses organisations représentatives. Il est donc simplement possible de constater que le niveau de sortie ne donne pas lieu à une valorisation particulière et à un type d'exercice différent par nature de celui des autres opticiens. On peut le regretter mais on peut aussi considérer que cette absence de connaissance est liée à une forte dispersion professionnelle entre plusieurs milliers de boutiques et une faible gestion des carrières au sein même des enseignes de taille plus grande.

[130] Par ailleurs, il convient de constater que les étudiants titulaires d'un diplôme de master en optométrie délivré par une université française peuvent en l'état actuel demander à voir leur qualification reconnue dans un autre État membre de l'Union européenne autorisant cette profession sous réserve d'une validation par les autorités compétentes de celui-ci et sous condition éventuelle de compétences à réunir et de stages à réaliser.

2 Des évolutions des pratiques professionnelles et de la formation dont l'impact doit être relativisé et qui ne sont pas à la hauteur des problèmes d'accès au dépistage et au traitement des troubles de la réfraction

[131] Les projections en matière de démographie médicale, et la crainte d'une pénurie rapide et sévère d'ophtalmologistes, ont conduit dès le début des années 2000 à prendre une série de mesures et à faire évoluer significativement les pratiques dans la filière visuelle⁶⁰.

[132] Les réformes mises en œuvre, quoique relativement significatives par rapport à celles qui ont été mises en œuvre par d'autres spécialités, sont néanmoins demeurées d'une ampleur limitée. Et, alors que les contraintes de la démographie pèsent toujours fortement sans que l'on ne dispose de leviers suffisants pour les lever, la stratégie du travail aidé butte sur la disponibilité du temps médical.

2.1 Des réformes récentes des pratiques professionnelles dont le bilan doit être relativisé

2.1.1 Une succession de réformes récentes et volontaristes

[133] Comme cela a été souligné *supra*, à la différence de la plupart des autres pays y compris d'Europe continentale, la France a fait le choix de préserver un modèle traditionnel d'organisation des soins dans lequel l'ophtalmologiste détient le monopole de l'examen oculaire et dans lequel le dépistage et le traitement des troubles de la réfraction, les plus nombreux et les moins complexes, par l'ophtalmologiste sont le point d'entrée d'un dépistage et d'un traitement des autres pathologies oculaires.

[134] Pour faire face aux contraintes démographiques et à la croissance rapide de la demande, les pouvoirs publics et les professionnels ont déployé et mis en œuvre graduellement depuis le début des années 2000 une stratégie visant à accroître l'offre, par le recours aux orthoptistes comme auxiliaires privilégiés des ophtalmologistes, à développer le travail aidé auprès de l'ophtalmologiste et à faire évoluer les cabinets vers de véritables entreprises médicales.

[135] Le travail aidé s'est d'abord développé lentement dans les cabinets d'ophtalmologistes entre le milieu des années 2000 et le milieu des années 2010 à raison de l'extension des compétences des orthoptistes. Le SNOF estime ainsi que 2 % de ses adhérents recouraient au travail aidé (par des orthoptistes, des infirmières ou d'autres) en 2006, 10 % en 2006 et 34 % en 2015.

⁶⁰ Cf. notamment l'intéressant rapport piloté par Thierry Bour et Christian Corre pour le SNOF en 2006 : *L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques*, avril 2006.

[136] Dans la continuité de la mission de l'IGAS de 2015 et du plan d'action national pour la filière visuelle, une succession de mesures ont alors été prises pour accélérer le développement du travail aidé :

- un nouvel élargissement du décret de compétences des orthoptistes fin 2016, qui leur a ouvert notamment la possibilité de déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, avec ou sans dilatation⁶¹, et a amoindri la portée d'une pratique avancée pour les orthoptistes (cf. *infra* 3.1.5) ;
- la définition dans le cadre de ce décret d'une nouvelle modalité de collaboration avec les ophtalmologistes par le biais de protocoles organisationnels. Ces protocoles, préalablement établis, datés et signés par un ou plusieurs ophtalmologistes et sur le lieu d'exercice du médecin signataire, permettent aux orthoptistes de participer dans ce cadre à la prise en charge d'un de ses patients, soit pour préparer l'examen médical de l'ophtalmologiste (travail aidé), soit pour assurer le suivi d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé. Chaque protocole doit décrire notamment les situations médicales concernées et les actes orthoptiques pratiqués et le patient doit être informé de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole organisationnel. Les protocoles organisationnels offrent l'avantage d'être un cadre souple et individualisé, qui dispense de prescription écrite⁶² ;
- la création de protocoles de coopération à distance ou en l'absence de l'ophtalmologiste pour des situations bien précises :
 - Le protocole RNO ou « *renouvellement optique* », dit Rottier, expérimenté en Pays-de-la-Loire dans le cadre de l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁶³, qui a fait l'objet d'un avis favorable du collège de la HAS en 2013, et qui concerne le bilan visuel, réalisé sur des patients connus du cabinet et ayant consulté depuis moins d'un an, par un orthoptiste sur le même site de consultation que l'ophtalmologiste, l'interprétation par ce dernier se faisant le cas échéant sous huit jours, dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et pour les adultes de 16 à 50 ans. Après un financement dérogatoire sur le risque, ce financement a été inscrit au remboursement dans les règles de droit commun en 2018 ;

⁶¹ Toujours sur prescription médicale ou dans un protocole organisationnel. Selon la lecture intéressante qu'en fait le SNOF dans un document remis à la mission, qui précise aussi les actes dont l'interprétation demeure de la compétence exclusive d'un médecin ophtalmologiste (tomographie par cohérence optique, topographie cornéenne, etc.), les actes sans interprétation obligatoire (dont la réfraction et l'acuité visuelle), les actes avec interprétation du prescripteur (rétinographies..), les actes en présence d'un médecin et avec interprétation du prescripteur (angiographie, etc.).

⁶² Les actes faits sans participation du médecin ne sont pas facturables à l'assurance maladie, sauf en ce qui concerne les cotations AMY 8,5 à propos desquels la CNAM vient de publier une circulaire qui clarifie le droit et vise à limiter les dérives.

⁶³ C'est la loi HPST qui a créé la notion de « *coopération* » entre professionnels de santé, définie comme « *une démarche ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention entre patients* ».

[137] Outre la progression du nombre d'ophtalmologistes et d'orthoptistes recourant à la prise de rendez-vous en ligne, d'autres mesures sont également annoncées dans les mois à venir, notamment la mise en œuvre d'une rémunération de 10€ en cas d'adaptation de la correction par les opticiens à l'occasion du 100 % santé et le déploiement des contrats pour les assistants médicaux.

[138] Le SNOF inscrit la mise en œuvre des mesures décidées au cours des dernières années sous son impulsion dans le cadre du concept d'équipe de soins pluri-professionnelle et d'entreprise médicale.

Le bilan de la mise en œuvre du rapport IGAS de 2015, du plan d'action pour la filière visuelle DSS/DGOS et du rapport de la Cour des Comptes

Le rapport IGAS de 2015 comportait trente recommandations. Sept visaient le renforcement de l'offre de soin ophtalmologique, six ont été mises en œuvre ; sept concernaient le travail des orthoptistes dont là encore six ont fait l'objet de mesures ; huit autres recommandations portaient sur l'activité et l'intervention des opticiens-lunetiers dont trois sont restées inappliquées ; enfin huit recommandations avaient pour objet la formation dont quatre sont restées sans effet. Certaines mesures prises l'ont été dans un périmètre plus ou moins large par rapport à l'objectif énoncé (par exemple, élargissement du champ des coopérations ; soutien au travail aidé) ; d'autres mesures ont fait l'objet d'une déclinaison dans le cadre de la politique conventionnelle (accroissement de la part d'activité à tarif opposable ; soutien au travail aidé par exemple) ou de la modification par le décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 de la définition des actes d'orthoptie et des modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste. Globalement celles relatives à la formation n'ont été que partiellement suivies voire n'ont pas fait l'objet du tout de mesure (amélioration du fonctionnement des départements d'orthoptie ; mettre de l'ordre dans l'offre de formation des opticiens-lunetiers et inscrire celle-ci dans le schéma L.M.D).

Le plan d'action pour la filière visuelle élaboré par le ministère des solidarités et de la santé (DSS/DGOS) en concertation avec la CNAM et qui comportait 35 actions a fait l'objet de 28 mesures législatives, réglementaires, conventionnelles ou pratiques dont plusieurs (quatre au moins) en réponse à la demande d'extension du champ des compétences des opticiens lunetiers et des orthoptistes. Celles relatives à l'opportunité de recommandations de l'HAS ou portant sur la formation n'ont pas fait l'objet de dispositions précises depuis.

Le rapport de la Cour des comptes comportait enfin huit recommandations visant tant l'organisation de l'offre de soins, le conventionnement des médecins, le niveau de remboursement et l'intervention des professionnels non médicaux dans la prescription initiale (orthoptiste) ou l'orientation des patients (opticiens) ou encore une politique de dépistage. À ce jour aucune des dites préconisations n'a fait l'objet d'une mesure d'application.

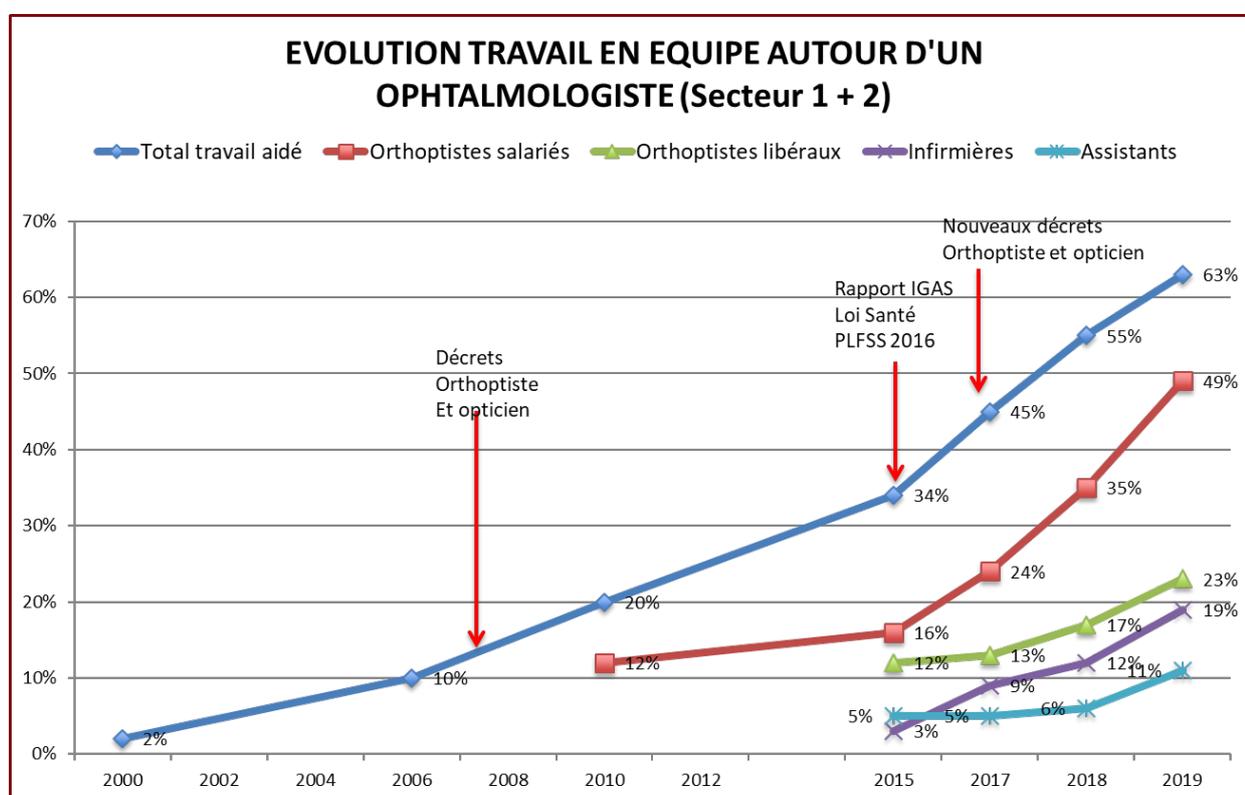
2.1.2 Un bilan qu'il convient de relativiser

[139] Le bilan globalement positif de la mise en œuvre des mesures récentes, tel qu'il a été dressé par certains interlocuteurs de la mission, exige d'être relativisé à plusieurs titres.

2.1.2.1 Une fréquence du recours au travail aidé qui s'accroît rapidement parmi les ophtalmologistes

[140] En 2019, selon une enquête auprès des adhérents du SNOF⁶⁵, ce serait désormais près de deux ophtalmologistes sur trois (63 %) qui seraient en travail aidé, avec des proportions allant de 37 % seulement en Ile-de-France à 79 % en Bretagne. 49 % des ophtalmologistes auraient recours à un ou plusieurs orthoptistes salariés et 23 % des orthoptistes libéraux, 19 % des infirmiers et 11 % des assistants ou des opticiens salariés⁶⁶. Le travail aidé se développerait le plus souvent avec plusieurs types d'aides disponibles à la fois et serait aux deux-tiers concentré sur le secteur 2. Dans 2/3 des cas, il y aurait au moins deux orthoptistes dans la structure. Et si les grands cabinets de groupe, comprenant cinq ophtalmologistes et plus, représentent près du tiers du travail aidé, les cabinets isolés ou les cabinets à deux ophtalmologistes représentent encore la moitié du travail aidé.

Graphique 8 : Evolution de la part des ophtalmologistes en travail aidé, 2000-2019



SNOF : enquête annuelle adhérents (Taux de réponse : 60 à 80% suivant les années)

[141] La mission a pu effectivement constater la croissance rapide du nombre d'orthoptistes qui rejoignent les cabinets d'ophtalmologie, ce qui se traduit par une hausse de leurs rémunérations, sur laquelle on manque malheureusement de chiffres précis, et qui crée aussi des difficultés sérieuses de rétention des orthoptistes par les services hospitaliers d'ophtalmologie que la mission a pu constater y compris dans un service de pointe comme celui de Cochin.

⁶⁵ Enquête réalisée entre le 1^{er} janvier et le 20 septembre 2019 auprès de 1 582 participants, soit un taux de participation de 60 % des adhérents du SNOF.

⁶⁶ L'AOF a recensé 600 ophtalmologistes qui travailleraient en unité de lieu avec des opticiens-lunetiers. On peut s'interroger sur la conformité à la réglementation des tâches qui leur sont dévolues.

[142] La fréquence affichée par l'enquête des ophtalmologistes travaillant avec des infirmiers (23 % dans le secteur 2) est un peu surprenante. Enfin, les éléments précis manquent pour savoir si l'échantillon de l'enquête réalisé par le SNOF auprès de ses seuls adhérents est réellement représentatif et ce que recouvre exactement, quantitativement et qualitativement, le recours aux orthoptistes, aux infirmiers etc. pour la pratique des ophtalmologistes concernés.

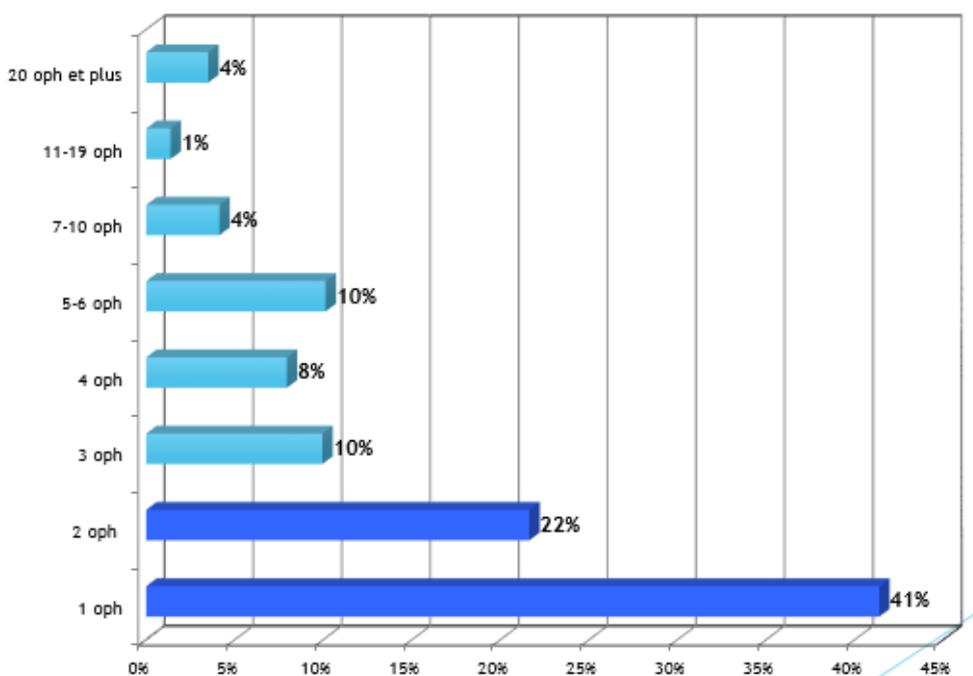
[143] La perspective du développement des assistants médicaux en ophtalmologie (AMO), très soutenue par le SNOF, doit s'entourer de précautions dans sa mise en œuvre et dans le type de professionnels concernés par ce nouveau dispositif. La réalisation de mesures automatisées par des AMO sous la responsabilité des praticiens ne doit pas conduire à une surqualification de certains professionnels, en confiant par exemple à des secrétaires médicales la manipulation d'équipements relevant d'opticiens ou d'orthoptistes, ni à une sous-qualification d'autres : l'organisation d'une telle filière qui va attirer des professionnels qualifiés comme les infirmiers sur un nouvel exercice en travail aidé au sein de cabinets libéraux doit également alerter dans un contexte de l'emploi très tendu pour le recrutement des infirmiers notamment pour l'exercice hospitalier.

2.1.2.2 La progression tempérée du nombre de cabinets secondaires et de grands cabinets de groupe

[144] Il est indéniable que l'ophtalmologie est une spécialité qui a été, plus que les autres, encline à développer les nouveaux modes d'exercice, comme l'a notamment souligné à la mission un expert auprès du HCAAM. Il est également avéré que le nombre de cabinets de groupe d'ophtalmologistes a progressé depuis le début des années 2000, et notamment au cours des toutes dernières années, sous le coup d'un effet de génération qui conduit 80 % des jeunes ophtalmologistes à s'installer en groupe.

[145] Pour autant, 41 % des ophtalmologistes exercent toujours dans leur cabinet libéral individuel et 22 % dans un cabinet où ils sont ne que deux, soit près des deux tiers au total. Les ophtalmologistes de secteur 1 sont proportionnellement moins nombreux à exercer dans des cabinets de groupe.

Graphique 9 : Répartition des ophtalmologistes selon la taille du cabinet libéral



Source : SNOF, 2019

[146] S'agissant des sites d'exercice autres que le cabinet libéral, il y en a en moyenne un peu moins d'un (0,8) par ophtalmologiste, mais ce sont en réalité principalement des cliniques, des hôpitaux et des plateaux techniques. S'agissant des cabinets secondaires, le SNOF lui-même ne dénombrait que 8 % des ophtalmologistes qui en disposaient, ce qui est peu⁶⁷. La même enquête indique que 20 % environ des ophtalmologistes interrogés seraient intéressés par l'ouverture d'un cabinet secondaire ou la reprise d'un cabinet existant pour en faire un cabinet secondaire, mais si et seulement si des « *conditions favorables* » étaient réunies qui demeurent pour partie hypothétiques (aides, remplaçant sur le site principal, protocole...).

Quelques exemples d'organisation rationalisée

La mission a eu l'opportunité de visiter plusieurs cabinets et autres structures de groupe, en particulier le cabinet d'ophtalmologie des Flandres à Lille ainsi que l'un des établissements du groupe Point Vision, qui pousse le concept d'équipe de soins pluri-professionnelle et d'entreprise médicale très loin.

Ces entreprises médicales en ophtalmologie rencontrées par la mission fondent leur organisation sur une grande rationalisation, avec des plateaux techniques partagés et un fort appui sur le travail aidé. La réflexion organisationnelle sur le parcours des patients dans l'espace du cabinet y est assez poussée. L'un des cabinets créés à partir d'une de ces entreprises testera ainsi une organisation dans laquelle le patient reste dans la même pièce tandis que les médecins et orthoptistes se déplacent, pour limiter le temps d'installation des patients.

Leur modèle économique suppose des cabinets d'assez grande dimension, pour absorber en continu une patientèle importante. Pour autant, au regard notamment de l'organisation du travail aidé, les plages d'ouverture sont généralement limitées à 18 h le soir. Elles organisent préférentiellement la prise de rendez-vous en ligne, et remettent à disposition les créneaux libérés pour assurer un taux de remplissage aussi élevé que possible.

Les délais d'accès peuvent être très brefs dans les territoires dans lesquels l'offre est abondante. A Paris, les rendez-vous sont généralement proposés en moins de 24h. Dans des territoires dans lesquels la tension, est plus forte, les délais sont plus longs. A titre d'exemple, au moment de la rédaction de ces lignes, l'un des cabinets visités par la mission proposait cinq créneaux à un mois et une vingtaine à deux mois, les dates suivantes n'étant pas ouvertes à la réservation ; dans le même territoire, un autre de ces cabinets proposait des créneaux à plus de trois mois et demi.

Enfin, leur modèle de marque les conduit à développer un réseau de cabinets portant la même enseigne.

2.1.2.3 L'impact anecdotique des protocoles de coopération et des contrats de soins visuels

[147] On ne dispose malheureusement ni d'un inventaire ni a fortiori d'un bilan des protocoles organisationnels qui ont été établis dans les différents cabinets. Ces protocoles, s'ils sont souples dans leur procédure de validation, supposent une écriture détaillée de leur contenu. Même si le SNOF a mis à disposition des textes types sur plusieurs situations de suivi de patients, le niveau de détail exigé de la part de chaque cabinet semble, d'après plusieurs interlocuteurs de la mission, limiter leur développement.

⁶⁷ Ces chiffres sont tirés d'une enquête menée en mai 2019 par le SNOF auprès de 2 543 de ses adhérents.

[148] En revanche, il est possible de dresser le bilan des autres types de protocoles prévus par la loi et existant dans la filière visuelle, qui est médiocre. Une récente mission de l'IGAS⁶⁸ a dressé le constat des limites et des faiblesses des protocoles de coopération en général, qui sont très majoritairement hospitaliers, concernent surtout les infirmiers et sont fort peu nombreux : pas de stratégie claire ni de pilotage affirmé, pas d'accompagnement financier jusqu'à très récemment, avec une instruction très longue, rigide et complexe.

[149] Le rapport de l'IGAS et des données de la CNAM fournissent quelques éléments d'évaluation sur les protocoles de la filière visuelle qui, avec les protocoles ASALEE, sont les seuls à avoir un financement dérogatoire de la part du collège des financeurs. Ils montrent que les résultats atteints sont tout à fait anecdotiques à l'échelle de la filière visuelle (et des 34,5 millions d'actes facturés en 2018, hors centres de santé) :

- 231 ophtalmologistes, soit 3,9 % d'entre eux, facturaient l'acte RNO en juin 2019. La CNAM indique une progression d'environ 1 800 actes liquidés en moyenne par mois en 2016 à 5 000 actes liquidés en moyenne par mois en 2018 puis 9 500 actes mensuels sur le premier semestre 2019. Selon l'IGAS, si les délais de prise de rendez-vous sont considérablement réduits, ils n'atteindraient pas les objectifs fixés par la Haute autorité de santé (80 % de prise en charge dans les 30 jours) ;
- entre juillet 2018 et mars 2019, seuls 492 actes de RMN, soit 54 par mois, avaient été facturés, dont 226 par le seul hôpital de Pont-Audemer. Il y a eu une accélération depuis le mois d'avril 2019, avec une moyenne de 1 600 actes par mois depuis six mois, mais le rythme demeure très modeste ;
- au 31 août 2019, il y avait en tout et pour tout cinq contrats collectifs pour les soins visuels et 15 contrats embauche et deux contrats formation en ce qui concerne les contrats de coopération pour les soins visuels, signés auprès de 14 CPAM au total. La CNAM explique ce bilan insignifiant par la multiplicité des dispositifs au sein de la filière visuelle qui rend difficile d'avoir une vue d'ensemble (cf. encadré *supra* sur le foisonnement réglementaire), et par la méconnaissance des dispositifs par le réseau de l'assurance maladie lui-même, ce qui en rend la promotion délicate.

2.1.2.4 Le plafonnement de la part des renouvellements d'équipements par l'opticien-lunetier

[150] La possibilité de renouvellement des équipements par les opticiens-lunetiers reste, en pratique, très peu utilisée. En 2013, selon le rapport de l'observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique, seuls 10 % des équipements optiques étaient renouvelés à partir d'une ordonnance. Il ne semble pas, mais les chiffres précis fournis par la CNAM font défaut à ce stade, que ce pourcentage ait significativement progressé depuis lors.

[151] Les interlocuteurs de la mission ont expliqué ce plafonnement de plusieurs manières : l'absence de grandes campagnes d'information des pouvoirs publics et de l'assurance maladie auprès de nos concitoyens, les limites posées à la communication par les opticiens en-dehors de leurs magasins de leur droit à renouveler les ordonnances, la formation inadaptée des opticiens et, enfin, la pratique d'assurances complémentaires qui imposeraient de présenter une nouvelle ordonnance en cas de renouvellement et de modification de correction inférieur à deux ans⁶⁹.

⁶⁸ Christine D'Autume et Diane Delaurens, *La redéfinition des protocoles de coopération entre professionnels de santé*, IGAS, mars 2019.

⁶⁹ La rémunération, à hauteur de 10 €, de la réfraction par l'opticien-lunetier en cas d'adaptation de la correction qui est prévue par le 100 % santé devrait avoir un impact positif.

2.1.2.5 Une croissance modérée seulement du nombre de patients vus par les ophtalmologistes

[152] La hausse de l'activité des ophtalmologistes est tout à fait évidente sur longue période, et notamment au cours des dernières années, si on l'apprécie au nombre d'actes.

Tableau 13 : Évolution du nombre d'actes par ophtalmologiste, 2009-2018

	2009	2018	Progression
Nbre d'ophtalmologistes libéraux et à exercice mixte	4 841	5 058	+4,5 %
Nombre d'actes CCAM	16 508 228	34 483 420	+ 108,9 %
Actes par ophtalmologiste	3 410	6 817	+ 99,9 %

Source : CNAM, DREES

[153] La progression du nombre d'actes, total et par ophtalmologistes, doit toutefois être nuancée par l'analyse du nombre de patients vus, tant sur longue période qu'au cours des toutes dernières années. Ainsi, sur les dix dernières années, le rythme de progression annuel du nombre de patients est de l'ordre de 130 000 comme le montre le tableau ci-après.

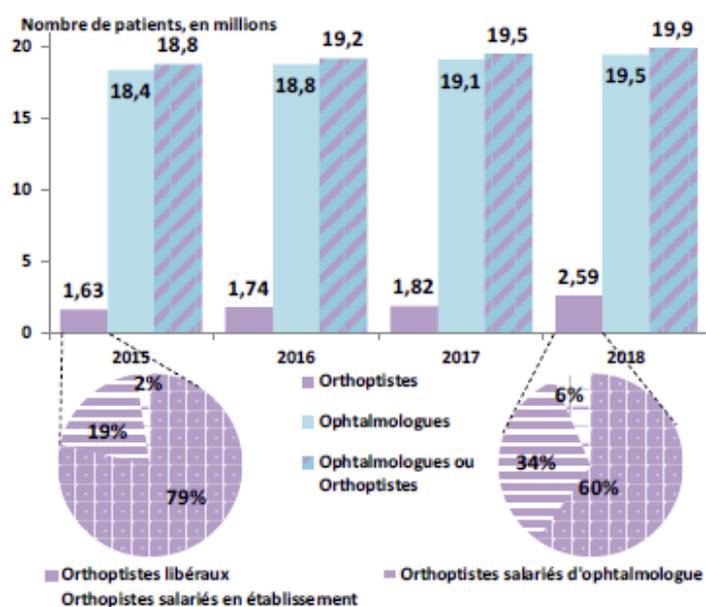
Tableau 14 : Évolution du nombre de patients et de séances depuis 2009 (hors centres de santé)

Année	Patients		Séances (CS+associations)	
	N	Evol.	N	Evol.
2009	16 549 505		23 457 344	
2010	16 756 325	1,2%	23 787 714	1,4%
2011	17 042 220	1,7%	24 236 978	1,9%
2012	17 018 157	-0,1%	24 105 196	-0,5%
2013	17 601 411	3,4%	25 035 476	3,9%
2014	17 759 523	0,9%	25 228 634	0,8%
2015	18 051 401	1,6%	25 582 606	1,4%
2016	18 386 001	1,9%	26 045 275	1,8%
2017	18 676 695	1,6%	26 439 630	1,5%
2018	18 957 545	1,5%	26 808 043	1,4%

Source : CNAM

[154] Sur la période récente (2015-2018), la CNAM estime la progression du rythme annuel à 300 000 patients par an comme cela ressort du graphique suivant, présenté le rapport Charges et Produits pour 2020. C'est une accélération du rythme que l'on peut attribuer au développement du travail aidé, mais qui reste encore en-deçà de ce qui serait nécessaire pour faire face à la progression de la demande (estimée à +500 000 patients par an par le SNOF) et, a fortiori, pour réduire les délais de prise de rendez-vous.

Graphique 10 : Évolution du nombre de patients des ophtalmologues et des orthoptistes, 2015-2018



Source : CNAM

[155] Les mêmes données récentes font apparaître une très forte progression de la patientèle des orthoptistes, salariés comme libéraux : le nombre de ceux qui ont eu un seul contact chez un orthoptiste (salarié ou libéral) a bondi de 1,1 à 1,8 millions de personnes entre 2017 et 2018, d'où d'ailleurs les mesures prises par la CNAM pour freiner les dépenses sur ce poste.

2.1.2.6 Des délais de prise de rendez-vous dont il n'est pas possible de prouver qu'ils baissent

[156] Les méthodologies des différentes enquêtes sur les délais de prise de rendez-vous sont assez substantiellement différentes. Et même si ces enquêtes sont menées par des organismes qualifiés, les comparaisons entre elles doivent être menées avec prudence (*cf. supra*). On ne dispose notamment pas de deux enquêtes de délais menées avec des méthodologies comparables et un écart temporel significatif. Il n'est donc pas possible de documenter une évolution des délais de prise de rendez-vous dans la période récente.

[157] En particulier, il n'est pas possible de déduire de la comparaison des enquêtes de la DREES et du SNOF une baisse des délais, comme l'a fait le SNOF à l'occasion de la présentation de sa propre enquête. Comme indiqué *supra*, l'enquête du SNOF porte sur des disponibilités à l'agenda des ophtalmologues et sur 64 % des patients obtenant un rendez-vous en première intention, quand l'enquête de la DREES porte sur des rendez-vous acceptés parce que disponibles aux deux agendas du médecin et du patient et sur 83 % des patients après potentiellement plusieurs tentatives chez plusieurs praticiens, donc potentiellement sur des situations moins favorables. Outre que ces deux facteurs tendent à créer un écart dans les délais constatés, le délai de l'enquête SNOF étant nécessairement plus faible, les différences méthodologiques des deux enquêtes rendent impossible leur comparaison dans le temps.

[158] Les entretiens qualitatifs menés par la mission avec les parties prenantes ne corroborent pas davantage le constat d'une diminution des délais d'accès aux ophtalmologues, en particulier en-dehors des grandes métropoles urbaines ni une facilitation de l'accès des enfants et des nouveaux patients.

[159] Seul un dispositif de suivi neutre, territorialisé et reproduit régulièrement avec la même méthodologie pourrait objectiver l'évolution des délais.

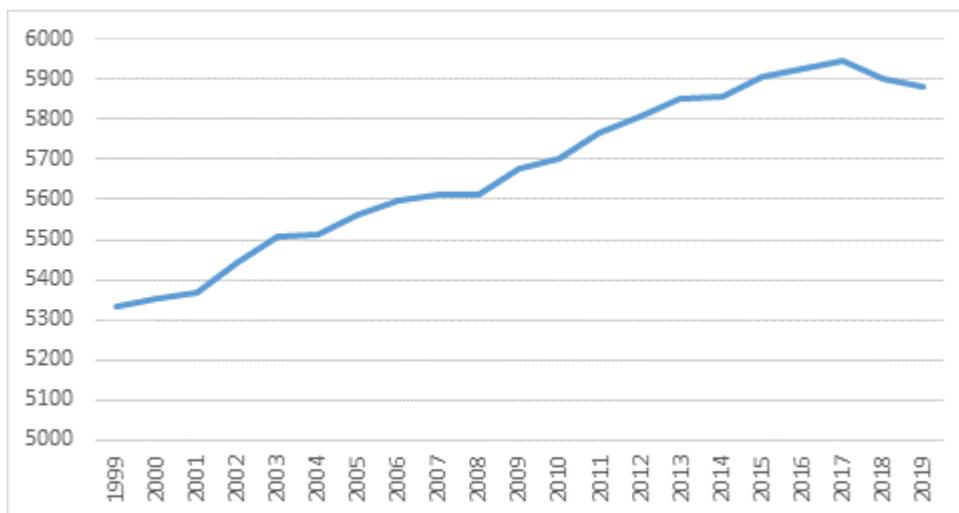
2.2 Des limites à la capacité de prendre en charge beaucoup plus de patients à modèle d'organisation des soins constant

2.2.1 Une démographie des ophtalmologistes toujours en berne et très contrainte

2.2.1.1 Une baisse prévisible des effectifs d'ophtalmologistes au cours des dix prochaines années

[160] Le nombre d'ophtalmologistes a régulièrement progressé sur les dernières décennies, passant de 5 335 en 1999 à 5 947 en 2017, soit une progression de 11 % en 18 ans. En 2018, le nombre d'ophtalmologistes a commencé à diminuer pour revenir à 5 899, puis à nouveau en 2019 pour redescendre à 5 882⁷⁰.

Graphique 11 : Evolution du nombre d'ophtalmologistes de 1999 à 2019

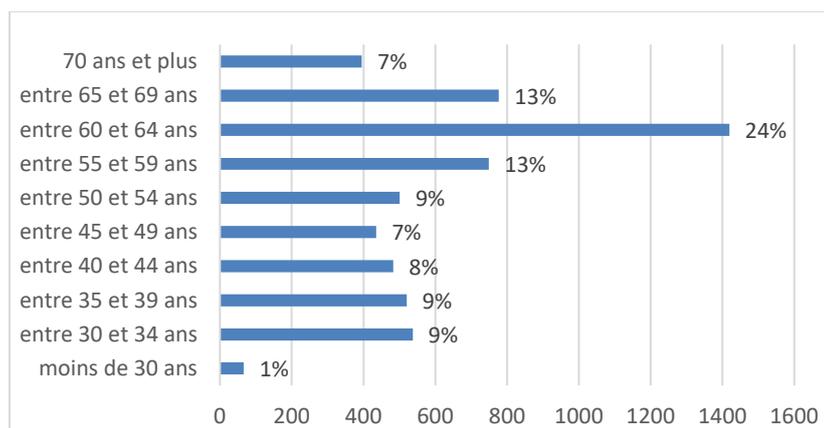


Source : DREES (ADELI jusqu'en 2011, RPPS de 2012 à 2019)

[161] La pyramide des âges des ophtalmologistes montre que la profession connaîtra des départs en retraite massifs dans les dix prochaines années. Selon la DREES, au 1^{er} janvier 2019, 13 % des ophtalmologistes (749) avaient entre 55 et 59 ans, 24 % (1 419) avaient entre 60 ans et 65 ans, et 20 % (1 172) plus avaient 65 ans et plus. Dans les dix ans, 57 % des ophtalmologistes actuels auront atteint ou dépassé l'âge de 65 ans. Les générations suivantes sont plus équilibrées mais significativement moins nombreuses, avec des effectifs moyens d'une centaine d'ophtalmologistes par année entre 30 et 54 ans.

⁷⁰ Source DREES, chiffres 2019 pour l'ensemble de ce paragraphe, sauf mention contraire.

Graphique 12 : Nombre d'ophtalmologistes par tranches d'âge (2019)

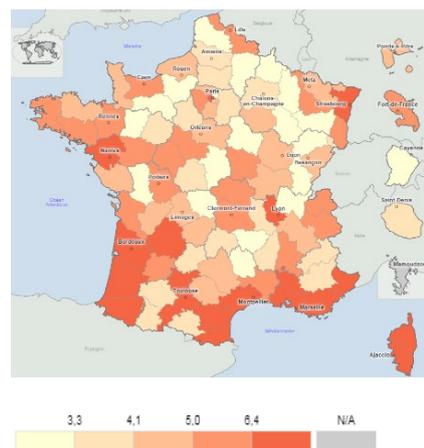
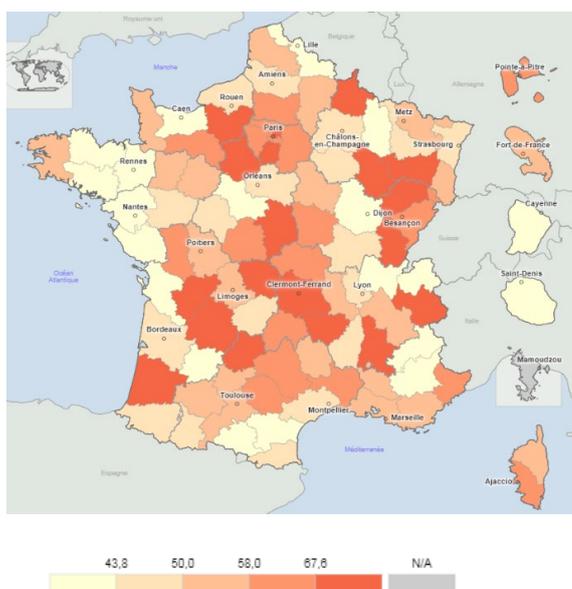


Source : DREES, présentation mission

[162] Le CNOM a établi à la demande de la mission une estimation des départs prévisibles à la retraite, pour mesurer la sensibilité particulière de certaines situations si aucun nouveau médecin ne s'installe. Cette carte de la proportion des ophtalmologistes non hospitaliers qui auront atteint l'âge de 65 ans d'ici à 2025 est assez largement l'inverse de celle de la densité des ophtalmologistes : les départements ruraux peu denses sont fréquemment ceux dans lesquels les ophtalmologistes sont les plus âgés. Ainsi, les trois départements les moins bien pourvus en ophtalmologistes sont aussi les trois départements dont tous les ophtalmologistes installés auront atteint 65 ans en 2025. Cette situation peut néanmoins susciter des initiatives, à l'image de la création d'un cabinet de groupe par de jeunes ophtalmologistes à Charleville-Mézières, dans un département parmi les moins denses aujourd'hui et dont plus de 70 % des praticiens auront atteint 65 ans dans les cinq ans.

Carte 3 : Proportion des ophtalmologistes non hospitaliers atteignant 65 ans d'ici à 2025 et nombre d'ophtalmologistes non-hospitaliers pour 100 000 habitants

Rappel : carte de la densité des ophtalmologistes non hospitaliers



Source : CNOM

[163] Trois autres éléments pourraient compenser en partie les flux de départs en retraite futurs :

- l'évolution du cumul emploi-retraite : la situation des ophtalmologistes s'inscrit dans la moyenne des médecins spécialistes, avec un cumul emploi-retraite élevé⁷¹, et rien n'indique que cette tendance, soutenue notamment par la SNOF, s'atténuera dans les prochaines années. Il est néanmoins difficile d'estimer la quotité de travail moyenne des praticiens en cumul emploi retraite, mais il est vraisemblable qu'ils réduisent leur activité avec l'âge ;
- le nombre de nouveaux ophtalmologistes formés : le nombre d'internes formés était extrêmement bas au tournant du siècle (80 par an en moyenne entre 1991 et 2010, et même à peine 50 places entre 2004 et 2007). Il a progressé pour se stabiliser autour de 150 par an depuis 2014, et 152 en 2019 et 2020 (143 au titre des épreuves classantes nationales- ECN - et 9 au titre des contrats d'engagement de service public –CESP) ;

Tableau 15 : Nombre de postes d'internat en ophtalmologie

	Total	Dont ECN	CESP
2020	152	143	9
2019	152	143	9
2018	155	150	5
2017	141	129	12
2016	152	137	15
2015	159	146	13
2014	150	142	8
2013	130	128	2
2012	123	122	1
2011	112	111	1
2010	106	106	

Source : MENSUR

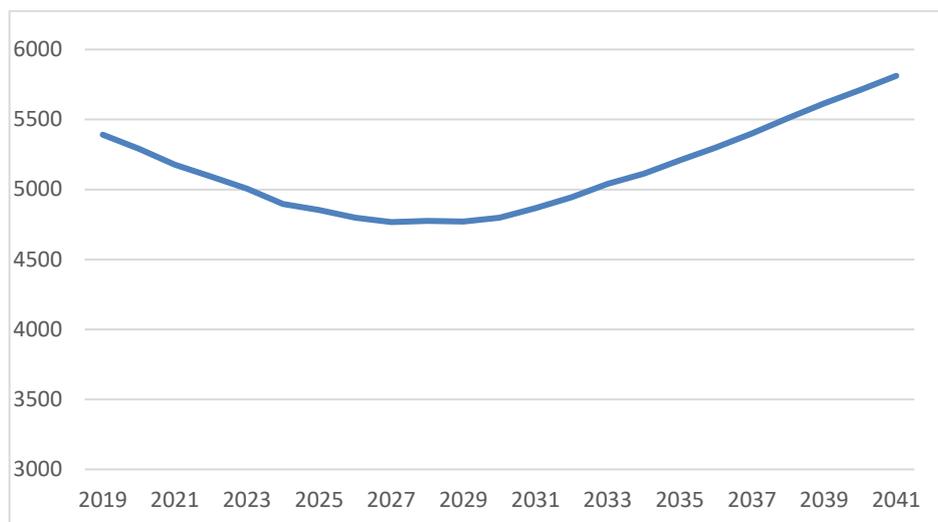
- le nombre des médecins à diplôme étranger : leur nombre progresse d'une cinquantaine par an (618 en 2015, 819 en 2019)⁷². En 2019, 14 % des ophtalmologistes exerçant en France sont des médecins à diplôme étranger.

[164] Ces trois leviers cumulés ne sont pas susceptibles de compenser les départs massifs des générations les plus âgées. Ainsi, selon le scénario tendanciel de la DREES, portant sur les médecins de moins de 70 ans et fondé sur l'hypothèse du maintien des flux actuels de départ à la retraite, de formation d'internes et d'arrivée de médecins à diplôme étranger, le nombre d'ophtalmologistes de moins de 70 ans en activité baisse rapidement dans les prochaines années, atteint un point bas entre 2026 et 2030 (-11,5 % et -621 ophtalmologistes en 2029 par rapport à 2019), avant de remonter et de retrouver le niveau de 2019 en 2037.

⁷¹ Selon des chiffres de la CARMF exploités par la DREES, 11,4% des ophtalmologistes et 11,6% des spécialistes sont en cumul-emploi retraite. 28,9 % des ophtalmologistes de plus de 60 ans et 32,2 % des spécialistes de plus de 60 ans sont en cumul emploi-retraite.

⁷² Source DREES

Graphique 13 : Scénario tendanciel d'évolution du nombre d'ophtalmologistes de moins de 70 ans selon la DREES



Source : DREES, présentation mission

[165] Le SNOF a fait parvenir à la mission ses propres projections démographiques. Dans le scénario le plus proche de la situation présente⁷³, le nombre de médecins en exercice baisse de 4,8 % (-286) entre 2019 et 2027, et le niveau de 2019 est retrouvé en 2033.

[166] La principale différence entre les hypothèses des scénarios de la DREES et du SNOF concerne la prise en compte par le SNOF des médecins de 70 ans et plus, qui ne sont pas intégrés dans la projection de la DREES, soit environ 400 médecins en 2019. Par ailleurs, la projection de la DREES sous-estime d'une centaine le nombre de médecins de moins de 70 ans en 2019.

[167] Pour autant, la vertu d'un modèle de projection réside d'abord dans sa capacité à dessiner des évolutions. C'est pourquoi la mission propose de retenir des deux projections, toutes deux sensibles à leurs hypothèses de construction, les tendances qu'elles montrent.

[168] Le point commun de ces deux scénarios est un creux démographique, d'une ampleur limitée, dans les prochaines années, avec un point bas dans la deuxième moitié des années 2020, et un retour au niveau actuel dans une quinzaine d'années seulement.

2.2.1.2 Des leviers insuffisants pour contrer l'effet structurel de la démographie médicale

- L'impact théorique et insuffisant des leviers démographiques

[169] Les leviers disponibles pour limiter la baisse du nombre des ophtalmologistes dans les prochaines années sont clairement insuffisants. La mission a souhaité tester l'impact théorique des trois leviers démographiques susceptibles d'être utilisés, en maximisant les hypothèses retenues⁷⁴ :

- le recul de l'âge effectif de la retraite d'un an aurait un effet rapide, mais qui s'estomperait en quelques années. Cette mesure serait assez hypothétique pour une profession qui pratique déjà fortement le cumul emploi retraite ;

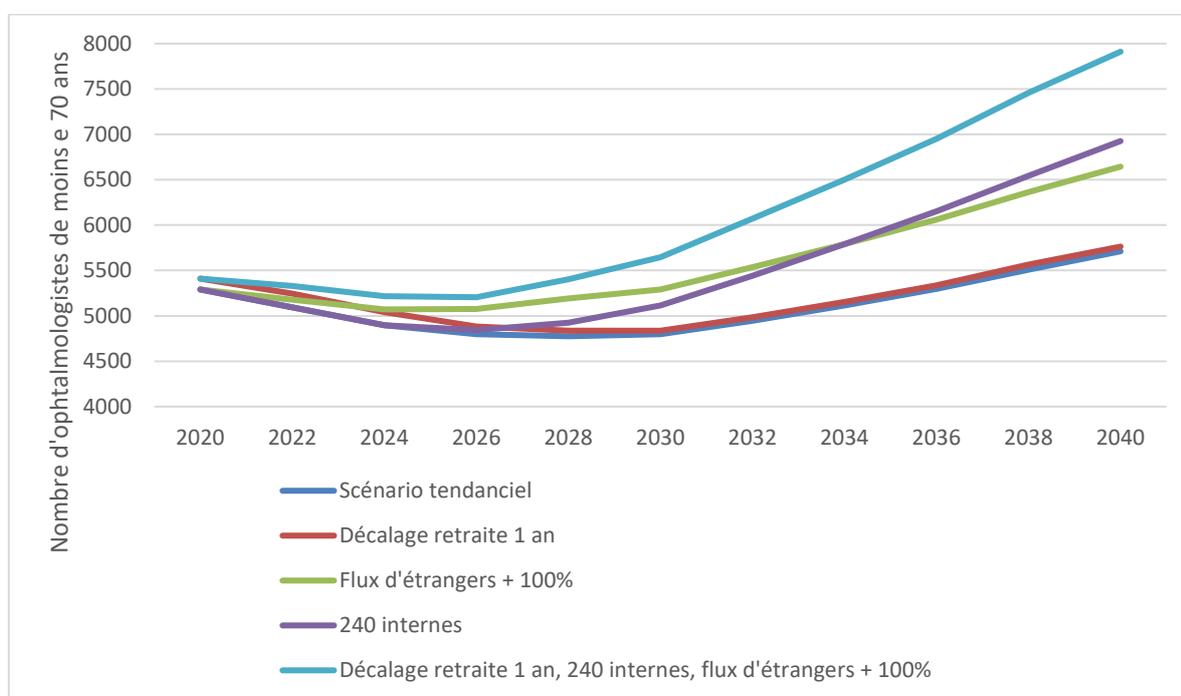
⁷³ 155 DES, 35 procédures d'autorisation d'exercice et 45 médecins à diplôme étranger par an

⁷⁴ Pour cela, la mission a construit ses propres scénarios à partir des données des différentes projections de la DREES

- le doublement du flux de médecins à diplôme étranger aurait un effet plus important et plus durable. L'acceptation sociale de cette mesure est peu probable, puisqu'elle conduirait en 2030 à ce que le quart des ophtalmologistes soient titulaires d'un diplôme étranger (le scénario tendanciel comprend déjà 17 % de médecins à diplôme étranger à cette date) et certains interlocuteurs de la mission ont évoqué également, de ce fait, des risques sur la qualité des soins ;
- le passage progressif à 240 internes, comme le demande le SNOF, n'aurait un effet significatif que dans une dizaine d'années, compte tenu des durées de formation. Il semble, au demeurant, très peu vraisemblable dans le contexte actuel.

[170] Seul le cumul de ces trois mesures extrêmement théoriques serait de nature à sensiblement stabiliser le nombre d'ophtalmologistes dans les dix prochaines années. Il est donc hautement improbable et ne permet pas de fonder une stratégie pour la filière visuelle sur une stabilisation démographique. Au contraire, la réalité commande de s'adapter à un inévitable creux démographique.

Graphique 14 : Impact de trois leviers démographiques théoriques et de leur cumul



Source : Données DREES, calculs et présentation mission

[171] Ainsi, si un arrêté du 2 septembre 2019 établit la projection du nombre de postes d'internes jusqu'en 2023, avec une augmentation de 13 postes pour l'ophtalmologie (152 en 2020, 154 en 2021, 163 en 2022 et 165 en 2023) telle que le nombre d'internes en ophtalmologie évolue comme le nombre total d'internes (1,71 % du total en 2010, 1,78 % en 2020, 1,79 % en 2023), l'option souhaitée par le SNOF d'une augmentation massive du nombre de postes en ophtalmologie supposerait un nouvel équilibre entre les spécialités qui ne pourrait être techniquement justifié que par des études approfondies comparant les projections démographiques des spécialités et les perspectives de besoins des patients au regard de la démographie de la population, de l'épidémiologie et de l'évolution des techniques. De surcroît, du fait de la durée de la période de formation des internes, les ophtalmologistes supplémentaires ne pourraient exercer que lorsque la démographie de la profession remontera mécaniquement. Il n'en reste pas moins qu'il serait légitime

que le nombre d'internes formés en ophtalmologie continue à évoluer au moins comme le nombre total des internes.

- Des postes d'internat qui ne corrigent pas les déséquilibres régionaux

[172] La question de la répartition régionale des internes en ophtalmologie et infra-régionale des terrains de stage est, en revanche, posée dans la volumétrie actuellement projetée et peut contribuer à améliorer de façon importante la situation de nombreux territoires avec de forts délais de prise de rendez-vous car on sait que les médecins ont tendance à s'installer là où ils font leurs études et leur stage. Toutefois, la mission n'a pas trouvé d'éléments sur une réflexion qui serait organisée pour mieux objectiver les besoins régionaux en partant des constats et en les rapprochant des capacités et possibilités de formation.

[173] En pratique, la répartition des postes d'internes en ophtalmologie par CHU est extrêmement stable. Sur la période 2019-2023, elle est inchangée dans 20 CHU sur 28. Seuls évoluent Lyon (+2) ; Tours (+1) ; Nancy (+1) ; Lille (+2) ; Paris (+3) ; Bordeaux (+2) ; Montpellier-Nîmes (+1) ; Marseille (+1). La comparaison de ces évolutions avec le tableau des délais moyens de prise de rendez-vous par régions⁷⁵ ne montre pas que les possibilités supplémentaires de formation soient utilisées pour résorber les écarts. Au contraire, ce sont plutôt dans les régions où les délais sont les meilleurs que sont concentrées les créations de postes.

Tableau 16 : Comparaison des délais de prise de rendez-vous des ouvertures de postes d'internes

Délai d'attente comparé à la moyenne nationale	Evolution du nombre de postes d'internes
Supérieur à 40 jours	
Centre-Val de Loire	+1
Normandie	0
Bretagne	0
Supérieur à une vingtaine de jours	
Grand Est	+1
Auvergne-Rhône-Alpes	+2
Occitanie	+1
Bourgogne-Franche-Comté	0
Légèrement supérieur à la moyenne	
Hauts de France	+2
Pays de la Loire	0
Nouvelle Aquitaine	+2
Inférieur à une trentaine de jours	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+1
Ile-de-France	+3

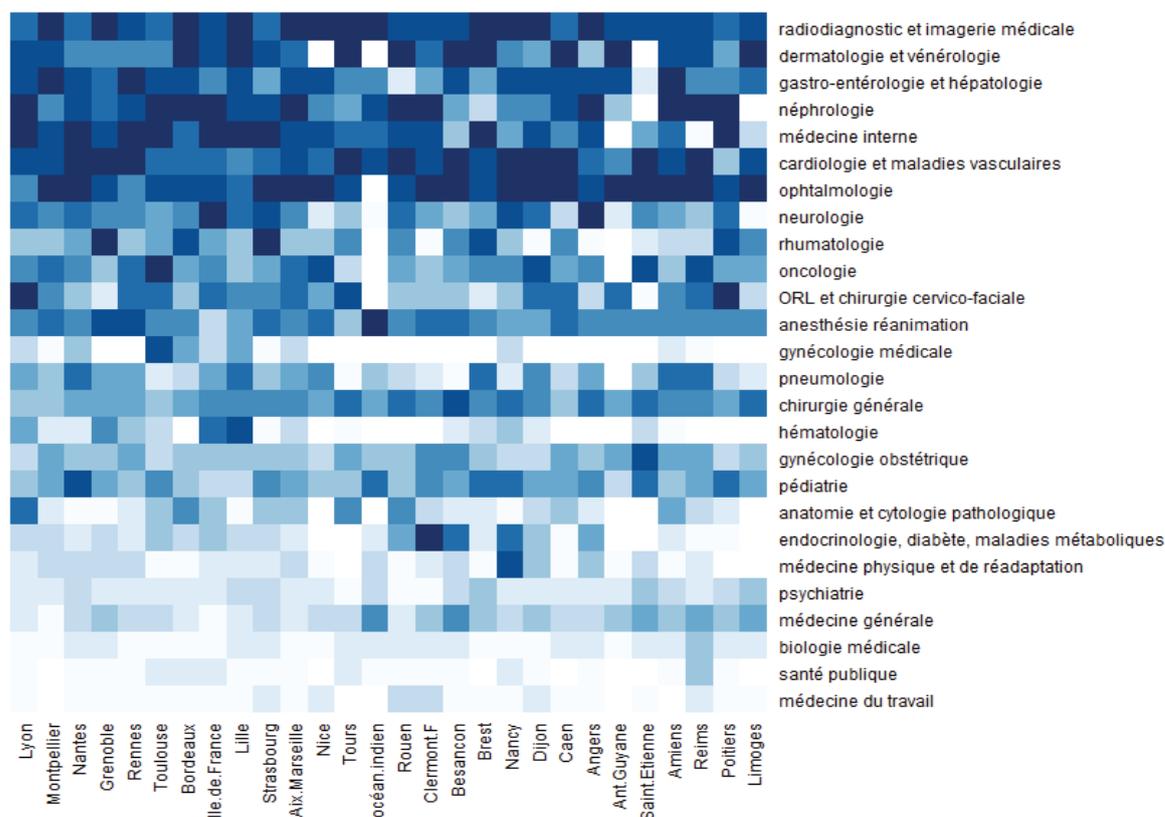
Source : Mission

⁷⁵ Ecart à la moyenne nationale des délais de prise de rendez-vous, en jours, cf. supra 2.2.2.

[174] Pourtant, l’ophtalmologie figure parmi les spécialités les plus demandées et une étude de la direction générale du Trésor⁷⁶ montre que, dans cette discipline, les étudiants privilégient nettement la spécialité sur le lieu de stage, ce qui indique que d’autres options de couverture géographiques du territoire ne rencontreraient pas de difficulté de recrutement.

[175] Dans le graphique ci-dessous, l’importance statistique relative de la spécialité et de la région dans le choix est illustrée par une carte de chaleur, qui associe l’intensité d’une grandeur à un nuancier de couleurs sur une matrice à deux dimensions. Chaque ligne correspond à une spécialité au choix à l’issue des ECN et chaque colonne à une région de formation. L’attractivité moyenne de chaque couple (spécialité, région) est calculée à partir des choix de l’ensemble des étudiants ayant choisi cette combinaison en 2012, 2013 et 2014 pour effectuer leur internat. Plus la couleur associée au couple est foncée et plus il est attractif. Dans le cas de l’ophtalmologie, la prépondérance de la ligne sur les colonnes indique que le choix de la spécialité prédomine sur celui de la région. Autrement dit, la spécialité est attractive dans l’ensemble des lieux de formation.

Schéma 5 : Carte de chaleur » de l’attractivité moyenne du couple (spécialité, région)



Source : DG Trésor

[176] A l’échelle locale, la possibilité de développer significativement le nombre d’internes reste cependant limitée par les capacités actuelles de formation. Seuls les CHU de Lyon, Lille et Paris forment au moins dix internes en ophtalmologie par an tandis que 23 CHU sur 28 n’en forment actuellement que de deux à six. Dans ces CHU, le nombre d’hospitolo-universitaires et de terrains de

⁷⁶ Trésor-éco, Comment lutter contre les déserts médicaux, n° 247, octobre 2019.

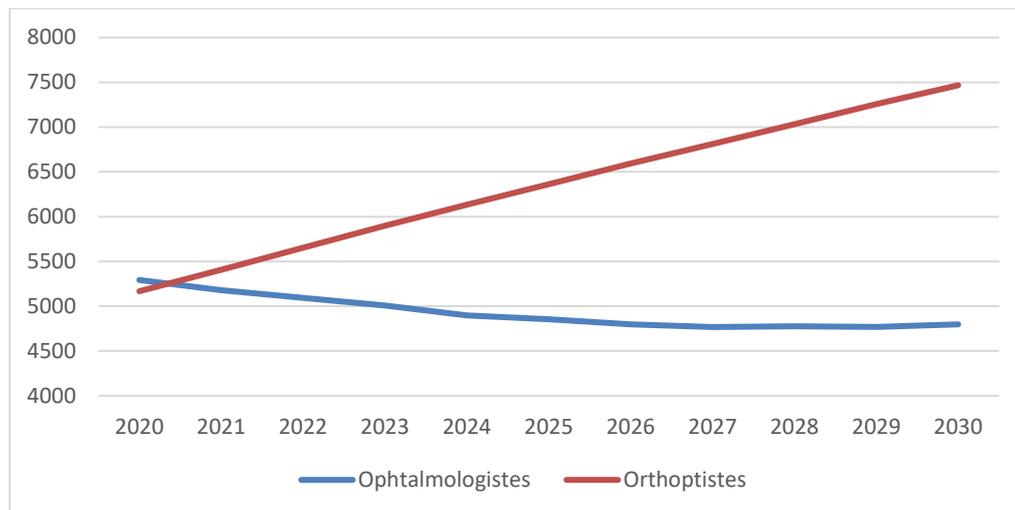
stage est limité. La diversification des terrains de stage dans des centres hospitaliers (CH) éloignés du siège du CHU est une nécessité, qui se heurte aux limites des capacités d'encadrement des services.

[177] Un autre facteur d'amélioration de la géographie des installations concerne l'ouverture plus large de terrains de stage en libéral. L'IGAS et l'IGAENR, dans un rapport de 2017⁷⁷, constataient que le développement des stages ambulatoires était quasi-inexistant dans les spécialités médicales en dehors de la médecine générale et appelaient à une mobilisation des acteurs pour un meilleur maillage des territoires. Selon une étude du SNOF de mars 2017, 51 % des ophtalmologistes qui ont répondu seraient favorables à l'accueil d'un interne dans leur cabinet. Mais selon une autre étude du SNOF d'avril 2018, seuls 3 % l'auraient fait. Le potentiel de développement des stages en cabinet libéral semble réel. La mission a cependant constaté à l'occasion de ses contacts que les postes en ville sont peu ou pas identifiés par les coordonnateurs de spécialités, qui ont la préoccupation première de pourvoir les stages en CHU et CH. De fait, en novembre 2019, il n'existait au plan national que 24 postes d'internes en libéral⁷⁸.

2.2.1.3 Les limites de la démographie et du modèle économique des orthoptistes

[178] Comme on l'a vu, l'effectif des orthoptistes progresse rapidement : 4 016 en 2014 et 4 876 en 2018, soit +21 % en quatre ans. Selon une projection établie par la DREES pour la mission, le nombre d'orthoptistes, sans changer les paramètres actuels, progresserait de 45 % dans les dix prochaines années. Dès 2021, le nombre des orthoptistes dépasserait celui des ophtalmologistes. En 2030, il y aurait trois orthoptistes pour deux ophtalmologistes.

Graphique 15 : Démographie comparée des orthoptistes et des ophtalmologistes, projections jusqu'en 2030



Source : DREES, présentation mission

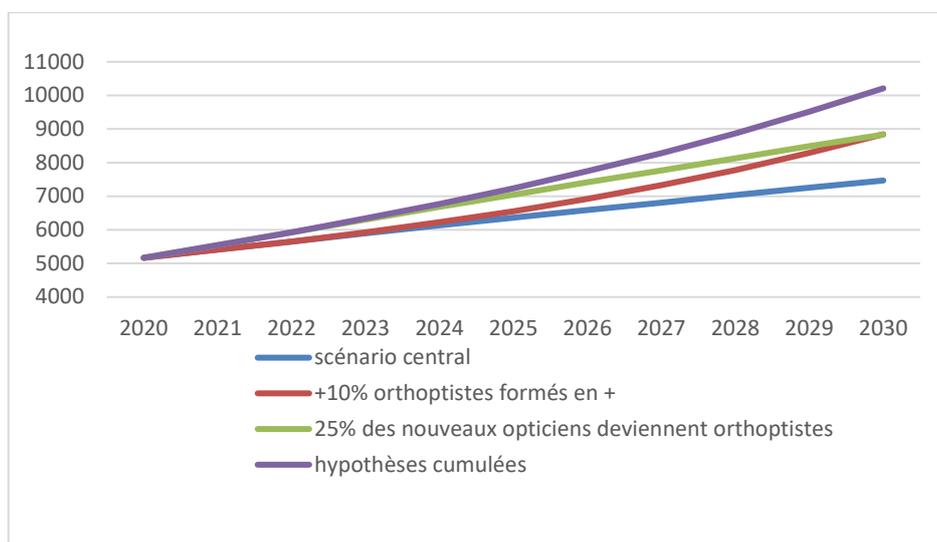
[179] Dans un scénario théorique dans lequel le flux des formations initiales serait augmenté de 10 % et où 25 % des nouveaux opticiens deviendraient orthoptistes par une voie *ad hoc* de formation

⁷⁷ « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales », IGAS IGAENR, décembre 2017

⁷⁸ Lille : 2 ; Limoges : 3 ; Montpellier : 2 ; Caen : 2 ; Clermont-Ferrand : 1 ; Rennes : 2 ; Reims : 4 ; Nancy : 4 ; Bordeaux : 2 ; Grenoble : 1 et Brest : 1.

(*cf. infra*), les effectifs de l'orthoptie progresseraient même au-delà de 10 000 en 2030, soit deux orthoptistes pour un ophtalmologiste.

Graphique 16 : Démographie des orthoptistes selon différentes hypothèses



Source : DREES, présentation mission

[180] La croissance du nombre d'orthoptistes est, en réalité, contrainte par plusieurs facteurs qui se cumulent :

- le financement de l'offre de formation est mal assuré et la capacité à recruter des formateurs en nombre suffisant reste à vérifier (*cf. supra*) ;
- le modèle économique des cabinets libéraux d'orthoptistes est obéré par la faible rémunération des actes, notamment si le niveau d'équipement doit progresser ;
- le modèle du travail aidé dans les cabinets ophtalmologiques est fondamentalement consommateur de temps médical et ne peut pas s'étendre de façon trop significative (*cf. infra 2.2.2*).

2.2.2 Un modèle du travail aidé confronté à ses limites structurelles propres

[181] Le modèle de l'équipe de soins pluri-professionnelle et du travail aidé a permis une progression réelle de l'activité des ophtalmologistes. Faute de confier de nouvelles compétences propres aux orthoptistes et/ou aux opticiens, il va toutefois buter sur une série de limites, en particulier le manque de temps médical.

2.2.2.1 Une progression qui va rapidement atteindre ses limites dans l'organisation actuelle

[182] Si l'on se réfère aux chiffres du SNOF (*cf. supra*), le taux de travail aidé progresse rapidement : 34 % en 2015, 45 % en 2017, 55 % en 2018 et 63 % en 2019. Au rythme actuel de progression de huit à dix points par an du taux de travail aidé, le niveau de 90 % serait atteint en 2022. Cette perspective est compatible avec la démographie des orthoptistes et des ophtalmologistes. Elle est conforme à l'organisation actuelle qui repose sensiblement sur un ratio d'un orthoptiste pour un médecin. Dans une organisation très rationnelle telle que celle que propose l'entreprise Point vision, le ratio est aujourd'hui de cinq orthoptistes pour quatre ophtalmologistes.

[183] Le SNOF indique, pour sa part, que le travail aidé est actuellement à 45 % de son objectif, formulé comme deux aides pour 95 % des ophtalmologistes. Cette organisation a un coût d'infrastructures particulièrement lourd, puisqu'elle nécessite trois postes de travail par ophtalmologiste. Elle suppose que le patient passe deux fois plus de temps devant l'orthoptiste que devant le médecin, soit par exemple, pour un trouble simple de la réfraction, dix minutes devant l'orthoptiste et cinq minutes devant l'ophtalmologiste ou, pour une pathologie complexe, vingt minutes devant l'orthoptiste et dix minutes devant l'ophtalmologiste. Dans les conditions actuelles, notamment devant le souhait des médecins de conserver des examens en propre et de préserver une relation individuelle de qualité avec les patients, elle paraît peu vraisemblable.

[184] Sans évolution importante de la délégation de tâches en autonomie aux collaborateurs paramédicaux des cabinets et sans évolution rapide de la majorité des cabinets vers des organisations regroupant de nombreux médecins, il est probable que l'organisation restera plus proche du ratio d'un paramédical pour un médecin que de deux paramédicaux pour un médecin, et donc que la progression du travail aidé plafonnera.

[185] Il faut également prendre en compte les réticences possibles de certains orthoptistes à exercer de plus en plus dans un cadre différent de celui de la rééducation.

2.2.2.2 Un modèle français fondamentalement consommateur de temps médical

[186] La spécificité du modèle français de travail aidé est le passage obligé par l'ophtalmologiste, en consultation ou par l'examen de dossier. D'autres modèles d'organisation s'appuient sur des professionnels de santé paramédicaux plus autonomes, et des médecins en position de recours (*cf. supra*). La conséquence très directe du modèle français est qu'il est fondamentalement consommateur de temps médical. Dès lors qu'un cabinet est arrivé à une situation d'équilibre, chaque nouvel aidant crée un besoin de temps médical. Cette situation a pour conséquence qu'à pratiques constantes, la démographie médicale contraint la capacité de développement du travail aidé.

[187] Dans ces conditions, la filière visuelle sera confrontée à une difficulté d'ajustement démographique : comme on l'a vu, la démographie des ophtalmologistes va poursuivre sa baisse, pendant que celle des orthoptistes continuera à progresser. De 2022 à 2025, les projections démographiques tendanciennes conduisent à envisager une baisse d'au moins 200 médecins non hospitaliers et une hausse d'environ 700 orthoptistes, et de 2022 à 2030 une baisse de plus de 250 médecins pour une hausse de près de 1 800 orthoptistes⁷⁹.

[188] Pour sortir de ces contradictions et permettre au travail aidé de produire ses pleins effets et de compenser la diminution de la démographie des ophtalmologistes, il serait nécessaire d'ouvrir une réflexion sur les pratiques médicales et les organisations dans le suivi des patients non pathologiques et à faible risque, en particulier les jeunes adultes ne présentant pas de signes d'alerte. Ce type de réflexion a précisément conduit de nombreux pays étrangers à renoncer à l'intervention systématique du médecin après celle d'un professionnel de santé paramédical, tout en conservant une supervision médicale.

⁷⁹ L'impact du développement du cumul emploi retraite sur la baisse du temps de travail médical disponible est, de surcroît, potentiellement significatif, sans qu'on dispose aujourd'hui d'estimations précises du temps de travail des médecins, en général et par âge.

2.2.2.3 Les limites à un développement rapide de la télémédecine

[189] Le travail aidé est également contraint par les limites propres au développement de la télémédecine dans un contexte où les perspectives de sa croissance reposent en partie sur le concept de « *poste de soins avancés* », c'est-à-dire des cabinets secondaires où exerceraient des orthoptistes sous supervision des ophtalmologistes.

[190] De façon générale, la croissance de la télémédecine, qui s'exerce notamment dans le cadre de l'avenant n° 6 à la convention médicale, signée en juin 2018, est globalement modeste. Ainsi, en un an, au mois de septembre 2019, seules 60 000 téléconsultations ont été réalisées, soit 3 300 par semaine, pour un tiers seulement par des spécialistes. A la demande de la mission, la CNAM a fourni les chiffres spécifiques aux ophtalmologistes : entre septembre 2018 et septembre 2019, tous régimes, France entière, ils ont réalisé 49 téléconsultations en tout et pour tout. On a vu également supra les limites quantitatives des protocoles Rottier et Muraine.

[191] Une révision des modalités de l'avenant n° 6 devrait permettre d'élargir les conditions d'accès des patients aux téléconsultations. Toutefois, si on voulait véritablement développer la télémédecine dans le domaine de l'ophtalmologie afin d'élargir l'accès aux soins, il faudrait ouvrir aux opticiens-lunetiers, dans leurs magasins, la possibilité de réaliser des examens diagnostics avec des équipements allant au-delà des troubles de la réfraction (tonomètre-pachymètre, qui mesure le tonus oculaire et l'épaisseur de la cornée, rétinographe non mydriatique, qui sert à photographier le fond d'œil, et OCT, qui permet d'étudier certaines structures de l'œil, notamment).

[192] En toute hypothèse, et même si plusieurs sociétés, comme Althalia dont la mission a rencontré les dirigeants, réfléchissent à des solutions techniques qui permettent d'accroître énormément la productivité des ophtalmologistes, une croissance massive de la téléconsultation butterait rapidement sur les mêmes contraintes de temps médical des ophtalmologistes, sauf à faire appel à des consultations avec des ophtalmologistes basés à l'étranger, ce à quoi les autorités publiques et la profession se refusent.

2.3 Des réformes encore partielles des formations des orthoptistes et des opticiens

2.3.1 Une réingénierie de la formation des orthoptistes qui n'a atteint que partiellement son objectif

[193] Si la formation des orthoptistes a été réingénierée en 2014, des interrogations sur l'adéquation des enseignements au nouveau cadre d'activité ainsi que sur l'effectivité de la mise en œuvre du référentiel de formation sont exprimées.

- L'écart entre un périmètre d'exercice augmenté et une durée de la formation identique

[194] Alors que le champ des activités et des actes autorisés aux orthoptistes s'est élargi en 2016, leur formation est restée la même. De l'avis des représentants des orthoptistes, la part de formation dédiée à la réfraction et à l'exploration s'en est trouvée décalée par rapport aux nouvelles conditions d'exercice. De même, la part de la rééducation et de la réadaptation et la préparation à l'exercice libéral auraient diminué. Selon un document synthétisant les demandes des étudiants, ceux-ci « *ne se sentent bien formés que dans le domaine des actes techniques d'exploration et peu compétents pour ce qui de la réalisation des actes de rééducation des troubles des apprentissages, dans la prise en charge réadaptative et celle des actes de rééducation sensori-moteur* ».

- Les difficultés financières liées au financement des formations et des études

[195] Les responsables de formation rencontrés ont indiqué que les départements d'orthoptie peuvent connaître des difficultés de nature financière eu égard aux moyens dont ils disposent et être empêchés de décliner opérationnellement et complètement le référentiel de formation établi en 2014. La Conférence des présidents d'université (CPU) a indiqué, de son côté, que ces formations, intégrées aux universités avant le transfert aux régions des formations paramédicales en 2004 et aux effectifs peu élevés, n'avaient pas toujours connu une revalorisation de leurs moyens au sein des dotations globales limitées dont disposent les universités en l'absence d'une compensation par les régions des coûts supportés par les établissements universitaires (*cf. infra*). Enfin, l'absence d'indemnisation et de prise en charge des frais de déplacement en région des stagiaires constitue une difficulté pendant la scolarité.

- L'indétermination des attendus, des motifs et des publics des sorties à bac + 5 ans

[196] La mission a cherché à identifier les besoins en formation complémentaire des orthoptistes en partant des constats. Sur la base des échanges menés, aucun projet construit par l'ensemble de ces composantes n'émerge : pour certains, le master est vu comme le cadre d'une formation pour tous où la formation à bac + trois ans serait allongée à cinq ans pour couvrir l'ensemble des activités autorisées aux orthoptistes ; pour d'autres, il serait un complément visant une formation de spécialisation. Dans ce dernier cas, le niveau de formation à bac + 3 ans est vu comme permettant la réalisation en autonomie de la plupart des actes qui sont déjà autorisés actuellement et celui à bac + 5 comme devant autoriser une pratique avancée pour des consultations spécialisées de patients physiologiques, le suivi de patients atteints de pathologies stabilisées, la prise en charge de certaines pathologies évolutives dans un périmètre défini ou encore préparer à l'enseignement et à la recherche.

[197] L'absence d'une réflexion commune sur la finalité et les modalités d'un projet rend probablement compte d'une difficulté pour les orthoptistes à envisager le devenir une profession ayant fortement évolué ces dernières années, qui réalise une grande diversité d'actes.

- Une absence en l'état d'évaluation par le HCERES, en passe d'être comblée

[198] Jusqu'en 2019, aucune évaluation externe par le Hcéres⁸⁰ ou interne par une organisation appropriée des formations et des établissements existants, n'a encore été réalisée. Les départements d'orthoptie sont actuellement au début d'une procédure d'évaluation externe dans le cadre de la vague dite « A » 2019 – 2020 de l'accréditation des formations⁸¹ menée par le Hcéres. Pour ce faire, le Haut conseil a établi un dossier à l'attention des responsables de formation paramédicale universitaire dont les premiers résultats ne devraient être connus qu'au printemps 2020.

[199] En l'état, il est donc difficile d'apprécier l'ampleur de l'hétérogénéité des formations mentionnée par les acteurs, de juger de l'adéquation des enseignements aux compétences des orthoptistes élargies depuis 2016, ou encore de vérifier la pertinence entre la part respective des

⁸⁰ L'article L114-3-1 du code de l'éducation dispose que le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur est une autorité administrative indépendante chargée d'évaluer les établissements d'enseignement supérieur et leurs regroupements et les formations et diplômes des établissements d'enseignement supérieur ou, le cas échéant, de valider les procédures d'évaluation réalisées par d'autres instances.

⁸¹ Les campagnes d'évaluation menées par le Hcéres suivent un rythme quinquennal. Le calendrier adopté est ainsi compatible avec les exigences de la politique contractuelle de l'État qui a réparti les établissements concernés en cinq zones géographiques appelées vagues A, B, C, D et E. La vague « A » concerne les établissements des Académies de Clermont, Lyon, Montpellier et Toulouse (respectivement dans les régions Auvergne Rhône Alpes e Occitanie).

enseignements théoriques et celle de la pratique au travers des stages, et ce, avec l'objectif de vérifier la cohérence de la durée même de la formation par rapport aux compétences à acquérir.

2.3.2 Une formation des opticiens lunetiers demeurant inadaptée aux besoins de la profession et à ceux des étudiants

- Une absence de connaissance précise de l'adéquation de la formation aux besoins de la profession

[200] Le souhait très majoritaire (à plus de 70 %) des étudiants en BTS serait d'approfondir leurs études à l'issue de leur cursus ; le BTS est vu comme une étape « dans la construction d'un parcours de formation. » Selon une étude de 2019, la poursuite des études est envisagée par 42 % des étudiants en Licence / Bachelor⁸². Ce phénomène est de nature à expliquer pour partie une difficulté des magasins à embaucher des opticiens.

[201] Les représentants des organisations professionnelles d'opticiens ne sont néanmoins pas en mesure de donner une image ni précise ni sommaire de la répartition des opticiens en exercice dans les magasins par niveau de formation (BTS, niveaux bac + 3 ou 5). La recherche d'une expertise chez les collaborateurs de magasins à bac + 3 paraît liée en partie aux demandes des organismes financeurs de disposer de collaborateurs ayant des compétences complémentaires par rapport au BTS.

- Une absence de mesures pour entrer dans le schéma LMD

[202] S'agissant de la formation des opticiens-lunetiers, celle-ci reste en dehors du modèle L.M.D, le BTS diplôme de référence étant à niveau bac + 2 ans et les licences professionnelles étant une opportunité de poursuite de la formation initiale non obligatoire et sélective.

[203] S'il existe une dizaine de licences professionnelles « optique visuelle » sur l'ensemble du territoire, le cadre général de ces formations ne répond pas vraiment à une orientation santé pourtant souhaitée par la profession et mise en avant lors des auditions menées.

Le développement professionnel continu (DPC) dans la filière visuelle

Le développement professionnel continu est à la fois une opportunité et une obligation pour professionnels de santé visant à améliorer les pratiques professionnelles, par le moyen d'actions d'évaluation de celles-ci et d'activités de formation.

En l'espèce, pour la période 2015 – 2018⁸³ et celle allant de 2019 à 2022⁸⁴, des actions ont été fixées visant les professions de la filière.

Pour la période allant jusqu'à la fin 2019, un recensement a pu être opéré visant de façon exhaustive l'ensemble des actions concernant les ophtalmologues et les orthoptistes, les opticiens lunetiers n'étant pas des professionnels santé conventionnés, les informations sont lacunaires.

⁸² Baromètre auprès des étudiants en optique, enquête menée auprès de 466 étudiants par GALLILEO, cabinet d'études et de conseil, édition 2019.

⁸³ Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

⁸⁴ Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022

Entre 2017 et 2019, 5 729 ophtalmologues avaient suivi une formation visant la spécialité dont 5 437 s'inscrivant dans une des trois orientations suivantes à savoir travail en équipe en ophtalmologie, les indications chirurgicales en ophtalmologie, le dépistage précoce et prise en charge des anomalies visuelles de l'enfant de moins de 16 ans.

Sur la même période, 2 029 orthoptistes avaient suivi une formation, en particulier autour des quatre orientations suivantes : surveillance par l'orthoptiste d'une rétinopathie diabétique ; intervention orthoptique dans les handicaps sensoriels et moteurs ; l'intervention orthoptique dans les troubles d'origine neurologique ; vision de l'enfant et vision de la personne âgée.

Enfin, en l'état des informations dont on dispose, 513 opticiens-lunetiers seulement avaient suivi une formation dans une des cinq orientation suivantes réfraction complexe ; contactologie ; basse vision ; vision de la personne âgée et vision de l'enfant.

3 La difficile mais nécessaire évolution de l'organisation des soins, des compétences et des formations

[204] Sous l'impulsion des représentants des ophtalmologistes (SNOF) et des pouvoirs publics, la filière visuelle a connu, depuis une quinzaine d'années, des évolutions significatives des modes d'exercice des professionnels et de leurs formations, des coopérations entre eux, et des parcours de soins des patients.

[205] Toutefois, comme dans d'autres disciplines médicales, à la différence du choix fait par d'autres pays de changer substantiellement de modèle d'organisation des soins et de confier à d'autres professionnels de santé que les médecins la prise en charge et le suivi des patients et des pathologies les moins complexes, la France a préféré le maintien d'une organisation traditionnelle centrée sur le monopole des ophtalmologistes comme médecin de premier et de second recours au moment même où le *numerus clausus* atteignait des niveaux historiquement bas.

[206] Quoique combiné à un activisme législatif, réglementaire et conventionnel et d'une explosion de la démographie des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, qui a débouché sur la mise en place d'un véritable *bric-à-brac organisationnel* selon l'expression imagée d'un des interlocuteurs de la mission, ce choix stratégique n'a pas permis la réduction des délais très élevés d'accès aux soins, notamment pour les troubles les plus simples de la vision en dépit de promesses répétées au fil des ans.

[207] Le constat des spécificités, des forces et des problèmes de la filière, globalement confirmé par le présent rapport, n'a rien de nouveau. Les obstacles existants à la résolution de ces problèmes ne le sont pas moins, comme l'ont notamment montré les réactions à la sortie du récent rapport de la Cour des comptes, dans une filière marquée par une certaine schizophrénie et dont les acteurs, eux-mêmes divisés, ont des intérêts divergents, pour reprendre là encore le constat dressé par un autre interlocuteur de la mission.

[208] Dans l'état actuel de l'opinion des ophtalmologistes et des autres professionnels paramédicaux de la filière, un changement profond de l'organisation des soins visuels en France, qui nous rapprocherait par exemple du modèle allemand, sans parler de l'organisation néerlandaise, semble hors de portée. Une telle évolution, écartée par la lettre de mission des deux inspections générales, prendrait, en toute hypothèse, du temps pour être mise en œuvre, ne serait-ce que pour former les nouveaux professionnels.

[209] Dans le cadre de ces contraintes, que faire pour réduire effectivement et rapidement les délais d'accès aux soins de millions de Françaises et de Français concernés par le traitement de leurs troubles de la réfraction ? Si l'on écarte les solutions irréalistes comme l'augmentation massive du nombre d'ophtalmologistes formés, l'efficacité exige de poursuivre les orientations suivantes :

- continuer à développer les possibilités de travail aidé en équipe de soins pluri-professionnelle ;
- confier davantage de responsabilités propres en matière de dépistage et de traitement des troubles de la réfraction aux opticiens-lunetiers et aux orthoptistes ;
- confier davantage de rôle aux orthoptistes, sous supervision médicale, pour le suivi des patients dont la pathologie est stabilisée ;
- confier des compétences accrues aux titulaires d'un master en pratique avancée en ce qui concerne les patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives.

[210] Ces propositions constituent un ensemble dont il est attendu d'une part un accès plus simple et plus direct aux corrections de la vue en s'appuyant davantage sur des professionnels de santé non médecins, d'autre part une concentration des consultations d'ophtalmologistes sur les situations de diagnostics et de pathologies, qui appellent une expertise médicale, avec des délais d'accès réduits. Sans qu'il soit possible de définir des objectifs chiffrés, tant les situations sont différentes sur le territoire national et les évolutions techniques rapides, les évolutions doivent être suivies avec régularité et objectivité. Par ailleurs, des recompositions des dépenses socialisées sont à attendre, qui seront dues pour partie à la réorganisation de la filière ici proposée, et pour partie à l'effet du dispositif 100% santé.

[211] Des évolutions coordonnées des formations des paramédicaux sont souhaitables, et en particulier :

- créer une licence de santé visuelle avec deux parcours ;
- créer un master de pratique avancée en santé visuelle ;
- faire évoluer les masters d'optométrie vers des masters d'optique appliquée aux matériels et aux équipements.

3.1 Mieux organiser et simplifier le parcours de soins des patients, en particulier les patients atteints de troubles de la réfraction

3.1.1 Se doter des outils nécessaires à une véritable stratégie de santé visuelle

[212] La filière visuelle n'est pas dotée aujourd'hui d'une stratégie claire de santé publique (*cf. supra*) : elle ne dispose pas, sauf exception, de dépistage organisé ; elle ne discrimine pas entre le suivi des patients non pathologiques et celui des patients pathologiques ; l'épidémiologie des pathologies visuelles est insuffisamment connue et anticipée ; de nombreux indicateurs sur des points clés ne sont pas suivis, en particulier les délais d'accès aux soins.

[213] Dans ce contexte, il importe d'élaborer à l'horizon 2022 une stratégie de santé visuelle, conçue comme une déclinaison nationale et régionale (PRS) de la prochaine stratégie nationale de santé. Elle devrait prévoir une prise en charge coordonnée et graduée des patients, proposer des parcours de dépistage, de suivi et de soins en fonction de l'âge et des pathologies des patients (enfants, jeunes adultes, patients vieillissants, etc.).

[214] Dans cette perspective, un groupe de travail réuni sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS) et placé sous la présidence d'un ophtalmologiste reconnu internationalement pourrait utilement être chargé de proposer des recommandations de bonne pratique pour la prévention, le dépistage et le traitement des troubles de la vision, en fonction de l'âge des patients et en distinguant les patients physiologiques et patients pathologiques. Elle comprendrait des experts français et étrangers en ophtalmologie, en santé publique, en pédiatrie, en épidémiologie, en orthoptie, en optique, etc.

[215] Sans attendre, il serait opportun d'élaborer et de mettre en œuvre une politique de dépistage organisé des troubles de la réfraction chez les enfants d'âge scolaire les plus jeunes, en organisant la participation et la rémunération d'orthoptistes et d'opticiens titulaires d'une licence (*cf. infra*), en appui des médecins scolaires. Il est également opportun de prolonger et d'amplifier les initiatives prises par la CNAM en matière de dépistage.

[216] La stratégie de santé visuelle devrait disposer des outils nécessaires à son pilotage. Il serait souhaitable de financer des programmes de recherche sur l'épidémiologie présente et future des troubles de la réfraction et des principales autres pathologies visuelles. Il serait également nécessaire d'organiser un suivi épidémiologique opérationnel.

[217] Enfin, devant la difficulté d'accès aux soins pour les patients et le manque de données neutres sur les délais d'accès, il est indispensable d'organiser, de financer et de publier dès 2020 un suivi annuel des délais d'accès aux soins visuels, tant au plan national qu'au plan territorial, en commençant par les troubles de la réfraction (corrections visuelles obtenues sans passage devant un ophtalmologiste, délais d'accès à un ophtalmologiste ; refus de rendez-vous ; renoncement aux soins...). Ce suivi devra être placé sous la responsabilité de la CNAM, qui en garantira avec la DREES la méthodologie et la continuité, en le réalisant lui-même ou, de façon plus opérationnelle, en la confiant sous son contrôle à un prestataire qualifié. Il serait possible de s'inspirer du panel des médecins généralistes qui a été mis en place il y a quelques années.

[218] Ce dispositif d'élaboration et de suivi d'une stratégie de santé visuelle doit être mis en œuvre en parallèle des propositions opérationnelles *infra* (3.1.2 à 3.2.4), qu'il ne conditionne pas.

Recommandation n°1 Lancer les travaux d'élaboration d'une stratégie nationale des soins visuels comprenant des stratégies de dépistage organisé et de suivi pour les enfants, les jeunes adultes et les patients vieillissants

Recommandation n°2 Mettre en place un dispositif national de suivi de l'épidémiologie des principales pathologies visuelles

Recommandation n°3 Financer et organiser un dispositif de suivi annualisé, objectif et territorialisé des délais d'accès aux soins visuels

3.1.2 Soutenir la démographie médicale, en particulier dans les territoires sous-dotés

[219] La présence des ophtalmologistes est très inégale sur le territoire et leur nombre va baisser encore pour une dizaine d'années (*cf. supra*). Il importe donc de soutenir leur démographie, de façon générale et surtout dans les territoires sous-dotés.

[220] Même si l'augmentation du nombre d'internes en ophtalmologie ne peut pas résoudre la crise démographique, il est nécessaire de soutenir cette démographie pour pouvoir répondre au vieillissement de la population et ne pas dépendre excessivement des flux de médecins à diplôme étranger. Le nombre d'internes formés en ophtalmologie doit *a minima* évoluer comme celui du nombre total des internes, et il serait souhaitable qu'il évolue plus rapidement.

[221] Un effort particulier devrait être réalisé en direction des territoires sous-dotés en ophtalmologistes, en y concentrant l'affectation des postes d'internes supplémentaires et en y menant une politique particulièrement active d'ouverture de terrains de stages dans les hôpitaux de proximité et les cabinets libéraux, sous la conduite des ARS, des doyens et des représentants locaux des ophtalmologistes.

[222] De façon générale, le développement de stages en milieu libéral, d'une durée de deux fois un semestre, est une piste qui mérite d'être soutenue.

[223] L'article L1434-4 du Code de la santé publique prévoit que "*le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés (...) les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités*

médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus (...). Dans ces zones, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé (...). » Ces zonages ont été établis par les ARS pour la profession de médecin en général.

[224] En revanche, les travaux de préparation des zonages par spécialités, dont les ophtalmologistes, sont encore en phase de préparation méthodologique sous la conduite de la DREES. L'enjeu d'un zonage particulier pour l'ophtalmologie réside dans la nécessaire implantation des cabinets dans les zones urbaines qui structurent les territoires, ce qui permet aux cabinets de groupe de concentrer la patientèle nécessaire à leur activité, en cabinet principal comme en cabinet secondaire. Cette maille géographique est plus large que celle qui résulterait d'un zonage adapté aux médecins généralistes, davantage organisé autour d'implantations de proximité.

[225] L'achèvement de ces zonages pour la spécialité d'ophtalmologie offrirait aux ARS un support technique à une politique d'aide à l'installation adaptée à l'ophtalmologie, au travers des contrats démographiques comme d'une nouvelle aide à l'investissement, et outillerait le dialogue avec les collectivités territoriales désireuses de soutenir la démographie médicale. Elle permettrait notamment de soutenir financièrement le développement des cabinets secondaires de proximité. Le modèle économique de ces cabinets implique, en effet, un investissement lourd en matériels d'examen (de l'ordre de 100 000 €) pour une activité continue mais une patientèle limitée, et une présence continue d'un orthoptiste mais discontinue d'un ophtalmologiste (par les protocoles de consultation à distance). Outre le développement et l'adaptation des contrats démographiques existants, qui permettent de valoriser davantage les consultations et des dérogations pour les remplacements, la CNAM pourrait également créer une aide à l'investissement.

[226] La répartition géographique des effectifs d'étudiants en orthoptie et de leurs terrains de stage devra également être davantage pilotée à partir des besoins de chaque territoire.

Recommandation n°4 Maintenir au-delà de 2023 la croissance du nombre d'internes en ophtalmologie

Recommandation n°5 Affecter prioritairement les nouveaux postes d'internes aux régions ayant une densité moindre d'ophtalmologistes

Recommandation n°6 Développer les stages d'internat des ophtalmologistes en milieu libéral

Recommandation n°7 Accélérer les travaux de zonage spécifiques à l'ophtalmologie

Recommandation n°8 Attribuer une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées

Recommandation n°9 Organiser une planification régionale des effectifs en formation en orthoptie

3.1.3 Favoriser le développement du travail aidé, de l'équipe de soins pluri-professionnelle et de la télémédecine

[227] Le travail aidé s'est considérablement développé ces dernières années dans les cabinets et garde encore un potentiel de développement réel même s'il est moindre que celui affiché par les professionnels.

3.1.3.1 Intégrer les protocoles existants dans un protocole de coopération national

[228] Les protocoles de coopération gardent un caractère expérimental et les protocoles organisationnels⁸⁵ restent compliqués à mettre en œuvre (*cf. supra*). Alors que l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019 a créé les protocoles de coopération nationaux, qui permettent de déployer un protocole sur l'ensemble du territoire, à partir d'une écriture « *par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt, avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées* » et qui permettent des actes dérogatoires et un financement ad hoc et alors que le plan d'action « *Ma santé 2022 – investir pour l'hôpital* » du 20 novembre 2019, a annoncé l'intention du gouvernement « *de reconnaître et de transformer d'anciens protocoles qui ont fait leur preuve en protocoles nationaux sous leur nouvelle forme (ex : protocoles ASALEE, prélèvement de cornée, filière visuelle)* »⁸⁶, il est souhaitable de reprendre rapidement dans un tel protocole de coopération national pour la filière visuelle les protocoles de coopération existants et une série de protocoles organisationnels déjà expérimentés sur la base notamment de la liste proposée par le SNOF.

[229] Cette mesure de simplification n'est pas, à elle seule, de nature à faire progresser rapidement et de façon significative le nombre de patients vus par les ophtalmologistes. Elle doit donc être complétée par d'autres.

3.1.3.2 Développer le suivi des patients non pathologiques et stabilisés par les orthoptistes

[230] Le décret d'actes des orthoptistes permet, de façon générale, « *le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé* » (article R4342-1-2 CSP). Dans ce cadre, un protocole de coopération national pourrait définir la façon dont un patient pourrait être confié par un ophtalmologiste à un orthoptiste, pour son suivi au long cours, avec des critères d'inclusion, de prise en charge et des signes d'alerte, ainsi que, conformément au décret d'actes, le renouvellement et l'adaptation des verres correcteurs. Ce dispositif pourrait être adapté aussi bien à des patients non pathologiques qu'à des patients dont la pathologie est stabilisée. Il reviendrait à l'ophtalmologiste de définir la nature et la durée de la prise en charge. Il serait de bonne pratique que dans le cadre d'un cabinet, les ophtalmologistes organisent régulièrement des revues de cas avec les orthoptistes avec lesquels ils collaborent régulièrement.

[231] Cette mesure serait de nature à permettre le suivi d'une population très nombreuse par les orthoptistes salariés ou libéraux, avec une consultation initiale par un ophtalmologiste, et une nouvelle consultation qui ne serait nécessaire qu'au-delà, par exemple, de la durée de validité de l'ordonnance de verres correcteurs, tout en assurant une veille sur des signes d'alerte. Elle permettrait de libérer un temps médical important pour le diagnostic et le suivi de patients souffrant de pathologies visuelles.

[232] Cette mesure appelle également une adaptation de la nomenclature des actes des orthoptistes, qui valoriserait mieux l'activité libérale et irait vers une rémunération au forfait des ophtalmologistes ayant des orthoptistes salariés.

⁸⁵ Le SNOF propose huit protocoles différents : TA1 Moins de 16 ans ; TA2 patients sous cycloplégique ; TA3 HTO-glaucome ; TA4 biométrie ; TA5 évaluation + IVT unité temps et lieu ; TM1 Bilan visuel – RNO ; TM2 TLM HTO-glaucome ; TM3 dépistage RD.

⁸⁶ Cf. le dossier de presse du 20 novembre 2019 (mesure 9).

[233] Elle permettrait également de contribuer à lever la contradiction du travail aidé à la française qui, en liant fortement temps médical et temps paramédical, limite sa propre capacité de développement et contingente la démographie des orthoptistes par celle des ophtalmologistes. Si cette contradiction n'était pas levée, il deviendrait au demeurant assez rapidement nécessaire d'organiser la diminution des promotions d'orthoptistes en formation (cf. supra 2.2.2).

3.1.3.3 Définir et élargir la liste des matériels d'exploration non invasifs utilisables par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes

[234] Les opticiens-lunetiers ne disposent pas d'un décret d'actes précis, à la différence des orthoptistes. Cette situation entraîne des problèmes dans l'exercice en magasin comme dans l'exercice de plus en plus fréquent en cabinet médical. Il serait utile de définir, pour les opticiens-lunetiers formés à bac + 3, une liste de matériels d'exploration, sans contact avec le patient et donc sans risque pour lui, qu'ils peuvent utiliser en autonomie ou, selon le cas, sous supervision médicale, comme l'auto-réfractomètre, le réfracteur, la lampe à fentes, mais aussi le tonomètre, l'OCT et le rétinographe.

[235] Cette définition permettrait de régulariser des situations non conformes au droit dans certains cabinets d'ophtalmologistes, de développer le recours aux opticiens-lunetiers pour participer au travail aidé et de lever un obstacle au développement de la télémédecine dans un cadre moins restrictif que celui des protocoles Rottier et Muraine.

[236] Par souci de parallélisme, il serait logique que le décret de compétences des orthoptistes, qui établit une liste d'actes, soit complété d'une liste de matériels associés.

3.1.3.4 Favoriser l'ouverture des cabinets secondaires

[237] L'ouverture des cabinets secondaires bénéficie désormais, pour sa part, d'un régime de déclaration après un régime d'autorisation préalable mais elle reste cependant difficile à organiser lorsqu'un médecin consulte sur le site secondaire dans la mesure où son remplacement sur le site principal n'est en principe pas autorisé par l'article R.4127-65 du code de la santé publique. Pour autant, au regard de la difficulté d'accès aux soins, il serait pertinent que les dérogations permises par le même article⁸⁷ soient accordées avec souplesse par les conseils de l'ordre départementaux et systématiquement pour les cabinets secondaires installés en zones sous-dotées⁸⁸.

3.1.3.5 Ouvrir les possibilités pour la télémédecine et la télé-expertise

[238] La télémédecine trouve dans l'ophtalmologie, discipline largement fondée sur l'imagerie, un terrain très favorable, au sein du cabinet par l'asynchronie entre l'examen par un professionnel paramédical et l'interprétation par le médecin, comme hors du cabinet, par des consultations à distance (protocoles Rottier et Muraine). Elle est également un terrain d'initiatives, avec de nombreuses propositions de téléconsultation à partir de cabines fixes ou mobiles (cf. supra).

[239] Les entretiens de la mission avec des entrepreneurs de la télémédecine ont permis d'établir qu'il serait utile de faire évoluer sur plusieurs points la législation ou, à tout le moins, la clarifier. Il

⁸⁷ Introduites par le décret du 7 mai 2012.

⁸⁸ « Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement. Toutefois, des dérogations à cette règle peuvent être accordées par le conseil départemental, dans l'intérêt de la population lorsqu'il constate une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. »

s'agirait notamment de lever le prérequis d'une consultation dans les douze mois précédents par le médecin téléconsultant, qui ne s'impose pas avec évidence en ophtalmologie, d'élargir la téléexpertise à la relation entre médecin (ophtalmologiste) et paramédical (orthoptiste et opticien-lunetier) et de faciliter le fonctionnement quotidien des cabinets secondaires. En matière de dépistage, il serait opportun de poursuivre la mise en place des actes de télémédecine d'après le modèle du dépistage de la rétinopathie diabétique associant la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste libéral et la télé-expertise par l'ophtalmologiste, notamment en matière de suivi du glaucome.

[240] La rapidité du progrès technologique et l'arrivée de matériels couplés à de l'intelligence artificielle sont des atouts pour la filière visuelle et sont de nature à bouleverser fondamentalement les modes d'exercice et les pratiques professionnelles plus rapidement que la réglementation ne peut le faire. Ces révolutions technologiques et éthiques seront d'autant plus profondes que si certains matériels appelleront un opérateur compétent en pathologies visuelles, d'autres seront indépendants de l'opérateur.

[241] Afin d'anticiper les bouleversements prévisibles et les diverses questions qu'ils soulèveront, il serait utile de lancer une réflexion partenariale entre les professionnels de la filière et les pouvoirs publics (Etat, CNAM), qui devrait être placée sous l'égide d'une personnalité qualifiée. Cette réflexion devra notamment permettre d'avancer sur la façon dont ces nouveaux outils pourraient faire évoluer les stratégies de télé-expertise et de dépistage, ainsi que l'utilisation des réseaux en place, en particulier celui des opticiens-lunetiers.

Recommandation n°10 Créer un protocole de coopération national « filière visuelle » sur la base des actuels protocoles de coopération et de certains protocoles organisationnels

Recommandation n°11 Développer la prise en charge et le suivi au long cours par les orthoptistes des patients non pathologiques ou stabilisés, sous supervision médicale, conformément au décret de compétences

Recommandation n°12 Fixer et élargir la liste des matériels d'exploration non invasifs utilisables par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, en autonomie et sous le contrôle des ophtalmologistes

Recommandation n°13 Élargir la télé-expertise aux relations entre ophtalmologiste et orthoptiste ou opticien-lunetier

Recommandation n°14 Accorder avec souplesse des dérogations pour les remplacements au cabinet principal des médecins qui consultent dans le cadre de leur cabinet secondaire et systématiquement pour les cabinets secondaires installés dans les zones sous-dotées

Recommandation n°15 Lancer une réflexion prospective et partenariale sur l'impact des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle sur l'organisation et les parcours de soins

3.1.4 Maximiser le potentiel de renouvellement et d'adaptation des verres correcteurs

[242] Alors que les possibilités de renouvellement et d'adaptation des lunettes par les opticiens-lunetiers, qui constituent un dispositif extrêmement utile de désengorgement de la filière, n'ont rencontré qu'un succès mitigé (*cf. supra*), il est indispensable de poursuivre cette stratégie et d'en garantir le succès.

[243] Après la publication des textes réglementaires d'application de l'autorisation à titre expérimental pour les opticiens de procéder dans les EHPAD à des réfractions et à l'adaptation des prescriptions initiales (loi du 5 février 2019) et de l'extension aux orthoptistes de la possibilité d'adapter les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact, sauf

opposition d'un médecin (loi du 24 juillet 2019, article L4342-1 du code de la santé publique), trois catégories de mesures sont proposées.

[244] D'abord, afin d'améliorer la communication sur les possibilités ouvertes par la réglementation, trois initiatives sont souhaitables :

- le lancement de campagnes institutionnelles annuelles d'information et de communication par l'assurance maladie en partenariat avec les professionnels et avec, le cas échéant, les organismes complémentaires d'assurance santé ;
- l'ajout systématique sur les ordonnances des ophtalmologistes prescrivant des verres correcteurs de la durée de validité de l'ordonnance, qui y figure normalement, mais aussi de la possibilité de l'adaptation par un opticien ou un orthoptiste ;
- l'autorisation donnée aux opticiens comme aux entreprises d'optique à communiquer librement, dans les magasins et hors des magasins, sur la possibilité pour tous les opticiens et les orthoptistes de renouveler et d'adapter les verres correcteurs, dans une formulation qui ne constitue pas une incitation commerciale.

[245] Ensuite, il est possible de faire évoluer la période de renouvellement. La durée de validité des ordonnances de verres correcteurs d'amétropie est de cinq ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans⁸⁹. Cette tranche d'âge est celle chez qui les risques de pathologies visuelles invalidantes sont les plus faibles, et chez qui les évolutions de ces éventuelles pathologies sont les plus lentes, sauf à ce qu'apparaissent des signes d'alerte perçus par le patient ou liés à une autre pathologie. Le médecin prescripteur a la possibilité de limiter cette durée pour des raisons médicales. Les préconisations de la HAS sont claires sur les signes qui doivent conduire un opticien, professionnel de santé, à orienter un patient vers un ophtalmologiste et à refuser la délivrance. Enfin, les propositions de suivi au long cours des patients non pathologiques par les orthoptistes sont de nature à renforcer la disponibilité d'une offre adaptée aux jeunes adultes.

[246] Dans ces conditions, et dans l'objectif de doubler avant fin 2021 la proportion actuelle de renouvellement réalisée par les opticiens-lunetiers, il conviendrait d'élargir de deux ans la durée de validité des ordonnances de verres correcteurs pour les patients âgés de 16 à 42 ans. Cet élargissement devrait s'accompagner d'un rappel ferme de l'obligation d'en informer le médecin prescripteur.

[247] De même, l'adaptation des ordonnances de verres correcteurs est limitée au renouvellement et exclue pour la première délivrance⁹⁰. Cette interdiction peut être source de difficultés, lorsqu'une erreur manifeste affecte l'ordonnance, ou lorsque le patient ressent un inconfort. Cette situation n'est pas anormale, puisque la variabilité des mesures de réfraction chez le même examinateur et entre examinateurs est un fait établi⁹¹, et que la vue d'une personne varie dans la journée. Dans ce cas, l'adaptation devrait être marginale (dans la limite de 0,5 dioptrie par exemple), avec obligation d'informer le médecin prescripteur. Le médecin prescripteur garderait la possibilité de refuser cette adaptation pour des raisons médicales. Par souci de cohérence, mais avec peu de conséquences pratiques, le droit d'adaptation de la primo-délivrance pourrait être accordé dans les mêmes conditions aux orthoptistes.

⁸⁹ Article D4362-12 CSP, décret du 12 octobre 2016 : un an pour les patients âgés de moins de 16 ans, cinq ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans, trois ans pour les patients âgés de plus de 42 ans

⁹⁰ Article L4362-10 du CSP

⁹¹ Réalités ophtalmologiques, septembre 2019 : K. Woog, L. Pichereau, V. Péan, D. Gatinel : *Répétabilité intra-examinateurs et reproductibilité inter-examinateurs d'une réfraction subjective*

[248] Enfin, les proximités entre les activités des différentes professions d'une part, les prescriptions d'adaptation et la vente d'autre part, justifient un renforcement des garanties éthiques et déontologiques, ainsi qu'un développement des contrôles, corollaire de la libéralisation :

- instaurer un régime adapté de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens, en s'inspirant des solutions trouvées pour les autres paramédicaux sans ordre professionnel (en particulier les orthophonistes) ;
- organiser, par les ARS et les CPAM dans leurs domaines de compétence respectifs, des contrôles programmés des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, et le cas échéant constater puis sanctionner les dérives constatées ;
- rappeler aux organismes complémentaires qu'ils n'ont pas à exiger une ordonnance récente quand il existe une ordonnance en cours de validité⁹².

Recommandation n°16 Lancer des campagnes d'information annuelles sur la possibilité de renouvellement par les opticiens et les orthoptistes

Recommandation n°17 Ajouter sur les ordonnances de verres correcteurs la mention de la possibilité du renouvellement des équipements par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes

Recommandation n°18 Autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à communiquer en-dehors de leur magasin et de leur cabinet sur la possibilité de renouvellement des équipements

Recommandation n°19 Élargir de deux ans la période de validité des ordonnances de verres correcteurs pour les jeunes adultes (16 à 42 ans), avec rappel de l'obligation d'informer le médecin prescripteur en cas d'adaptation

Recommandation n°20 Autoriser les opticiens-lunetiers à adapter au patient les primo-prescriptions en cas d'erreur manifeste ou d'inconfort, avec obligation d'informer le prescripteur

Recommandation n°21 Instaurer un dispositif de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens-lunetiers

Recommandation n°22 Organiser des contrôles par les ARS et les CPAM des différents acteurs de la filière visuelle pour garantir une égalité de tous devant la loi

3.1.5 Autoriser la primo-prescription des verres correcteurs pour les patients âgés de 16 à 42 ans par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes si les délais de prise de rendez-vous ne baissent pas significativement avant la fin de l'année 2021

[249] Si les mesures précédentes ne permettent pas d'améliorer significativement l'accès aux soins visuels, en particulier pour les troubles de la réfraction, avant la fin de l'année 2021⁹³, les orthoptistes pourraient être autorisés à prescrire, et les opticiens-lunetiers à prescrire et délivrer les verres correcteurs sans ordonnance, sur la base d'un examen de la réfraction et des critères d'inclusion et d'exclusion actuellement pratiqués pour le renouvellement avec adaptation. Cette situation serait proche des exemples néerlandais ou italien. Elle correspond, de fait, à la situation existant à l'heure actuelle pour une part significative des clients de certaines chaînes low-cost et de certains magasins.

⁹² Cf. supra 2.1.2.4

⁹³ Cette échéance rapprochée implique de mettre en œuvre rapidement et de façon très opérationnelle la recommandation n°3 relative à la mesure des délais d'accès aux soins.

[250] Cette mesure serait soumise à plusieurs conditions :

- des conditions de diplôme des opticiens-lunetiers, qui devraient être au moins titulaires de la licence et prouver par un test organisé en ligne des connaissances minimales en santé ;
- l'appartenance des équipements délivrés au panier A dans le cadre du 100 % santé ;
- une tarification de l'acte équivalente à celle qui est pratiquée pour l'adaptation dans le cadre du renouvellement (10€ pour les opticiens-lunetiers) ;
- l'ouverture d'un délai de carence avant renouvellement de deux ans, dans les conditions de droit commun du 100% santé ;
- une stricte évaluation au fil de l'eau de la mise en œuvre de la mesure par l'assurance maladie, tous les six mois, afin de vérifier que des dérives n'ont pas lieu, pour sanctionner celles-ci, et pour apporter, le cas échéant, des garanties supplémentaires.

[251] Elle s'appliquerait à la population des 16-42 ans ayant une correction de la vision de +- 2 dioptries, ce qui correspond à plus de deux millions de patients achetant des lunettes une année donnée, et à la population présentant les plus faibles risques de pathologies visuelles invalidantes.

Recommandation n°23 Si les mesures proposées ne permettent pas d'améliorer significativement la situation avant la fin de l'année 2021, autoriser la primo-prescription des verres correcteurs par les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, pour les 16-42 ans avec une faible correction de la vision

3.1.6 Mettre en œuvre une pratique avancée dans la filière visuelle

[252] La loi de modernisation de notre système de santé a posé le cadre juridique de ce que l'on appelle la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays : en France, le choix a été fait tardivement de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

L'infirmier en pratique avancée

Au titre d'une pratique avancée, l'infirmier acquiert des compétences relevant du champ médical et suit des patients qui lui sont confiés par un médecin, avec son accord et celui de ces mêmes patients⁹⁴. L'infirmier(ière) voit son champ d'exercice élargi et peut poser des diagnostics et réaliser des prescriptions dans un périmètre défini. La formation de l'infirmier en pratique avancée est organisée autour d'une première année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une deuxième année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie correspondant au domaine d'intervention choisi⁹⁵. L'activité de l'infirmier en pratique avancée est autorisée et déléguée par un médecin dans le cadre d'un protocole d'organisation signé par les deux et concerne les patients dont le suivi est confié par un médecin.

[253] En matière visuelle, la pratique avancée, qui correspond à une demande de la profession des orthoptistes, n'est pas adaptée au dépistage et au traitement des troubles simples de la réfraction tant les volumes de patients en cause sont élevés ni même à la prise en charge et au suivi d'un nombre plus élevé de patients et de pathologies, qui peut être fait au niveau licence.

[254] La pratique avancée est, en revanche, adaptée à la prise en charge du suivi au long cours de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives (glaucome, DMLA, rétinopathie diabétique, neuro-vision pour les patients neuro-lésés, troubles des apprentissages, basse vision, etc.). Elle ne sera toutefois susceptible de concerner qu'un nombre limité de professionnels. Pour autant, la pratique avancée est une option intéressante, qui trouvera sa place dans des cabinets importants et offrira une évolution de carrière à des professionnels confirmés.

Recommandation n°24 Créer une pratique avancée en matière visuelle pour la prise en charge du suivi de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives

3.2 Moderniser et rénover les formations des professionnels paramédicaux

[255] Dans le champ de la formation des professionnels paramédicaux, des améliorations peuvent être apportées au déroulement des études, une réingénierie parallèle et *in fine* convergente au niveau licence des diplômes d'orthoptie et d'optique-lunetterie doit être envisagée et des évolutions sont possibles ou souhaitables au niveau master.

⁹⁴ L'art. R4301-1. du code de la santé publique précise que « l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation ».

⁹⁵ L'article D636-73 du code de l'éducation dispose que le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dans les conditions prévues par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur. L'article R301-2. du code de la santé publique indique « Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

« 2° Oncologie et hématologie ;

« 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. »

3.2.1 Faciliter le déroulement des études

[256] La loi de décentralisation du 13 août 2004 a donné aux régions la compétence en matière de pilotage et de financement des formations paramédicales. La principale motivation du transfert de la gestion des formations paramédicales aux régions a été et reste de créer un lien entre l'offre de formations, les besoins de santé territoriaux et l'offre de soins.

[257] Un rapport IGAS-IGAENR⁹⁶ constatait que la loi du 13 août 2004 n'a pas entraîné le financement des formations historiquement intégrées à l'université, ce qui est la situation de la formation des orthoptistes. Comme le notaient les deux inspections « *alors que ce transfert est de droit, il apparaît que certaines professions relèvent encore d'un financement de l'État, car, dépendant du ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, elles n'ont pas fait l'objet d'une compensation financière (dont les modalités sont prévues à l'article 119 de la loi), qui n'a compris que les formations inscrites dans le périmètre du ministère en charge de la santé. Parmi ces formations on compte (...) les orthoptistes (...).* » Cette mission recommandait d'organiser le financement par la région des formations gérées à l'université. Elle précisait que, suite à une évaluation des coûts, ce financement direct pourrait être inscrit dans un budget annexe selon des modalités qu'elle détaillait.

[258] À la suite et au vu des mêmes constats opérés au cours de la mission présente, à savoir un sous-financement au terme duquel les formations seraient, aux dires de tous les acteurs rencontrés, sous-dotées, les inspections considèrent qu'un nouvel examen conjoint par l'État, la Conférence des présidents d'université (CPU) et Régions de France (RDF) devrait être réalisé avec l'objectif de réévaluer le coût de ces formations⁹⁷, en assurer le financement par les régions et la compensation par l'État, conformément aux principes régissant les transferts de compétences.

[259] Une des principales demandes des étudiants en orthoptie vise l'indemnisation des stages à l'instar de ce à quoi ont droit les étudiants infirmiers ou ergothérapeutes en stages. Il en est de même de l'indemnisation des frais de transports pour se rendre sur leur lieu de stages notamment, en l'état, dans des établissements hospitaliers disposant de services d'ophtalmologie ou encore d'établissements disposant d'un orthoptiste. Ces deux éléments constituent des freins à la recherche de stages et au déplacement des stagiaires au-delà des établissements les plus proches des CHU où se trouvent les départements et instituts d'orthoptie.

[260] Comme exposé plus haut, les élèves infirmiers bénéficient d'une indemnisation⁹⁸ versée par les instituts de formation en soins infirmiers qui reçoivent des régions les financements nécessaires pour les frais de stages et de déplacements⁹⁹ inscrits dans leur budget. Il conviendrait de rechercher une équivalence du traitement des étudiants des différentes formations paramédicales, en lien avec la compétence et les politiques régionales, l'universitarisation des formations paramédicales et l'amélioration des droits sociaux des étudiants concernés. Après avoir estimé le coût d'une telle mesure, elle pourrait être examinée dans le cadre des relations État / Conférence des présidents d'universités / Régions de France.

⁹⁶ IGAS et IGAENR « *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé* », 2017.

⁹⁷ Y compris la création des nouveaux diplômes, cf. *infra*

⁹⁸ Voir en ce sens arrêté du 18 mai 2017 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Le remboursement des frais de déplacement pour se rendre sur les lieux de stage est possible sous condition et se fait souvent sur la base d'un remboursement d'un aller-retour hebdomadaire.

⁹⁹ Le remboursement des frais de déplacement pour se rendre sur les lieux de stage se fait sous conditions.

Recommandation n°25 Inclure dans le cadre des relations État / CPU / Régions de France la question du financement des formations paramédicales qui étaient déjà universitarisées en 2004, en particulier l'orthoptie

3.2.2 Créer une licence de santé visuelle comportant des mentions de spécialisation pour les opticiens-lunetiers et les orthoptistes, ainsi qu'un dispositif de passerelle pour les actuels opticiens-lunetiers

3.2.2.1 La licence de santé visuelle

- Les objectifs poursuivis

[261] Pour répondre à l'évolution des métiers paramédicaux de la filière visuelle, la création d'une licence commune aux professions d'orthoptiste et d'opticien lunetier, aux enseignements partagés et mutualisés, structurés en parcours et débouchant sur deux mentions de spécialisation correspondant aux deux métiers, paraît opportune. Cette création répond, au moins, à trois préoccupations :

- réingénier en trois ans la formation des opticiens, en leur donnant plus de connaissances et de compétences en santé, y compris pour jouer un rôle dans l'identification d'un risque de pathologies rencontrées chez des patients physiologiques ;
- adapter la formation des orthoptistes aux enjeux de technologies à venir et à la diversité effective des postes occupés ;
- améliorer la qualité de la prise en charge par les échanges entre professionnels, les études faites en commun déterminant, par la connaissance respective des tâches et actes de tous, une meilleure coopération et qualité des actes.

[262] Elle répond également à une demande forte d'une partie des étudiants en optique de poursuivre leurs études à bac plus trois, en ayant une orientation plus marquée en santé dans la prise en charge adaptée des personnes recourant à un dispositif de correction de la vue.

- Un parcours progressif de qualification et de spécialisation

[263] Il s'agirait de rapprocher les deux formations au travers d'enseignements en commun en maintenant néanmoins une spécialisation avec un parcours dédié pour exercer chaque profession. La formation serait de trois ans pour chacune d'entre elles. Il s'agirait d'une licence de santé visuelle, qualifiante en dépistage et réfraction, avec deux mentions de spécialisation :

- optique de santé : renforcée en optique, maintenance et vente des matériels, qualifiante pour l'exercice du métier d'opticien lunetier ;
- orthoptie : renforcée en santé visuelle, aide à l'ophtalmologie et rééducation, qualifiante pour l'exercice du métier d'orthoptiste.

[264] Des enseignements de sciences pour la santé visuelle devront être proposés à tous dès la première année avec une triple dimension (anatomie, physiologie et pathologie) en vue de renforcer les compétences en santé.

[265] La spécialisation de la licence en vue de l'obtention de la mention correspondante pourrait se faire dès la deuxième année de formation, la première servant à acquérir des bases communes et une expérience de stages partagés. La formation devrait comprendre des stages en établissements de

santé, publics et privés et en cabinet libéral, de façon suffisante pour répondre aux attendus de la formation aux plans clinique et pratique.

[266] Des mutualisations de cours pourraient être envisagées tant en présentiel qu'en e-learning, utilisables par les deux publics potentiels. Une progression dans le déroulement de la licence pourrait s'effectuer avec plutôt du temps plein sur la première année, avec une forte mutualisation, puis de l'alternance et des stages sur les deuxième et troisième années.

[267] Parallèlement il conviendra d'être vigilant sur l'homogénéité de la formation qui pourra être dispensée sur plusieurs sites notamment dans une phase intermédiaire où subsistera le BTS. Il conviendra aussi d'être attentif à donner une définition détaillée des modalités de contrôle. Le suivi des compétences acquises devra, lui aussi, être bien formalisé.

[268] Enfin, l'unité de la licence, formée de deux parcours spécifiques distincts, spécialisées, aux objectifs complémentaires devra être garantie par une gouvernance pertinente associant, là encore, les professionnels et les enseignants chercheurs.

- La méthode : un cadre expérimental initié par les universités et les facultés de santé et médecine

[269] La méthode préconisée pour établir cette licence avec mention serait de proposer aux universités volontaires d'expérimenter la forme la plus adaptée d'une telle formation et de donner possibilité aux facultés de médecine et de santé d'établir les connaissances en santé considérées comme utiles à chacun des parcours.

[270] Cette méthode expérimentale s'inscrit dans les évolutions législatives en cours. L'article 39 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹⁰⁰ prévoit que l'État peut, à titre expérimental et pour une durée de six ans à compter de la rentrée universitaire 2020, autoriser l'organisation des formations relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation (les formations de santé, note des rédacteurs) selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche .

[271] Si un appel à projet était lancé au premier semestre 2020, une première rentrée universitaire pour la troisième année de cette nouvelle licence pourrait avoir lieu en septembre 2021 pour l'année universitaire 2021-2022.

3.2.2.2 La transition vers la licence de santé visuelle

- Le maintien temporaire d'une sortie à Bac + 2 ans

[272] Le maintien d'une sortie à bac + 2 ans devrait être envisagé et examiné, au moins pour une période transitoire, avec la profession, en vue de permettre à ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas poursuivre d'avoir une certification professionnelle attestant d'une employabilité dans le domaine de l'étude, de la fabrication et de la maintenance des équipements et lunettes par exemple.

[273] Trois raisons soutiennent ce maintien. Il rendrait possible une insertion professionnelle pour les étudiants ayant plus de difficulté ou étant moins intéressés pour aller jusqu'à un niveau bac+3. La proposition d'une nouvelle licence s'inscrit dans un cadre expérimental dont on ne peut pas

¹⁰⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

présumer à l'avance la vitesse à laquelle les établissements d'enseignement supérieur vont y contribuer, ni les résultats de l'évaluation de sa mise en œuvre à l'horizon des toutes premières promotions. Enfin, les échanges avec la profession amènent à considérer que celle-ci devra dire à court/ moyen terme si une sortie à bac + 2 pour des emplois moins qualifiés se justifie encore après examen précis de l'adéquation des activités en magasins avec la qualification de leurs collaborateurs.

[274] Une possibilité de sortie serait aussi une opportunité de s'orienter vers une troisième année plus « tertiaire » (Bachelor ou L3 existant actuellement), ou vers une troisième année plus « technique » (Bachelor Créateur).

[275] En toute logique, l'autorisation d'exploiter un magasin d'optique devrait à l'avenir n'être accordée qu'aux titulaires de la nouvelle licence.

- Une réingénierie du niveau Bac + 2 ans (BTS) en optique lunetterie

[276] Le BTS d'opticien lunetier actuellement globalement dépourvu d'enseignements en santé devrait être réingénié pour la période de transition, en l'inscrivant dans une perspective de poursuite d'études prenant en compte une dimension santé plus forte. Des enseignements de sciences pour la santé visuelle pourraient être proposés à tous avec par exemple une triple dimension : anatomie, physiologie et pathologie(s). Cette réingénierie du BTS concerne possiblement d'ailleurs d'autres formations de BTS ou le DUT (Bac +2 ans), notamment en diététique.

[277] Les universités volontaires pourraient contractualiser avec les lycées pour répondre aux attendus d'une formation réalisée pour partie hors les murs. La convention prévoirait, entre autres, les conditions de l'utilisation partagée des matériels d'optique disponibles sur les sites des établissements d'enseignement secondaire.

[278] La loi impose déjà aux universités de conclure des conventions avec les lycées disposant de classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE). Il s'agit, en l'espèce, de sécuriser le parcours des étudiants des CPGE en assurant leur inscription en parallèle dans les universités équivalences entre les cursus de prépa et de l'université en assurant la validation de leurs parcours par équivalence en Licence 1, 2 ou 3. Dans le même ordre d'idées, existent des conventions tripartites entre des instituts de formation, une université et la région de référence dans le cadre de la formation aux soins infirmiers.

- La mise à l'étude d'un dispositif passerelle volontaire pour les opticiens-lunetiers expérimentés

[279] Par ailleurs, un dispositif de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle pourrait être envisagé pour les opticiens lunetiers souhaitant bénéficier du régime de la nouvelle formation. Celle-ci pourrait se faire via une validation des connaissances et compétences professionnelles acquises faite par un jury. La validation des acquis de l'expérience (VAE) et la validation des acquis professionnels (VAP) devraient pouvoir être utilisés conjointement pour limiter les temps de formation complémentaires.

[280] Un module de formation complémentaire en santé pourrait être mis en place compensant l'absence initiale d'enseignements en santé au niveau désormais requis. Ce complément de connaissances en santé pourrait être dispensé sous formes des modules accessibles en présentiel ou en e-enseignement.

- L'avenir des organismes privés de formation des opticiens-lunetiers

[281] La création d'une licence santé visuelle pose la question de la pérennité et de la reconversion des organismes privés de formation des opticiens-lunetiers qui devront s'engager vers une évolution de leurs missions, par exemple vers la formation continue ou vers d'autres publics.

Recommandation n°26 Créer, dans le cadre d'une expérimentation, une licence de santé visuelle, avec deux parcours (orthoptie et optique de santé) et des mentions de spécialisation pour les opticiens et les orthoptistes, ainsi qu'un dispositif de passerelle pour les actuels opticiens-lunetiers

3.2.3 Créer un master de pratique avancée santé visuelle

3.2.3.1 Un master de pratique avancée santé visuelle ouvert aux deux professions

[282] La création d'un master de pratique avancée ouvert aux deux professions est souhaitable.

[283] Le niveau de sortie à bac + 5 ans permettra d'acquérir les compétences nécessaires relatives à la prise en charge de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives (glaucome, DMLA, rétinopathie diabétique, neuro-vision pour les patients neuro-lésés, troubles des apprentissages, basse vision, etc.). Le master de pratique avancée permettrait également aux étudiants intéressés de s'engager dans des activités de recherche ou d'enseignement.

[284] Le cursus universitaire de master en pratique avancée devra être ouvert à tout orthoptiste ayant le certificat de capacité ou plus tard diplômés de la licence santé visuelle, et ce, quel que soit son mode d'exercice. Il devra être ouvert aux opticiens lunetiers titulaires de la licence santé visuelle, et des passerelles devront être définies pour les actuels opticiens lunetiers expérimentés et les actuels diplômés d'un master d'optométrie.

[285] Au moins deux stages devraient être prévus et réalisés par les étudiants dans des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés ou auprès de professionnels de santé exerçant en cabinet ou auprès d'institutions. Ils seraient validés par jury.

[286] Un mémoire pourrait être réalisé et soutenu par les étudiants au cours du dernier semestre de formation, mémoire dont la nature pourrait varier en fonction du projet professionnel (analyse de pratiques professionnelles, de pratiques cliniques et / ou de recherche).

[287] Un appel à manifestations d'intérêt pour le développement de tels masters par les établissements d'enseignement supérieur devra être lancé par le MESRI. Le Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) sera consulté et les universités dont le projet sera retenu seront, elles, accréditées.

[288] L'ensemble de ces éléments devront être élaborés et précisés par un arrêté ministériel après concertation avec les professionnels et les universités.

Recommandation n°27 Créer un master (bac + 5) de pratique avancée santé visuelle, ouvert aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers (de niveau bac + 3)

3.2.3.2 Faire évoluer les formations master à bac + 5 d'optométrie vers des masters d'optique appliquée aux matériels et aux équipements

[289] La question de ce que deviendrait l'actuel master d'optique santé (niveau bac + 5) formant à l'optométrie est posée.

[290] S'agissant des opticiens titulaires d'un master déjà existant, leurs connaissances et compétences devraient pouvoir être prises en compte pour l'accès au master de pratique avancée santé visuelle. Un parcours spécifique pourrait leur être proposé sur douze mois dans le cadre du master de pratique avancée. Là encore, la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la validation des acquis professionnels (VAP) devraient pouvoir être utilisés conjointement pour limiter les temps de formation complémentaires. De la sorte avec une telle passerelle, leur serait donnée l'opportunité d'une reconnaissance sous conditions de leur formation initiale.

[291] Comme cela a été souligné plus haut, les actuels titulaires d'un diplôme de master dit d'optométrie délivré par une université française peuvent demander à voir leur qualification reconnue dans un autre État membre de l'Union européenne autorisant cette profession (sous réserve d'une validation par les autorités de celui-ci et sous condition éventuelle de compétences à réunir et de stages à réaliser).

[292] Les capacités de formation actuellement en place dans les masters d'optométrie offrent une évolution possible vers les innovations technologiques dans la conception, la diffusion et l'utilisation des matériels utiles ou indispensables au diagnostic (*cf. supra*). Il pourrait être envisagé une évolution vers des masters « sciences optiques appliquées aux matériels et aux équipements », en lien avec les facultés de sciences et l'industrie. De plus, la recherche menée par les entreprises et industries suppose des formateurs et chercheurs de haut niveau dont la position à l'interface de la technique et de son utilisation par les personnels médicaux apparaît comme un facteur de qualité pour la prise en charge des patients.

[293] Cette orientation traduite par un nouvel intitulé de la formation devrait s'accompagner d'un renforcement de la partie des enseignements assurée par des enseignants chercheurs dans les domaines de connaissances et de compétences visés et d'une bonne articulation entre la formation et le recherche. Une attention particulière devra être portée au développement de la formation à la recherche et à la poursuite en doctorat.

Recommandation n°28 Faire évoluer les formations master à bac + 5 d'optométrie vers des masters d'optique appliquée aux matériels et aux équipements

Jean-Robert JOURDAN
Louis-Charles VIOSSAT
Françoise ZANTMAN

Stéphane ELSHOUD

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Membre de l'Inspection générale de
l'Éducation, du Sport et de la Recherche

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE
L'INNOVATION

Les Directeurs de cabinet

CAB AB – MBz - Peg D19-014820

Paris, le

24 JUIN 2019

Note

A l'attention de Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de service de l'Inspection générale des affaires sociales

A l'attention de Madame Caroline PASCAL
Cheffe de service de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la
recherche

**Objet : Evolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles des métiers de la
filière visuelle, évolution associée des formations**

Le Gouvernement a présenté le 13 juin 2018 le programme « 100% Santé - des soins pour tous 100% pris en charge », qui prévoit une prise en charge complète par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et des soins dentaires.

Outre la question du reste à charge et le renforcement de la prévention, ce programme inclut des mesures destinées à faciliter l'accès aux soins des usagers, à lutter contre le renoncement aux soins et à réduire les délais d'attente dans les trois secteurs considérés.

Comme le relevait le rapport de l'inspection générale des affaires sociales de juillet 2015 relatif à la restructuration de la filière visuelle¹, celle-ci se caractérise toujours par d'importantes difficultés d'accès, par de nombreux besoins mal ou non couverts, et par une coordination peu structurée entre les différentes professions qui la composent. Si des efforts ont été engagés, notamment en matière de coopérations interprofessionnelles, par exemple entre ophtalmologistes et orthoptistes, mais aussi en matière de réorganisation territoriale de l'offre de soins, il convient encore de tirer les pleines conséquences opérationnelles de ces constats en matière d'évolution des exercices et des pratiques. Cette nécessité prend tout son sens, dans le contexte rappelé ci-dessus, du déploiement de la réforme « 100% Santé » et des attentes qu'elle suscite légitimement.

Pour cela, les deux dimensions, celles de l'exercice et de la formation, doivent être explorées simultanément et de manière coordonnée.

Concernant l'exercice, il reviendra à la mission de proposer, en concertation étroite avec les parties prenantes, représentants professionnels et acteurs institutionnels, des modalités concrètes de renforcement des coopérations interprofessionnelles, aux fins notamment de développer les

¹ *Restructuration de la filière visuelle*, juillet 2015, rapport établi par D. Voynet

meilleures pratiques, de réduire de façon significative les délais de prise en charge et d'améliorer l'accès aux soins en matière visuelle, en particulier dans les territoires les plus démunis.

Dans ce contexte, l'évolution du cadre réglementaire relatif au renouvellement des équipements optiques doit être envisagée, tout comme la diffusion de pratiques nouvelles chez les professionnels et les usagers. L'adaptation des pratiques professionnelles doit être recherchée, afin de favoriser un meilleur partage des tâches, dans le sens d'un développement des coopérations, du travail en équipe et d'un exercice davantage coordonné. Une attention particulière devra également être apportée aux modalités d'information de la population aux potentialités offertes en termes d'accès à un professionnel de la filière par les nouveaux modes d'exercice et de coopérations interprofessionnelles mis en place.

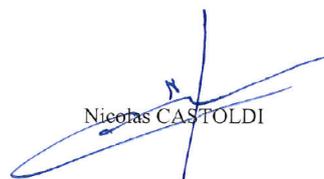
Les propositions de la mission en ce sens devront être établies sur la base des professions existantes, à l'exclusion de la création de professions nouvelles. Vos propositions devront inclure l'hypothèse de développement d'une pratique avancée qui viserait à améliorer de façon significative l'accès aux soins visuels, essentiellement à la faveur de la correction des troubles de la réfraction.

Cette évolution de l'exercice et des pratiques doit être conduite de façon conjointe et articulée avec celle de la formation des professionnels de la filière. Il s'agira, de manière également concertée, avec les responsables des formations aux différentes professions concernées ainsi qu'avec les représentants des universités, d'expertiser l'évolution des dispositifs de formation des professionnels autour de plusieurs axes d'évolutions et de synergies potentielles : le développement des compétences en santé visuelle des opticiens et l'architecture de leur formation ; le développement des passerelles et de formations communes entre les cursus d'opticien et d'orthoptiste ; la mise en place d'un master permettant d'accéder à la pratique avancée selon des modalités cohérentes avec le diplôme valant grade Master créé à l'occasion de la reconnaissance de la pratique avancée infirmière en 2018.

Le Professeur Carole BURILLON, Doyen de l'UFR de médecine de Lyon Sud, forte de sa connaissance des spécificités de la formation actuelle au sein de la filière visuelle et des possibilités d'évolution, sera pleinement associée à cette mission et y apportera son concours.

Les travaux que vous conduirez devront être achevés pour la fin du mois de novembre 2019. Une restitution partielle des travaux pourra utilement être présentée dans le courant du mois de septembre.


Raymond LEMOIGNON


Nicolas CASTOLDI

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - La vision, un enjeu de santé publique dont le contexte évolue rapidement

Annexe 2 - La filière visuelle - Aspects internationaux

Annexe 3 - Les formations paramédicales de la filière visuelle

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

CABINETS et ADMINISTRATIONS CENTRALES

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet

Mickael Benzaqui, conseiller

Valérie Mazeau-Woynard, conseillère

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Mathilde Lignot-Leloup, directrice

Laurent Gallet, chef de service

Nicolas Labrune, sous-directeur financement du système de soins

Timothée Mantz, adjoint au sous-directeur

Emmanuel Frère-Lecoutre, chef du bureau relations avec les professions de santé

Marie Descamps, rédactrice, bureau relations avec les professions de santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Katia Julienne, directrice générale

Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Guy Boudet, chef du bureau exercice, déontologie et développement professionnel continu

Caroline Collin, adjointe au chef de bureau

Hélène Gilquin, chargée de mission

Sonia Ledée

Direction générale de la santé (DGS)

Patrick Ambroise, adjoint à la sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques

Pierre Buttet, chef du bureau maladies chroniques non transmissibles

Caroline Bussière chef du bureau santé des populations et politiques vaccinales

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Muriel Barlet, sous-directrice observation de la santé

Hélène Chaput, cheffe du bureau des professions de santé

Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Anne-Marie Brocas, inspectrice générale, présidente du HCAAM

Cécile Courrèges, inspectrice générale, ancienne DGOS

Jean Debeaupuis, inspecteur général, ancien DGOS

Julien Emmanuelli, inspecteur général

Dominique Voynet, inspectrice générale

Thomas Wanecq, inspecteur général,

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI)

Cabinet

Isabelle Richard, conseillère santé

Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique

Stéphane Le Bouler, responsable du projet, ministère des solidarités et de la santé – ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

Amaury Fléges, chef de service de la stratégie des formations et de la vie étudiante,

Frank Jarnot, sous-directeur des formations et de l'insertion professionnelle,

Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé.

Ministère de l'économie et des finances

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Ambroise Pascal, chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne

Maryse Lalande, adjointe au chef de bureau

Louis Bégard, rédacteur

Cour des comptes

Jean-Pierre Viola, conseiller maître à la Cour des comptes.

Clélia Delpech, conseillère référendaire

Secrétariat général pour l'investissement

Olivier Clatz, directeur du grand défi « Amélioration des diagnostics médicaux par l'intelligence artificielle » - Conseil de l'innovation

ORGANISMES NATIONAUX

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Annelore Coury, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

Romain Bégué, directeur de cabinet DDGOS

Delphine Champetier, directrice de l'offre de soins, DDGOS

Sandrine Frangeul, responsable adjointe du département des professions de santé

Paule Kujas responsable adjointe du département des produits de santé

Frédéric Girodet, département des produits de santé

Jocelyn Courtois, responsable du département des actes médicaux

Christophe Chaillot, département des actes médicaux

Dominique Boulet, département des actes médicaux

Claude Gissot, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Clotilde Bonelli chargée d'études, direction de la stratégie, des études et des statistiques

Christophe Chaignot, ingénieur statisticien, direction de la stratégie, des études et des statistiques

Haute Autorité de Santé (HAS)

Cédric Carbonneil, chef du service évaluation des actes professionnels

Marie-Hélène Rodde-Dunet, cheffe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Jean-François Thébaut, conseiller scientifique

Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement (Hcéres)

Nelly Dupin, secrétaire générale, présidente par intérim

Jean-Marc Geib, Directeur du département évaluation des formations

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

François Simon, président de la section exercice professionnel

Jean-François Gérard-Varet, conseiller national

Stéphanie Rasse, géographe de la santé

Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)

Michèle Lenoir-Salfati, directrice générale

UNIVERSITES ET RECHERCHE

Conseil National des Universités (CNU)

Bahram Bodaghi, président de la section pathologie de la tête et du cou, président de la sous-section ophtalmologie

Conférence des présidents d'université (CPU)

Manuel Tunon de Lara, président de la commission santé

Conférence des doyens des facultés de médecine

Jean Sibilia, président

Collège des ophtalmologistes universitaires de France

Christophe Chiquet, président

Pierre-Yves Robert, vice-président

Universités parisiennes

Valérie Touitou, responsable des études du département d'orthoptie, faculté de médecine, Sorbonne Université

Charlotte Rigal-Sastourné, responsable adjointe des études du département d'orthoptie, faculté de médecine, Sorbonne Université

Richard Legras, responsable des formations d'optométrie, Faculté des sciences de l'Université Paris-Sud

Représentants des étudiants en optométrie

Université de Lille

Jean-François Rouland, Responsable du département ophtalmologie, Faculté de médecine

Pierre Labalette, Responsable du département orthoptie, Faculté de médecine

Marc Hazzan, vice-doyen en charge de l'internat

Patrick Truffert, assesseur en charge du second cycle et des ECN

Sabine Defoort-Dhellemmes, chef de service au centre d'explorations fonctionnelles de la vision et de neuro-ophtalmologie

Martine Carpentier, responsable de stages, département d'orthoptie, Faculté de médecine

Représentants des internes

Représentants des étudiants en orthoptie

Université de Bordeaux

Jean-François Korobelnik, PUPH ophtalmologie

Collège national des orthoptistes enseignants

Salamé Najwa, présidente, université de Tours

Brigitte Ekpe, vice-présidente, université de Clermont-Ferrand

Institut des sciences de la vision, Saint Etienne

Vincent Gautier, directeur

INSERM

Cécile Delcourt, directrice de recherche

AGENCES REGIONALES DE SANTE

Agence Régionale de santé Ile de France

Eric Lepage, directeur du pôle information et données en santé

Pierre Ouahnnon, directeur adjoint, direction de l'offre de soins

Agence Régionale de santé Grand Est

Christophe Lannelongue, directeur général

Carole Cretin, directrice de la stratégie

REPRESENTANTS DES PROFESSIONNELS

Ophtalmologistes

Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF)

Thierry Bour, président

Xavier Subirana, vice-président

Vincent Dedès, secrétaire général

Julien Bullet

Joy Raynaud, géographe

Conseil national professionnel des ophtalmologistes

Béatrice Cochener, présidente

Pierre Pégourié, secrétaire général

Association nationale des jeunes ophtalmologistes (ANJO)

Eve Durbant, présidente

Jimmy Chammas, secrétaire général

Kanav Raoul Khanna, trésorier

Orthoptistes

Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)

Laurent Milstayn, président

Maria Plaza, secrétaire générale

Yves Trinta

Fédération française des élèves orthoptistes

William Chastel, président

Yanis Oulmas, vice-président

Opticiens lunetiers

Rassemblement des opticiens de France (ROF)

André Balbi, président

Nicolas Raynal, délégué général

Sandrine Ladoux, administratrice

Didier Cohen, administrateur

Thibaut Pichereau, administrateur

Patrice Camacho, administrateur

Fédération nationale des opticiens de France (FNOF)

Alain Gerbel, président

Pierre Bayle

Marc Bergogné

Hugues Verdier-Davioud

Collège national des opticiens de France

Pierre Guertin, président

Eric Lazaridès, membre

Syndicat national des opticiens mutualistes (Synom)rs

Emilie Orta, présidente

Véronique Bazillaud, déléguée générale

Optométristes

Association des optométristes de France (AOF)

Yannick Dyant, Président

Cyril Boudet

François Guelec

Omnipraticiens

MG France

Jean-Marc Parienté, médecin, représentant de MG France.

USAGERS

France Assos Santé

Marianick Lambert, présidente

Alexis Vervallier

RESEAUX DE SANTE ET ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Albert Lautmann, directeur général

Delphine Hernu, directrice santé

Emilie Orta, présidente du Synom

Santéclair

Marianne Binst, directrice générale

Frédéric Cosnard, directeur médical

ENTREPRISES ET START-UP

Groupement des industriels et fabricants de l'optique (GIFO)

Laure-Anne Copel, secrétaire générale

Alexandre Montague, administrateur

Isa Bouglime, co-animatrice de la commission « Environnement économique »

Alitalia

Massimo di Cicilia, directeur général

Doctolib

Louis Marty, responsable affaires publiques

Henri Pitron, directeur des affaires publiques

EyeNeed

Etienne Gardea, fondateur et CEO

GlassPop et Beslay avocats

Florent Constantini, fondateur

Nathalie Beslay, avocate

Olivia Rime, avocate

Johnson et Johnson

Olivier Grumel, directeur des affaires gouvernementales

Lisa Ann Hill, manager France

Christophe de Combejean, manager senior France

Krys Group

Jean-Pierre Champion, directeur général

Patrice Camacho, secrétaire général, directeur santé

Marie-Noëlle Vinet, directrice marketing et innovation santé

Véronique Lafortune, opticienne, propriétaire du magasin Krys Paris 13ème

Lunettes pour Tous

Paul Morlet, président directeur général, fondateur

Lissac

Brice Lamotte, directeur régional

Yves Guenin, Secrétaire général, Audioptic

Sandrine Ladoux, directrice communication externe, santé & innovation, Audioptic

Jackie Blin, directrice optique adulte, magasin Lissac Rivoli

Christel Gamonet, directrice contactologie et solaire, magasin Lissac Rivoli

Jérôme Gillet, opticien diplômé basse vision, magasin Lissac Rivoli

Topcon

Virginie Mesquita, directrice marketing et communication

Point Vision

François Pelen, président du conseil d'administration, co-fondateur

Siview

Thibault Le Dortz, directeur business development

VISITES DE SERVICES ET CABINETS

Centre d'ophtalmologie de l'Assistance publique –hôpitaux de Paris

Antoine Brézin, chef de service

Collaborateurs du service

Point vision, centre de la Madeleine, Paris

François Pelen, fondateur

Collaborateurs du cabinet

Clinique ophtalmologique des Flandres, Lille

Vincent Dedès, associé

Vincent Cruchal, associé, Lille et Dunkerque

Collaborateurs du cabinet

Cabinet libéral

Elodie Dumortier, Lambersart

SIGLES UTILISES

ACS : Aide complémentaire santé

ADELI : Automatisation des listes

AOF : Association des optométristes de France

APE : Activité principalement exercée

ARS : Agence régionale de santé

ASNAV : Association nationale pour l'amélioration de la vue

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BTS : Brevet de technicien supérieur

CA : Chiffre d'affaires

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CESP : Contrat d'engagement de service public

CFBT : Centre de formation de la bourse du travail

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPGE : classe préparatoire aux grandes écoles

CPU : Conférence des présidents d'université

CQP : Certificat de qualification professionnelle

CS : Consultation spécialisée

CSP : Code de la santé publique

DES : Diplôme d'études spécialisées

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DHR : Dystrophie rétinienne héréditaire

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

DU : Diplôme universitaire

DUT : Diplôme universitaire de technologie
ECN : Epreuves classantes nationales
ECOO : European Council of optometry and optics (conseil européen d'optométrie et d'optique)
ECTS : European credits transfer system (système européen de transfert et d'accumulation des crédits)
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPL : Etablissements publics locaux d'enseignement
FDA : Food and drug administration
FFEO : Fédération française des étudiants orthoptistes
FIR : Fonds d'investissement régional
GfK : Gesellschaft für Konsumforschung
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCERES : Haut conseil de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur
ICO : International Council of ophthalmology (conseil international d'ophtalmologie)
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGESR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA : Infirmier(ières) de pratiques avancées
IPCEC : Integrated people-centred eye care (soins visuels centrés sur les personnels et intégrés)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LMD : Licence-Master-Doctorat
LVPEI : LV Prasad Eye Institute (Institut pour la Vision LV Prasad)
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
MENSUR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OCE : Orthoptistes de la communauté européenne
OCT : Optical coherence tomography (Tomographie à cohérence optique)
OMP : Personnel médical ophtalmique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
ORT : Organisation reconstruction travail
PA : Pratiques avancées

PACA : Provence Alpes Côte - d'azur

PACES : Première année commune aux études de santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PPP : Purchasing power parity (parité de pouvoir d'achat)

PRAPS : Programme régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : Projet régionaux de santé

RDF : Régions de France

RNCP : Répertoire nationale certifications professionnelles

RNM : Rétinographie non mydriatique

RNO : Renouvellement optique

ROF : Rassemblement des opticiens de France

SIDES : Système interuniversitaire dématérialisé d'évaluation en santé

SISE : Système d'information sur le suivi de l'étudiant

SNAO : Syndicat National Autonome des orthoptistes

SNOF : Syndicat national des ophtalmologistes de France

UNSS : Université Numérique en sport et santé

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

VAE : Validation des acquis de l'expérience

VAP : Validation des acquis professionnels

VEGF : Vascular endothelial growth factor (facteur de croissance de l'endothélium vasculaire)

WCO : World council of optometry (conseil mondial d'optométrie)