

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* ».

- Le protocole RNM, dit Muraine, protocole de télémedecine qui a fait l'objet d'un avis favorable du collège de la HAS en février 2015, et qui concerne la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste pour le renouvellement et l'adaptation des corrections optiques chez des patients de 6 à 50 ans, bilan visuel réalisé à distance sur un autre site de consultation, avec une interprétation par l'ophtalmologiste le cas échéant différée sous huit jours, et pour des patients connus ou inconnus du cabinet d'ophtalmologie dont la dernière consultation doit dater de moins de cinq ans. Le financement dérogatoire du protocole Muraine (28€ pour le code/acte RNM) est prévu jusqu'en mai 2020⁶⁴.
- la facilitation de l'ouverture de cabinets secondaires par les ophtalmologistes, afin d'y positionner, dans le cadre de la stratégie de l'entreprise médicale, des orthoptistes et d'y tenir des visites à échéance régulière, qui a été réalisée par un texte pris au premier semestre 2019 ;
- la mise en place, par l'article 67 du PLFSS pour 2016 et un décret de février 2017, des contrats de coopération et des contrats collectifs pour les soins visuels, qui visent à apporter une aide financière de l'assurance maladie pendant trois ans non renouvelables à l'ophtalmologiste souhaitant former ou recruter un orthoptiste pour développer le travail aidé (contrat de coopération) et également à une maison de santé ou un centre de santé (contrat collectif) pour favoriser l'implantation au sein de la structure d'une offre en soins visuels.

Schéma 4 : Comparaison des protocoles de coopération Rottier (RNO) et Muraine (RNM)

	RNO	RNM - Protocole <u>Muraine</u>
Objet	réalisation du bilan visuel en coopération OT/OPH validés par la HAS	
Cible PS	S'adresse aux ophtalmologues (OPH) et orthoptistes (OT) libéraux ou salariés	
Lieu d'exercice	Bilan réalisé par OT sur le même lieu d'exercice que OPH	Bilan réalisé par OT à distance : acte de télémedecine
Cible patients	Patients de 6 à 50 ans connus du cabinet	Patients de 6 à 50 ans connus ou non connus du cabinet
Rémunération	Acte RNO inscrit dans le droit commun à la nomenclature 28 €	Acte RNM : acte dérogatoire (protocole validé par le collège des financeurs) financé sur le risque : 28 € + bonus annuel calculé par AM
	Facturation par l'OT ou l'OPH* : répartition des honoraires à définir entre les 2 PS	Facturation par l'OT ou l'OPH* : répartition encadrée par le collège des financeurs : au moins 60% des honoraires reviennent à l'OT

Source : CNAM

- la définition par la loi de janvier 2016 (article 132) et le décret du 12 octobre 2016 d'un « *nouveau parcours encadré et sécurisé* » permettant de renouveler plus facilement les équipements optiques, en portant notamment de trois ans à cinq ans la période de renouvellement pour les adultes de 16 à 42 ans.

⁶⁴ L'assurance maladie a également créé ou revalorisé plusieurs actes techniques afin d'adapter la nomenclature générale des actes professionnels à l'évolution de l'offre de soins : bilans orthoptiques relatifs aux troubles neuro-visuels et à la basse vision, traitements de l'amblyopie ou du strabisme.

[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-lunettiers 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-lunettiers 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 lunettiers 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.

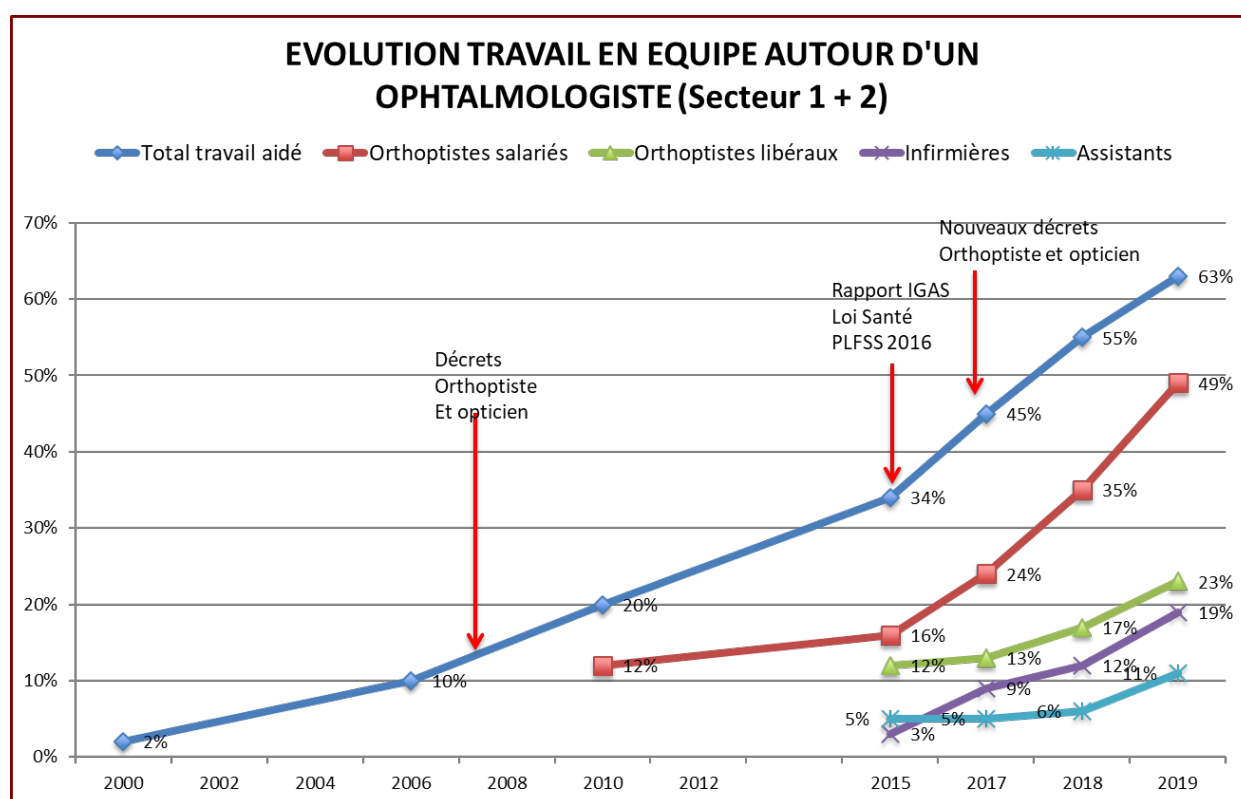
2.1.2 Un bilan qu'il convient de relativiser

[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 serait 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.

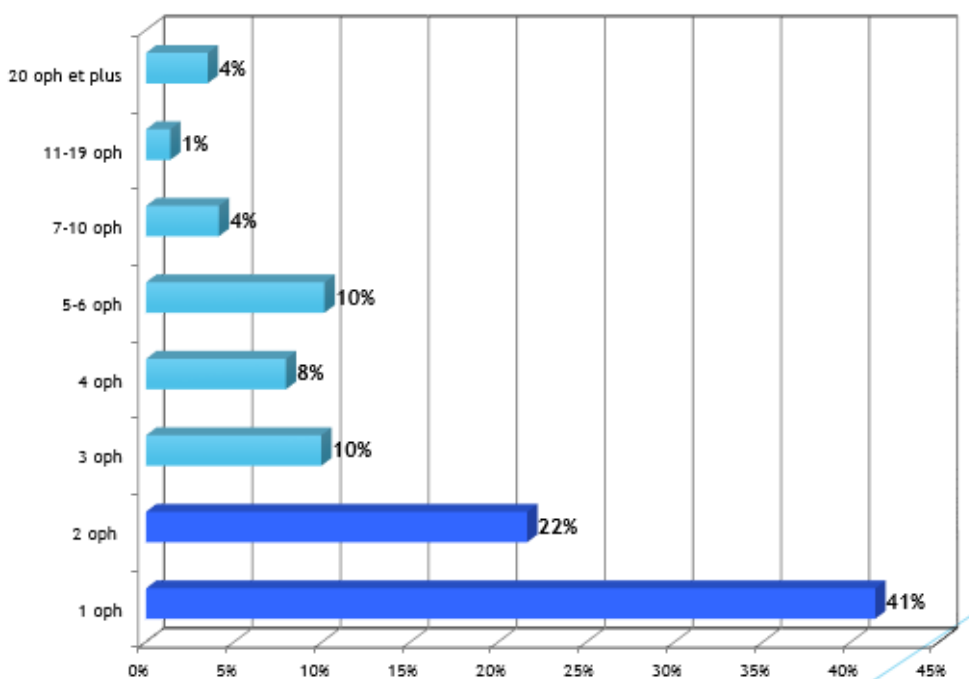
[143] La perspective du développement des assistants médicaux en ophtalmologie (AMO), très soutenue par le SNOF, doit s'entourer de précautions dans sa mise en œuvre et dans le type de professionnels concernés par ce nouveau dispositif. La réalisation de mesures automatisées par des AMO sous la responsabilité 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.

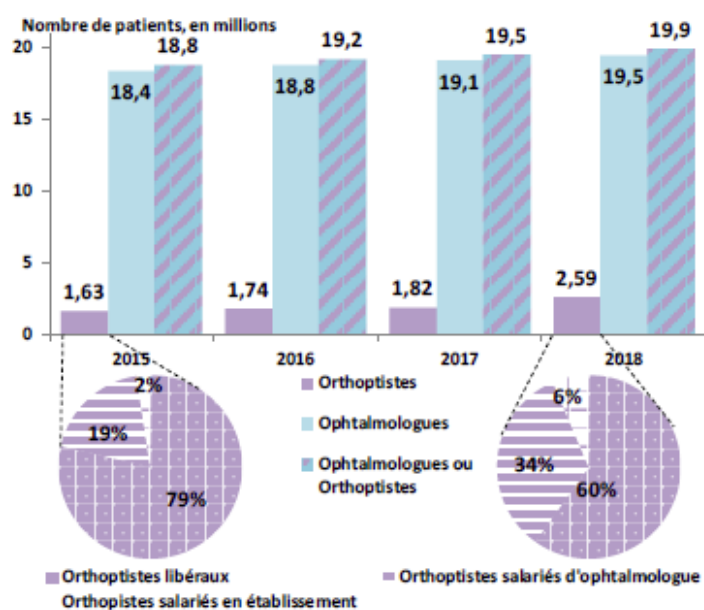
Tableau 14 : Évolution du nombre de patients et de séances depuis 2009 (hors centres de santé)

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 ophtalmologistes 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 ophtalmologistes 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 ophtalmologistes, 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.

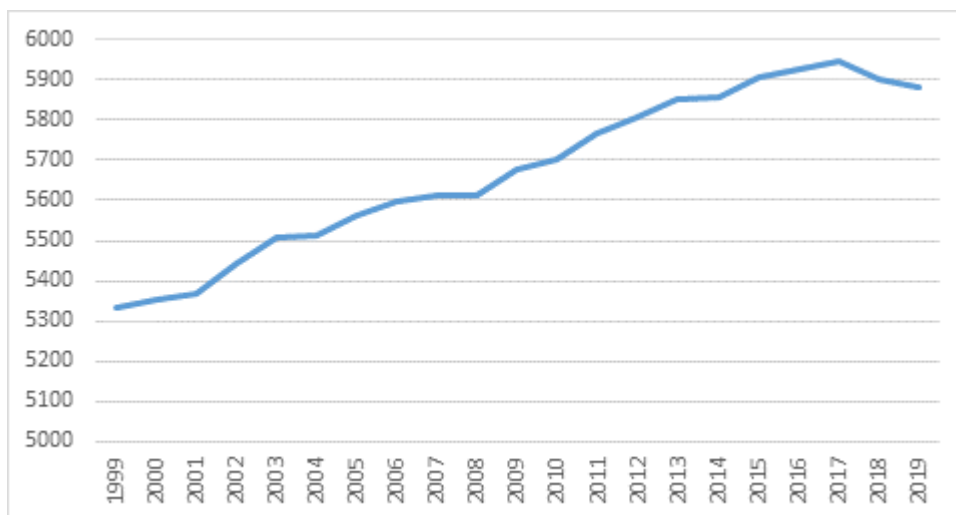
2.2 Des limites à la capacité de prendre en charge beaucoup plus de patients à modèle d'organisation des soins constant

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

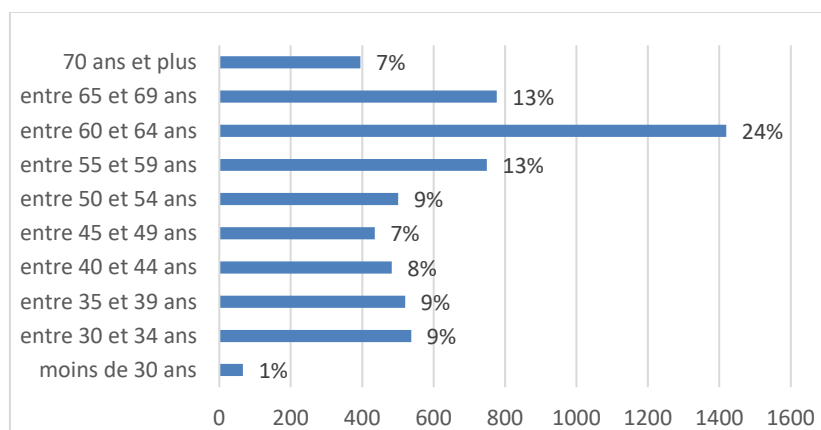


Source : DREES (ADELI jusqu'en 2011, RPPS de 2012 à 2019)

[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.

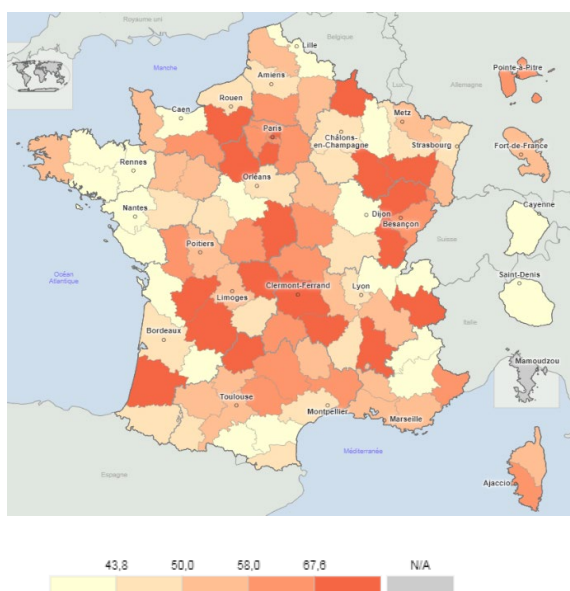
Graphique 12 : Nombre d'ophtalmologistes par tranches d'âge (2019)



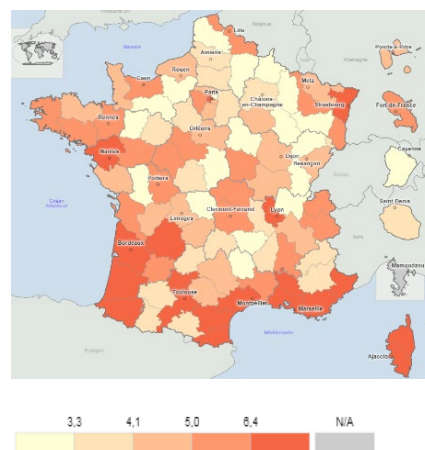
Source : DREES, présentation mission

[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

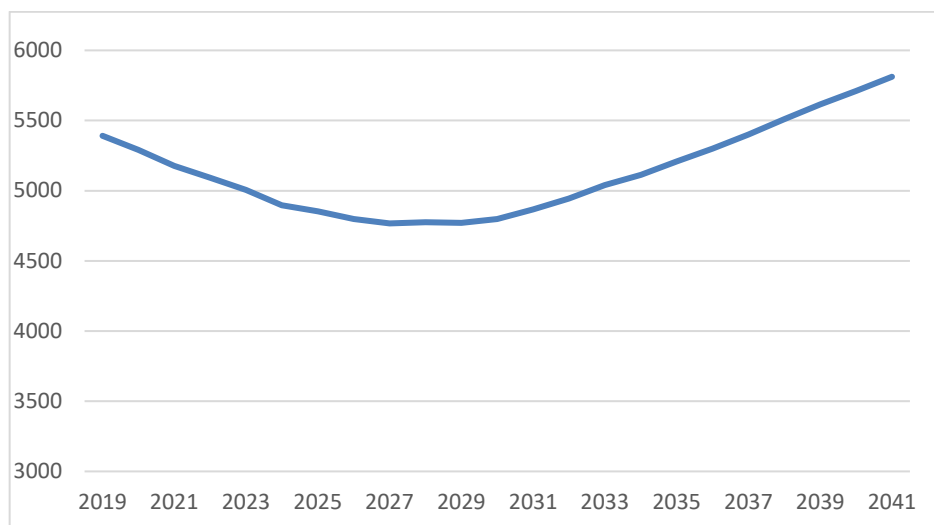
- le nombre des médecins à diplôme étranger : leur nombre progresse d'une cinquantaine par an (618 en 2015, 819 en 2019)⁷². En 2019, 14 % des ophtalmologistes exerçant en France sont des médecins à diplôme étranger.

[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 ;

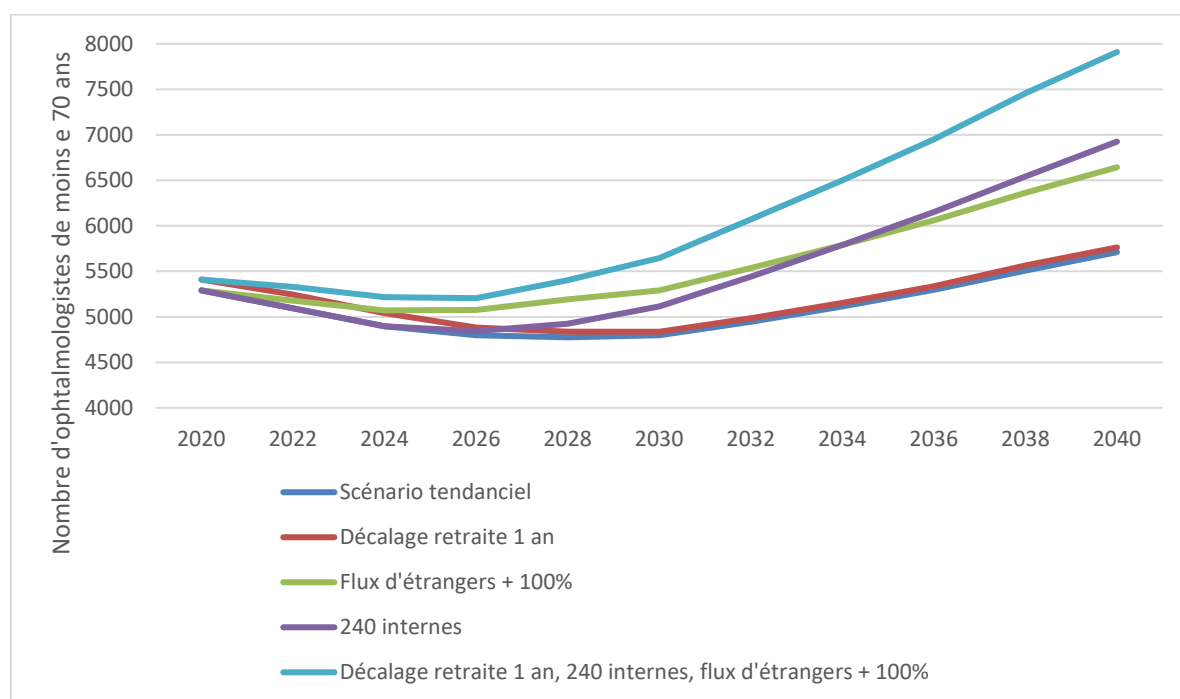
⁷³ 155 DES, 35 procédures d'autorisation d'exercice et 45 médecins à diplôme étranger par an

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
<i>Supérieur à 40 jours</i>	
Centre-Val de Loire	+1
Normandie	0
Bretagne	0
<i>Supérieur à une vingtaine de jours</i>	
Grand Est	+1
Auvergne-Rhône-Alpes	+2
Occitanie	+1
Bourgogne-Franche-Comté	0
<i>Légèrement supérieur à la moyenne</i>	
Hauts de France	+2
Pays de la Loire	0
Nouvelle Aquitaine	+2
<i>Inférieur à une trentaine de jours</i>	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+1
Ile-de-France	+3

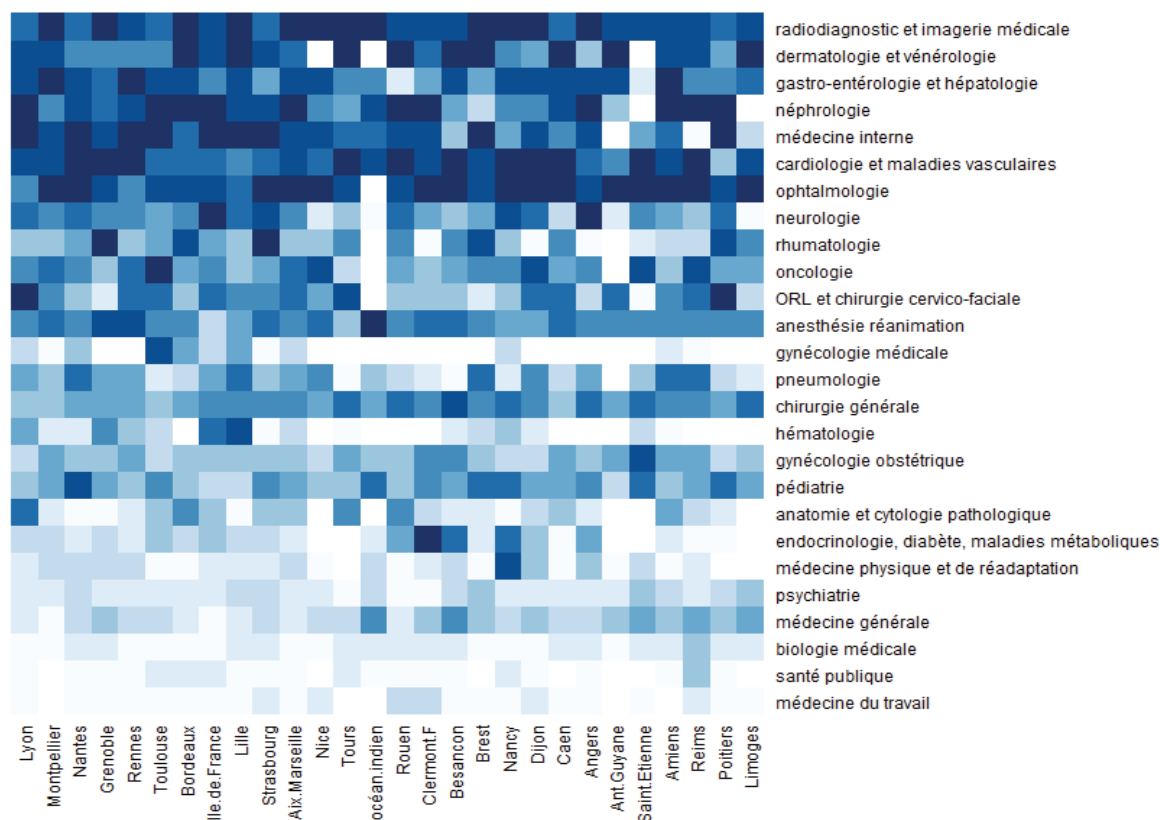
Source : Mission

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.

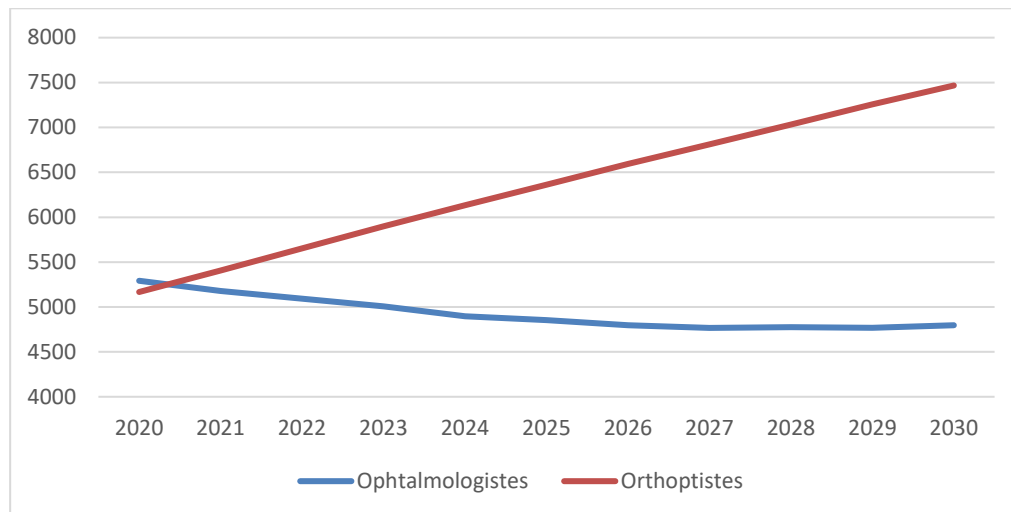
stage est limité. La diversification des terrains de stage dans des centres hospitaliers (CH) éloignés du siège du CHU est une nécessité, qui se heurte aux limites des capacités d'encadrement des services.

[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

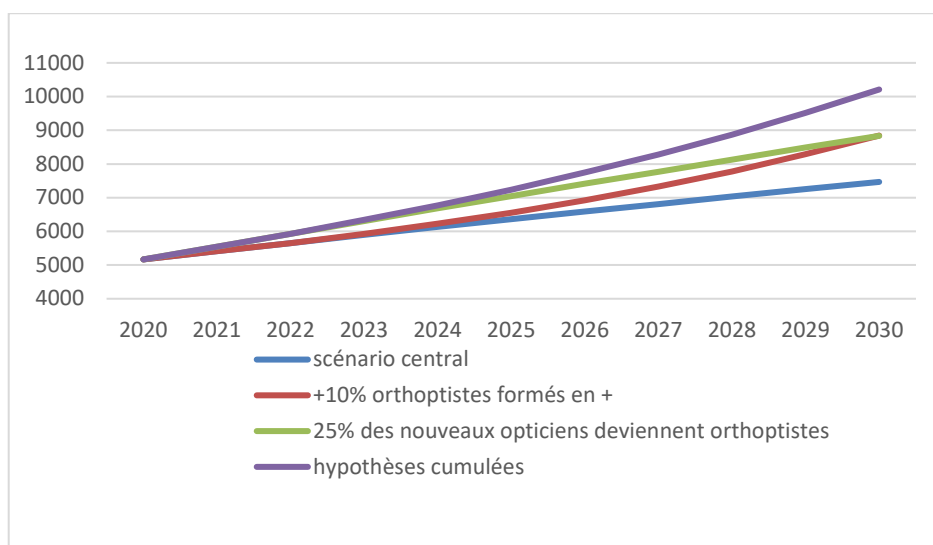
[179] Dans un scénario théorique dans lequel le flux des formations initiales serait augmenté de 10 % et où 25 % des nouveaux opticiens deviendraient orthoptistes par une voie *ad hoc* de formation

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 télé médecine

[189] Le travail aidé est également contraint par les limites propres au développement de la télé médecine 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 télé médecine, 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 télé médecine 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 réadaptive 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 télémedecine

[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 nationale

[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 nationale 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 nationale 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 télé-médecine 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. Gatineau : *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 hémato-oncologie ;

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