

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

Tome 1 : Rapport

Jean-Robert JOURDAN  
Louis-Charles VIOSSAT  
Françoise ZANTMAN

Stéphane ELSHOUD

Membres de l'Inspection générale des  
affaires sociales

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



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2019-074R



N°2019-154

Avec la contribution du Pr Carole BURILLON

Janvier 2020



## SYNTHÈSE

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

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

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

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

\*\*\*

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

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

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

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

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

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

\*\*\*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

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

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

## SOMMAIRE

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



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



# RAPPORT

## Introduction

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

[2] La filière visuelle est également remarquable pour d'autres raisons. Elle a fait l'objet de multiples réformes de son organisation, de la formation de ses professionnels et de son financement depuis les années 2000, réformes qui se poursuivent avec l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020 du 100 % santé en optique, et elle a manifesté plus que d'autres spécialités médicales des capacités réelles d'innovation et d'adaptation, notamment au travers du développement volontariste du travail aidé et des équipes de soins pluri-professionnelles. Néanmoins, la filière visuelle, dont le modèle se différencie en France par plusieurs aspects importants de celui d'autres pays, fait face à des difficultés aussi sérieuses que durables de dépistage et d'accès aux soins, que l'IGAS a qualifiées de « *désastre* ». Enfin, la filière visuelle a fait l'objet de très nombreux rapports, au fil des ans, y compris dans les toutes dernières années, qui ont été établis soit par les professionnels eux-mêmes, soit par les pouvoirs publics (IGAS<sup>1</sup>, Cour des Comptes<sup>2</sup>, CNAM<sup>3</sup>, etc...).

[3] Dans ce contexte<sup>4</sup>, les directeurs des cabinets des ministres chargées de la santé et de l'enseignement supérieur ont, par note du 24 juin 2019, demandé à leurs deux inspections générales, l'IGAS et l'IGESR, de conduire une mission sur l'évolution des modes d'exercice et des pratiques professionnelles des métiers de la filière d'une part, et sur l'évolution associée des formations d'autre part.

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

<sup>1</sup> Dominique Voinet, *Restructuration de la filière visuelle*, IGAS, 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

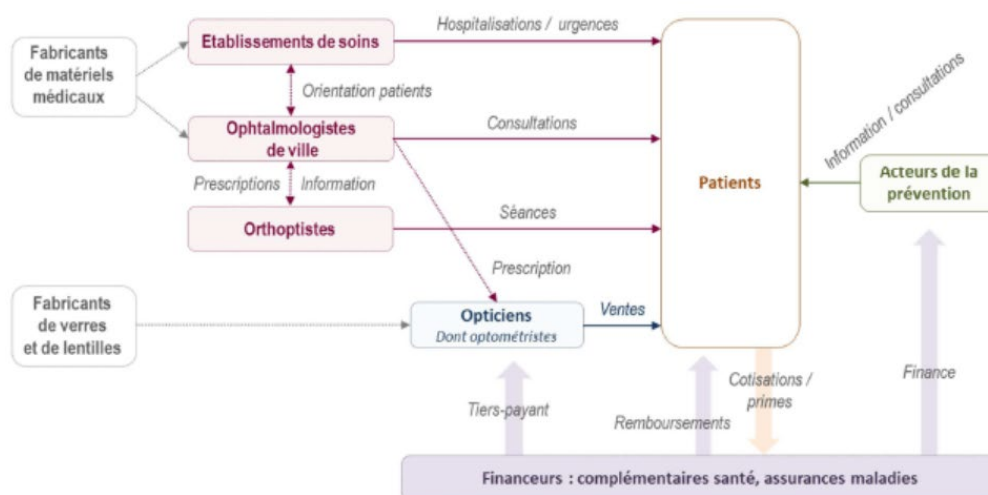
- Le périmètre libéral de la filière visuelle, en ne traitant pas, pour l'essentiel, le volet hospitalier, qui connaît également des problèmes spécifiques que la mission n'a fait qu'approcher lors de ses visites et ses entretiens et qui mériterait des travaux spécifiques;
- Le dépistage et le traitement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

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

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

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

Schéma 1 : Description globale de la filière visuelle



Source : Rapport Astérès<sup>5</sup>

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

<sup>5</sup> Rapport rédigé pour la Mutualité française par le cabinet Astérès et remis en septembre 2015.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### 1.1.1.1 Des documents stratégiques nationaux et régionaux parcellaires

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

[18] La stratégie nationale de santé elle-même évoque de façon extrêmement limitée les sujets liés à la vision, essentiellement à propos de la « *lutte contre les inégalités sociales et territoriales* » en ce qui concerne la limitation du reste à charge (100 % santé), et à propos des « *priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune* » en ce qui concerne le dépistage chez les jeunes enfants<sup>6</sup>. La stratégie nationale de santé publique ne contient rien non plus en matière de soins visuels<sup>7</sup>. Et à la différence de ce qui prévaut pour beaucoup d'autres champs ou thèmes de santé publique (déterminants de santé; pathologies ; populations), pour lesquels une trentaine de plans existent, il n'y pas jusqu'à présent de « *feuille de route* », de « *plan* » ou de « *stratégie* » spécifique ou indirectement liée à la filière visuelle, hormis bien entendu l'objectif du 100 % santé ainsi que « *le plan d'action d'accès aux soins visuels* » élaboré par la DSS et la DGOS, daté d'avril 2015. Comportant douze mesures regroupées sous quatre têtes de chapitres, il a disparu de l'agenda des administrations et n'était pas connu de la plupart des interlocuteurs de la mission.

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

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

[19] Il n'est pas surprenant dans ce contexte que les projets régionaux de santé (PRS) intègrent peu d'éléments relatifs aux soins visuels. Ainsi, la mission a passé en revue les PRS de trois grandes régions<sup>8</sup> :

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

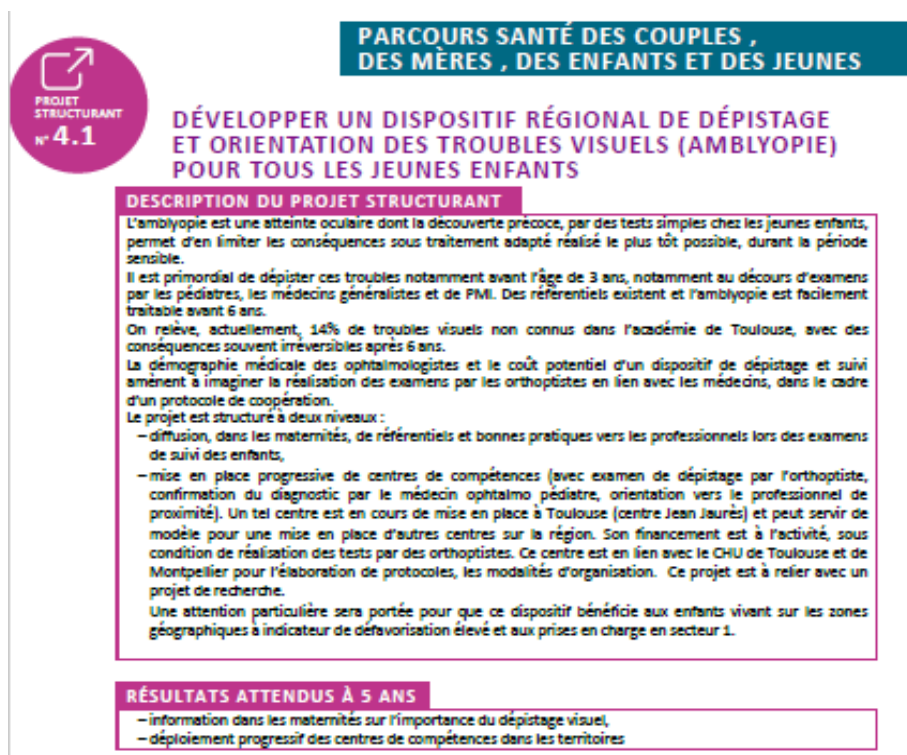
[20] Le rapport d'activité 2018 du fonds d'investissement régional (FIR) ne mentionne, par ailleurs, que 76 k€ de dépenses en matière d'ophtalmologie en France entière au titre des projets de télémedecine.

---

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



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



Source : ARS Occitanie

#### 1.1.1.2 Des données, notamment épidémiologiques, insuffisantes

[21] On manque dans le domaine des soins visuels, comme c'est aussi le cas dans d'autres domaines du champ sanitaire et social<sup>9</sup>, de données suffisantes pour piloter les politiques et le système de soins.

[22] Les données épidémiologiques précises sont assez peu nombreuses en France. Les principales données publiées par l'administration sont tirées de l'enquête santé et protection sociale 2014 (DREES-IRDES), reprises dans l'édition de 2017 de l'état de santé de la population en France<sup>10</sup>, d'un court article dans la série « *Enquêtes et résultats* » de la DREES publié en juin 2014 sur les troubles de la vision<sup>11</sup> et, pour les jeunes, des résultats de l'enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2 au cours de l'année scolaire 2014-2015<sup>12</sup> et de l'édition 2016-2017 de l'enquête de santé en milieu scolaire, publié en août 2018 et qui porte sur les élèves de troisième.

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

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

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

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

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

[24] L'administration sanitaire ne fournit pas de données prospectives sur le fardeau futur des maladies ophtalmologiques. On doit recourir aux publications universitaires<sup>13</sup>, aux études réalisées dans d'autres pays, difficilement transposables en France, et aux données fournies par les acteurs de la filière visuelle.

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

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

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

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

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

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

Source : DREES

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

[28] Les ophtalmologistes sont les principaux professionnels spécialistes de la santé visuelle. Pour reprendre les analyses du professeur Jean-Louis Arné<sup>14</sup>, les ophtalmologistes qui assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil, sont des médecins de premier recours et de second recours, dotés de compétences et d'un spectre d'activités extrêmement larges, à la fois médicales (traitement des affections locales comme des conséquences oculaires des pathologies générales), chirurgicales (chirurgie réfractive, chirurgie de la cataracte, du glaucome, etc.) sur l'œil et ses annexes (orbites et paupières) et techniques (actes techniques, d'optique et d'imagerie comme tomographies par cohérence optique, topographies cornéennes, champs visuels, etc., mais aussi traitements physiques par différents types de lasers notamment). L'ophtalmologie est la seule spécialité à couvrir l'ensemble d'un appareil (l'appareil oculaire) et l'une des quatre

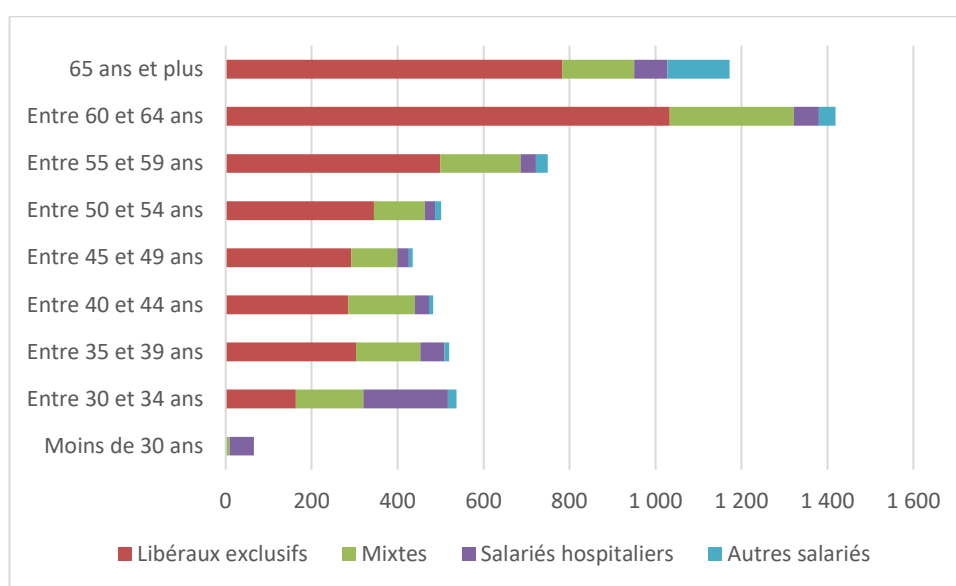
<sup>13</sup> Par exemple, Matamoros et alii. *Prevalence of Myopia in France, A Cross-Sectional Analysis*, Medicine, Volume 94, Number 45, November 2015.

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

spécialités à accès direct, avec les gynécologues, les psychiatres et neuropsychiatres et les stomatologues, en l'occurrence pour la prescription et le renouvellement de lunettes et le dépistage et le suivi du glaucome au regard du remboursement<sup>15</sup>.

[29] On dénombre, en 2019, selon la DREES, 5 882 ophtalmologistes en France, soit une densité de 8,8 pour 100 000 habitants<sup>16</sup>. Parmi ces professionnels, on dénombre 566 hospitaliers, 3 703 libéraux exclusifs, 1 339 à exercice mixte et 274 autres salariés. 63 % des ophtalmologistes exercent donc sous statut libéral exclusif, 10 % en salariat hospitalier et 27 % sous des statuts de salariat privé et mixtes. Le modèle libéral exclusif, qui était massivement majoritaire (70 % en 2013), est peu à peu remplacé par des modes d'exercice mixtes, conjuguant dans des cabinets de groupe des activités libérales et salariales, mais il demeure très majoritaire chez les ophtalmologistes âgés de 50 ans et plus.

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



Source : DREES, présentation mission

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

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

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

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

ophtalmologue APE<sup>17</sup> était de 433 408 €, dont 111 007 € de dépassement<sup>18</sup>. La même année, les ophtalmologistes ont déclaré en moyenne aux services fiscaux un bénéfice non commercial de 153 787 € (121 696 € en secteur 1 et 181 538 € en secteur 2), soit 38 % au-dessus de la moyenne des spécialistes (17 % en secteur 1 ; 50 % en secteur 2) et juste derrière la spécialité la plus rémunératrice<sup>19</sup>.

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

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

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

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

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

[36] Inscrite au code de la santé publique depuis 1964, mais ne disposant pas d'ordre, l'orthoptie a vu son champ de compétences circonscrit d'abord au dépistage, à la rééducation et à la réadaptation des troubles binoculaires (strabisme, défaut de convergence...) être élargi progressivement, et en particulier dans les années 2000, à l'exploration et à la prise en charge de la fonction visuelle (mesures de l'œil et différents examens de la vision) en lien avec ou auprès des ophtalmologistes<sup>20</sup>.

---

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

<sup>18</sup> Source : CNAM

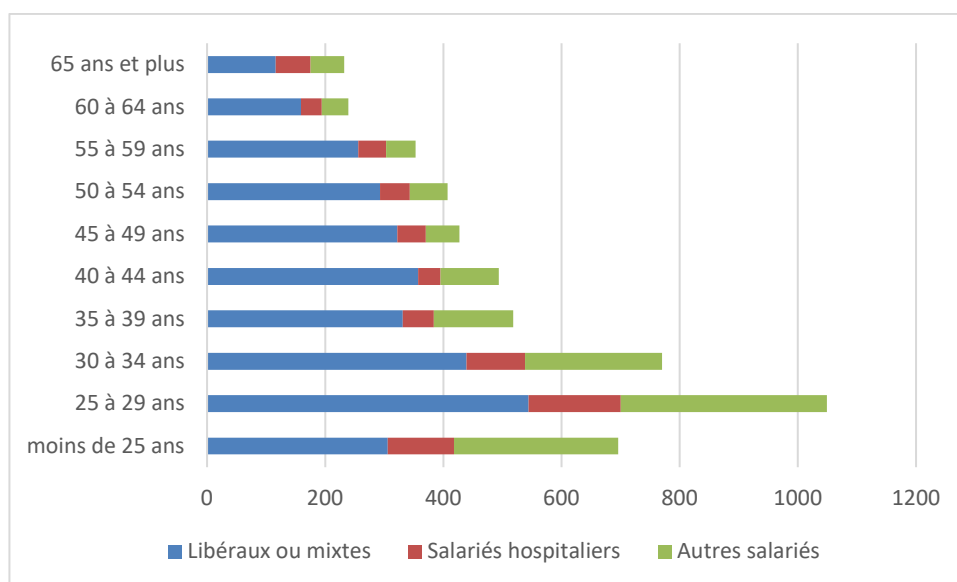
<sup>19</sup> Source : CARMF

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

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

[38] L'orthoptie est une profession jeune (45 % des orthoptistes ont moins de 35 ans) et très féminisée (neuf orthoptistes sur dix)<sup>21</sup>. L'activité libérale ou mixte<sup>22</sup> y est très majoritaire (60 %). Mais c'est le mode d'exercice en salariat non hospitalier, donc en cabinet (26 %), qui progresse le plus rapidement. Les pratiques professionnelles, comme chez les ophtalmologistes, évoluent nettement selon les générations : les orthoptistes de moins de 35 ans exercent pour moitié en salariat, dont un tiers en cabinet, et pour moitié en libéral ; près de 70 % des orthoptistes de 35 ans et plus exercent en libéral.

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



Source : DREES, présentation mission

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

<sup>22</sup> Mixte = libérale + salariat.

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

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

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

[41] L'opticien-lunetier est à la fois un professionnel de santé soumis au code de la santé publique et un commerçant, inscrit au registre du commerce<sup>23</sup>. Le diplôme d'opticien-lunetier, obtenu en deux ans grâce à un BTS, est nécessaire pour diriger ou gérer un magasin d'optique.

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

[43] Les opticiens-lunetiers n'ont plus le droit, depuis la loi Hamon de 2014 et un décret d'application de 2015<sup>24</sup>, de prescrire des équipements optiques en première intention, à la différence de ce qui existe en Italie ou aux Pays-Bas<sup>25</sup>, mais ils disposent d'un droit d'adaptation des équipements dans le cadre d'un renouvellement sous certaines conditions (présentation d'une prescription de moins d'un an pour les personnes de moins de 16 ans, de cinq ans pour les personnes de 16 à 42 ans et de trois ans pour les personnes de plus de 42 ans ; absence d'opposition du médecin ; information obligatoire de l'ophtalmologiste). Ce droit a été élargi au début de l'année 2019 par une proposition de loi adoptée qui a prévu qu'ils peuvent intervenir en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à titre expérimental.

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

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

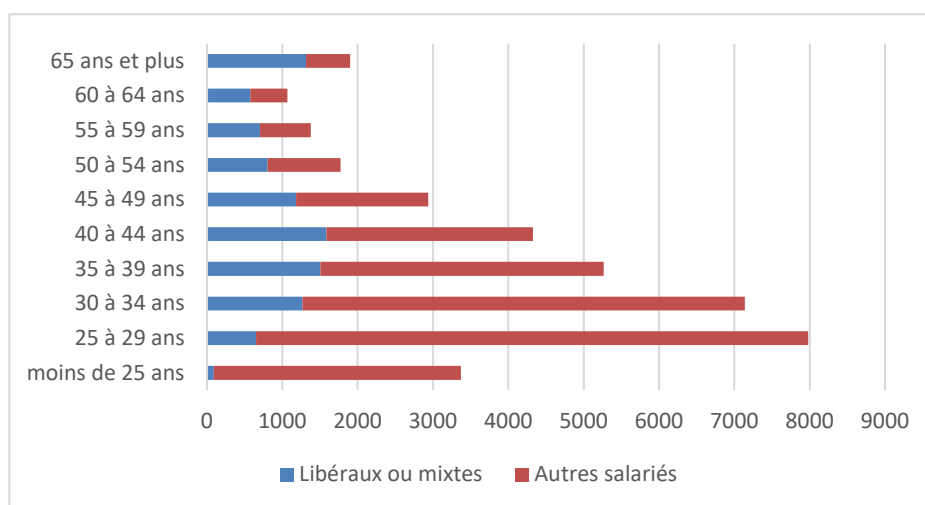
<sup>24</sup> Avant la loi Hamon, il était autorisé aux opticiens-lunetiers de vendre des équipements sans prescription médicale mais hors remboursement par l'assurance maladie.

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

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

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

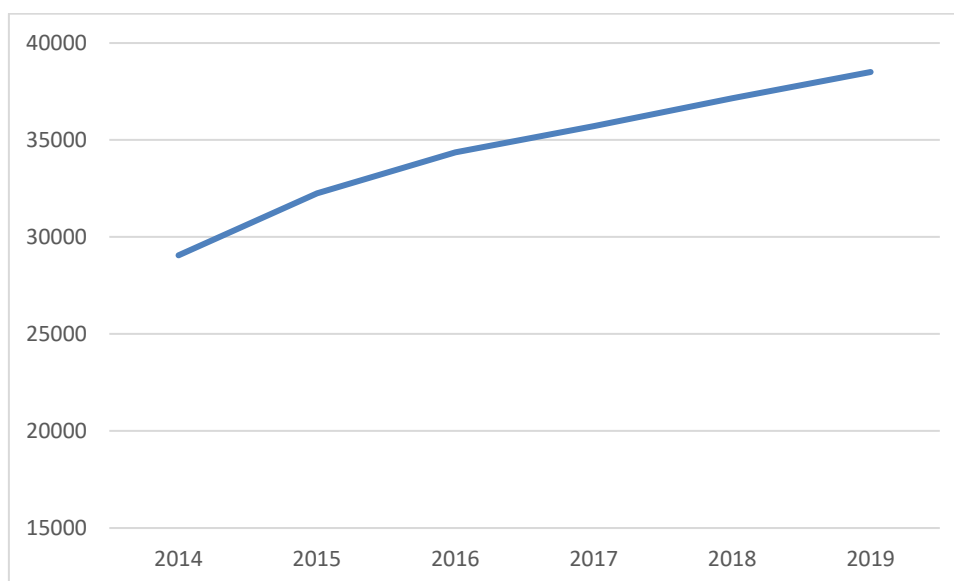
Graphique 3 : Modes d'exercice des opticiens-lunetiers par âge, 2019



Source : DREES, présentation mission

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

Graphique 4 : Démographie des opticiens lunetiers, 2014-2019



Source : DREES, présentation mission



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

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

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

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

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

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

#### **Un foisonnement réglementaire complexe**

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

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

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

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



### 1.1.3 Une organisation des soins traditionnelle

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

[51] En dépit d'efforts anciens et constants des pouvoirs publics, notamment dans la continuité du rapport rédigé par le doyen Berland à la demande du ministre de la santé de l'époque, le professeur Jean-François Mattei<sup>27</sup>, la création de nouveaux métiers en santé, dotés de compétences propres, et la délégation des tâches sont demeurées timides dans le système de santé français. La filière visuelle française a été un point d'application des délégations de tâches sous supervision médicale mais les pouvoirs publics n'ont pas souhaité l'engager vers un véritable partage des tâches entre premier et second recours, à la différence de ce que d'autres pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas ont fait.

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

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

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

---

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

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

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

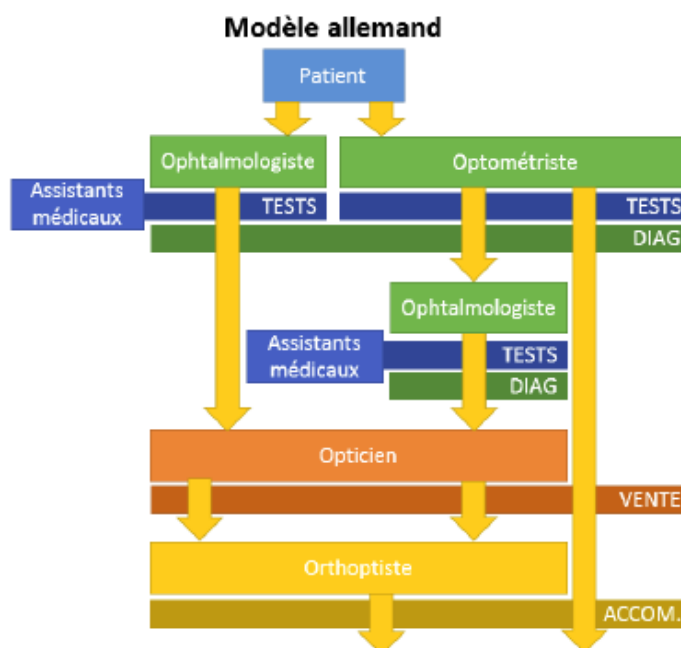


Source : ECOO, 2017

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

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

Schéma 3 : Configuration des soins visuels en Allemagne



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

[57] C'est le cas également aux Pays-Bas où une distinction claire existe, depuis les années 2000, entre soins primaires et soins secondaires en matière visuelle ainsi qu'une définition des responsabilités respectives qui permettent la meilleure utilisation des compétences des différents professionnels sur la base de critères de transfert explicites. Le premier recours est constitué du médecin généraliste, de l'optométriste et, plus rarement, de l'orthoptiste. L'optométriste, directement accessible par le patient, effectue un examen oculaire et pose un diagnostic. Il peut notamment déterminer s'il existe une anomalie, décider si le patient doit être orienté vers le médecin de famille, l'orthoptiste, ou un spécialiste (le plus souvent l'ophtalmologiste) mais aussi déterminer, fournir et adapter les équipements optiques (lunettes, lentilles de contact, dispositifs de basse vision). L'ophtalmologiste n'exerce en général qu'en second recours. Il peut diagnostiquer et traiter les pathologies visuelles mais également déléguer des tâches vers l'orthoptiste ou l'optométriste. Avant la réforme, l'organisation du parcours de soins était semblable aux Pays-Bas à ce qu'elle est en France, et les délais de consultations avoisinaient quatre mois. Depuis la réforme, les délais ont diminué de plus de 70 % pour se stabiliser à 33 jours<sup>29</sup>.

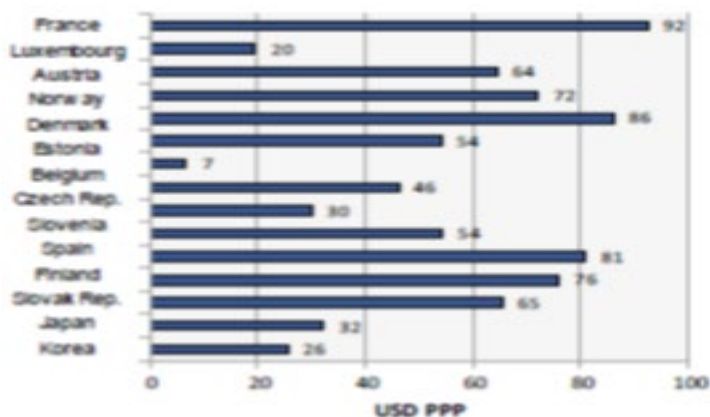
[58] L'organisation des soins qui prévaut actuellement en France a pour avantage d'offrir aux patients qui accèdent aux ophtalmologistes des soins complets et de qualité par des professionnels hautement qualifiés. Elle a néanmoins pour inconvénient de créer de longues files d'attente (*cf. infra*), qui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

<sup>29</sup> Source ; Rapport Astérès, *op. cit.*

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

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

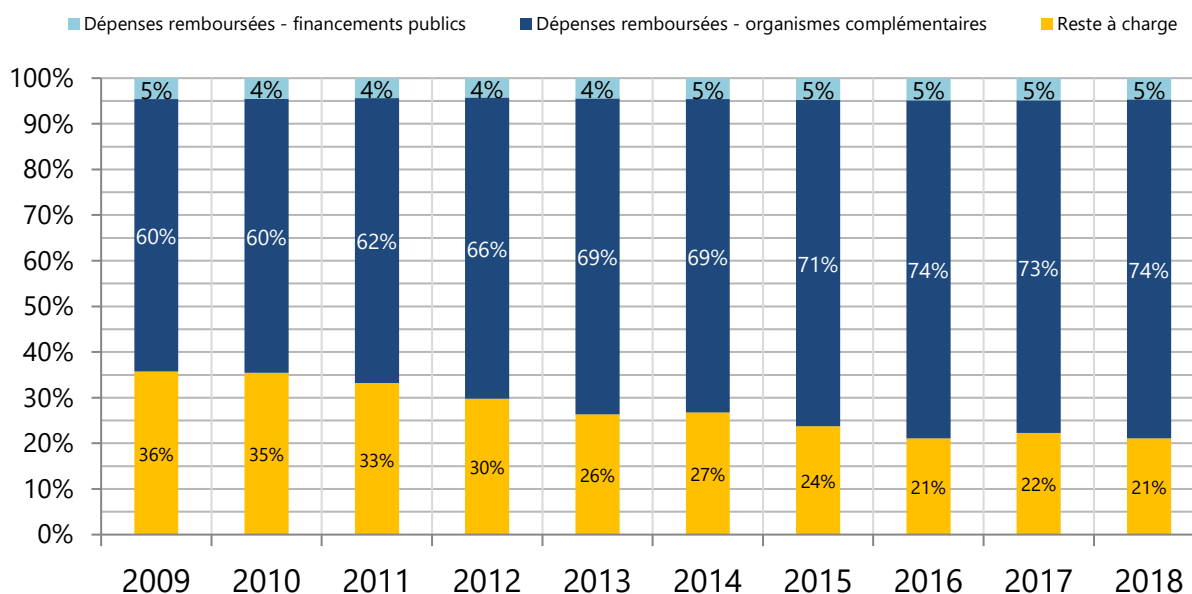
D'une part, c'est le pays où la dépense moyenne d'optique médicale par tête est la plus élevée de l'OCDE (environ 95,5€ en 2018, pour un montant total de dépenses de 6 393 M€ la même année et US\$92 en PPP en 2013 selon l'Organisation internationale), devant le Danemark et l'Espagne.



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

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

## Part des différents financeurs de l'optique médicale



Source : DREES, Comptes de la santé 2018

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

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

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

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

[59] Comme l'IGAS, la Cour des Comptes a établi clairement, en 2018, l'absence de politique nationale de prévention des troubles visuels à destination de la population à tous les âges de la vie, soulignant que les programmes de suivi de la santé visuelle sont essentiellement organisés pour les jeunes enfants, les personnes atteintes de diabète et dans une moindre mesure pour les personnes âgées. Le dépistage organisé est partiel pour les enfants, limité à la rétinopathie diabétique pour les adultes, et avec des résultats encore limités et ponctuel chez les personnes âgées. A titre d'illustration, une étude menée par l'INSERM dans la région de Bordeaux en 2010 a montré chez les personnes âgées que 38 % des cas de glaucome n'étaient pas diagnostiqués<sup>30</sup>. Le rapport Arné<sup>31</sup> reprend également un constat de l'INSERM selon lequel 40 % des troubles visuels du jeune enfant ne seraient pas détectés faute de moyens suffisants et souligne que 80 % des malvoyances et des cécités infantiles étant génétiquement déterminées, l'examen systématique des familles à risque devrait être développé.

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

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

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

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

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

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

<sup>31</sup> Cf. *op. cit.*

une estimation de l'ordre de grandeur des populations touchées par les principales affections oculaires<sup>32</sup>.

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

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

Source : Inserm, LEHA

[63] Ces estimations sont assez substantiellement différentes des données publiées par la CNAM<sup>33</sup> concernant le nombre de personnes atteintes de DMLA (177 000), glaucome (1 476 000) et rétinopathie diabétique (1 590 000) ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue en 2018. Des différences de périmètre et de méthodologie peuvent expliquer ces écarts de chiffrage sur l'étendue du dépistage en France :

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

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

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

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

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

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

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

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

- Une répartition très inégale des ophtalmologistes sur le territoire

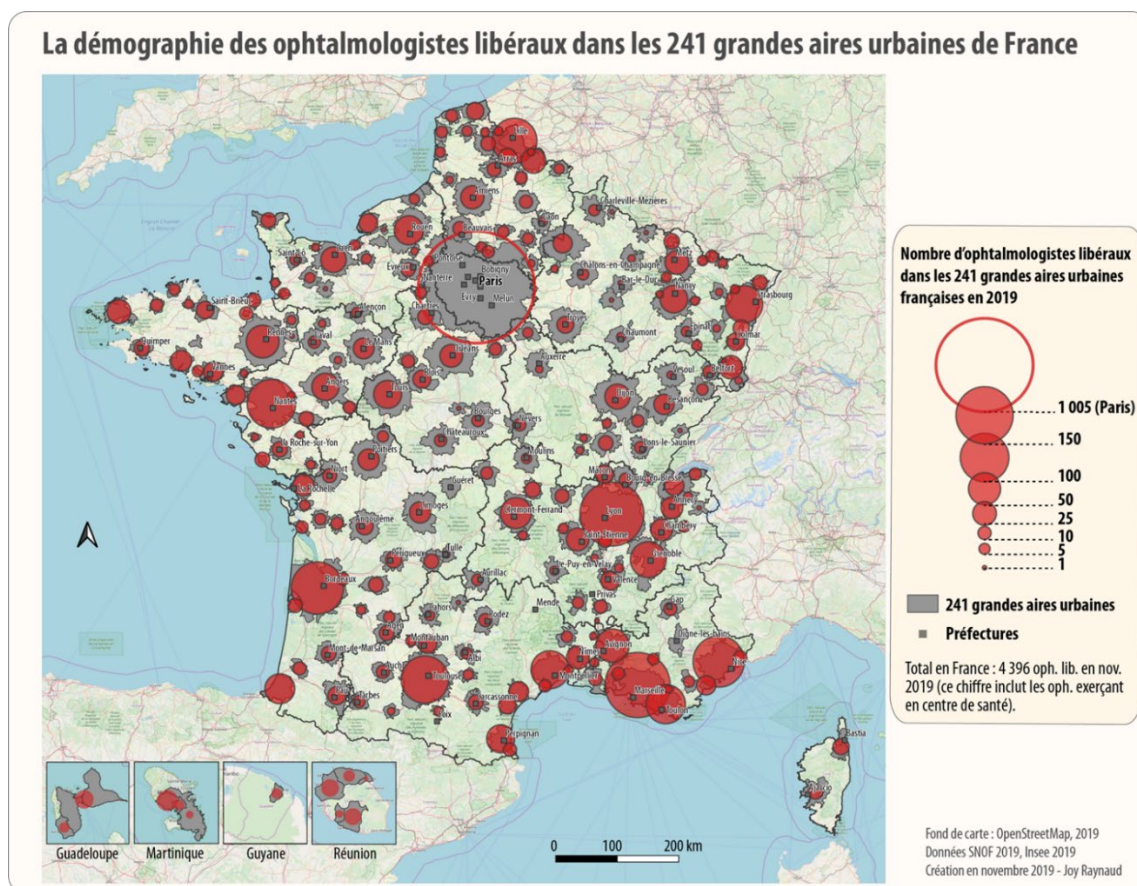
[66] Selon une étude de la DREES<sup>34</sup>, en 2013, 85 % de la population résidait dans une commune à moins de vingt minutes de l'ophtalmologiste le plus proche (contre 75 % pour les pédiatres). Selon une étude du SNOF communiquée à la mission, les ophtalmologistes sont présents dans les 241 aires urbaines (92,7 % des ophtalmologistes libéraux et 83 % de la population). Ils sont, en revanche, moins présents dans les zones des pôles petits et moyens (6,9 % des ophtalmologistes libéraux, 13% de la population) et dans les communes hors influence des pôles (0,4 % des ophtalmologistes libéraux, 5 % de la population).

---

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



Carte 1 : Présence des ophtalmologistes dans les aires urbaines



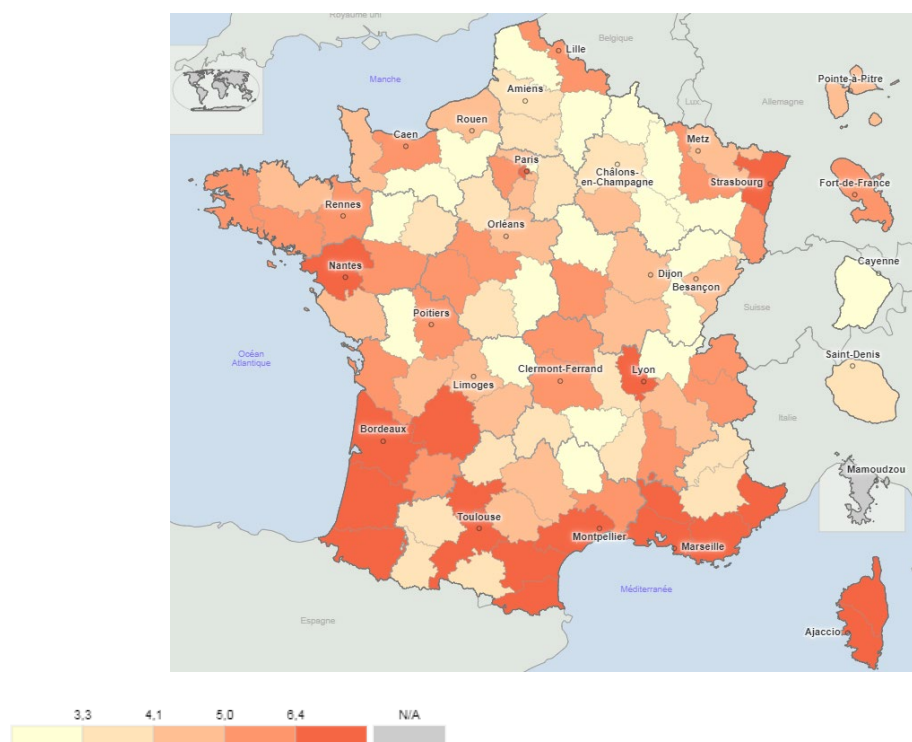
Source : SNOF

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

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

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

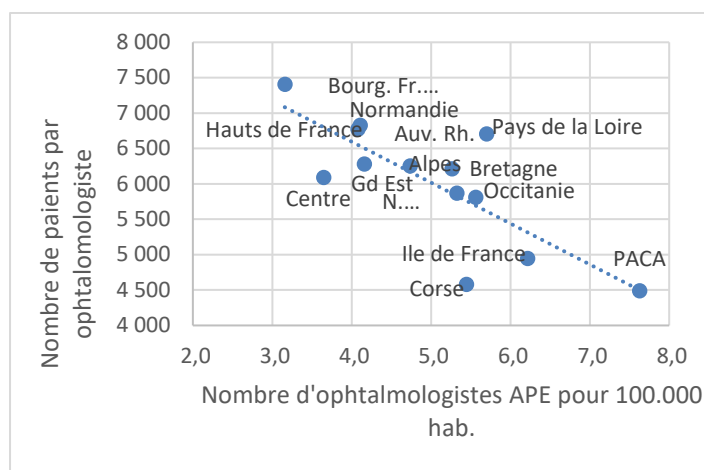
Carte 2 : Nombre d'ophtalmologistes non hospitaliers pour 100.000 habitants, 2019



Source : CNOM

[70] On constate logiquement que plus la région est faiblement dotée, plus les ophtalmologistes sont conduits à accepter de nombreux patients : moins de 5 000 par an en PACA et Ile-de France, près de 7 500 en Bourgogne-Franche-Comté<sup>35</sup>.

Graphique 6 : Nombre de patients par ophtalmologiste APE<sup>36</sup> et densité médicale pour 100.000 hab.



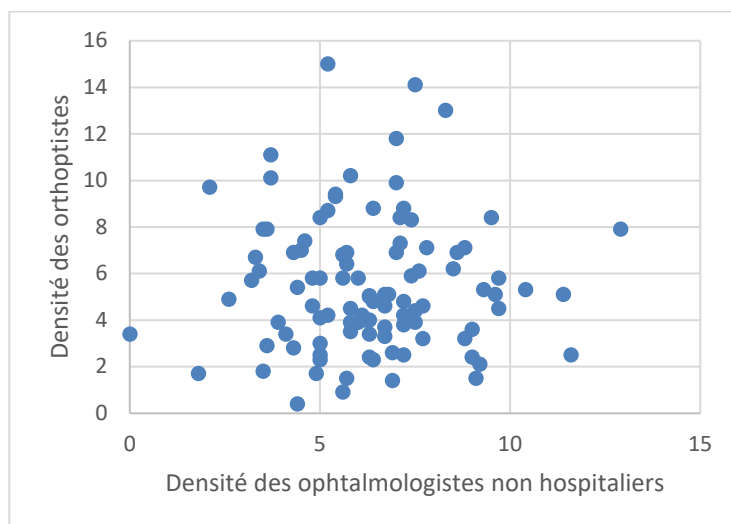
Source : CNAM, traitement mission

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

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

[71] Pour sa part, l'implantation des orthoptistes sur le territoire, mesurée à l'échelle des départements, est extrêmement variable, de 0,4 pour 100 000 habitants à 15 pour 100 000 habitants, avec une médiane à 5 pour 100 000 habitants<sup>37</sup>. Ces densités d'implantations ne semblent pas liées à des typologies de territoires et ne sont pas, contrairement à des assertions avancées auprès de la mission, corrélées à celle des ophtalmologistes.

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



Source : Chiffres DREES, présentation mission

#### • Des obstacles financiers pour l'accès aux ophtalmologistes

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

<sup>37</sup> Données DREES, traitement mission.

Tableau 3 : Ophtalmologistes APE par région - Année 2017

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

Source : CNAM<sup>38</sup>, traitement mission

### 1.2.2.2 Des délais d'attente excessivement élevés

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

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

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

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

Source : Mission

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

- Une insatisfaction des patients manifeste

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

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

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

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

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

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

<sup>41</sup> Réalisée en septembre/octobre 2018, 3878 ophtalmologistes.

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

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

<sup>44</sup> Réalisée en octobre 2019, 5005 personnes âgées de 18 ans et plus.

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

<sup>46</sup> Réalisée en janvier 2019 sur 1 000 personnes de 18 ans et plus.

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

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

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

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

Source : Enquêtes, présentation mission

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

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

#### Les enquêtes DREES et SNOF : des différences méthodologiques fortes

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

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

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



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

### Les chiffres de Doctolib : des précautions de lecture nécessaires

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

#### • Des écarts régionaux considérables

[79] Trois des enquêtes utilisées comportent des sous-études régionales métropolitaines. Pour neutraliser les écarts méthodologiques entre les enquêtes, le tableau ci-dessous reprend, pour chaque enquête, l'écart entre le délai moyen constaté dans chaque région<sup>48</sup> et le délai national, et établit la moyenne des écarts constatés.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Des écarts également importants selon l'origine sociale

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

- Des écarts notables entre secteur 1 et secteur 2

[84] L'enquête du SNOF compare certaines données entre le secteur 1 et le secteur 2. Par rapport au secteur 2, la prise de rendez-vous en secteur 1, pour un suivi ou un contrôle périodique, est en moyenne plus longue de 26 jours et en médiane de 24 jours, et les taux de rendez-vous obtenus sont inférieurs de 15 points<sup>49</sup>.

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

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

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



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

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

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

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

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

- Des situations pathologiques prises en charge plus rapidement

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

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

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

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

- l'utilisation de l'opportunité offerte par un voyage personnel ou professionnel dans une région mieux dotée, voire l'organisation d'un voyage *ad hoc*, pour prendre un rendez-vous avec un ophtalmologiste, notamment pour une première consultation ;
- l'achat de lunettes-loupes, ou lunettes de lecture avec un effet grossissant pour lire de près, qui sont vendues sans ordonnance chez les opticiens, en pharmacie, par internet et dans les grandes surfaces<sup>50</sup>, mais qui ne sont pas correctement adaptées aux troubles de la vision ;
- la délivrance d'ordonnances de lunettes par des médecins généralistes. Elle est en principe autorisée par le CNOM si le médecin généraliste a examiné lui-même son patient et dispose des connaissances techniques et du matériel nécessaires<sup>51</sup>. En pratique, il ne semble pas rare, compte tenu des délais d'accès aux ophtalmologistes, que des médecins rédigent directement des ordonnances à partir d'examens de la réfraction effectués par des orthoptistes ou des opticiens-lunetiers<sup>52</sup>.

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

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

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

---

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

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

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

### 1.3 Des formations paramédicales cloisonnées et qui soulèvent des questions

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

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

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

- Une formation sélective

[98] Les orthoptistes sont formés en trois ans et leur formation débouche sur l'obtention du certificat de capacité d'orthoptiste institué en 1956<sup>53</sup>, désormais de grade licence, nécessaire à l'exercice de la profession d'orthoptiste.

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

[100] La formation a été réingénierée en 2014<sup>54</sup>. Elle se déroule sur six semestres, comporte 1 968 heures de formation théorique, dont 933 de cours magistraux et 1 035 en travaux dirigés. Chaque semestre validé correspond à l'attribution de 30 crédits ECTS<sup>55</sup> soit 180 ECTS à la fin. La formation est assurée à titre principal par des professionnels médicaux et paramédicaux<sup>56</sup>. D'après le référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthoptiste<sup>57</sup>, 15 des 41 unités d'enseignement théoriques sont des cours portant sur la connaissance de la physiologie et des pathologies de l'œil correspondant à environ 300 heures d'enseignement. Le temps de stage est de 1 400 heures ; les stages sont faits à titre principal dans les services hospitaliers et parfois des services de soins pour personnes handicapées. Ils peuvent être faits dans des structures hospitalières privées, des structures médico-sociales, des cabinets libéraux, ou encore des structures éducatives disposant d'un orthoptiste.

---

<sup>53</sup> Décret du 11 août 1956.

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

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

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

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

[101] Filière sélective, l'entrée en première année d'orthoptie se réalisait jusqu'ici sur concours. À compter de la rentrée 2020-2021, la sélection empruntera la plateforme Parcourssup<sup>58</sup>. Les candidats verront leurs demandes examinées sur dossier et la sélection se fera par un jury.

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

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

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

Source : MESRI, présentation mission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Données UE – tableau IGAS -IGESR

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

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

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

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

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

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

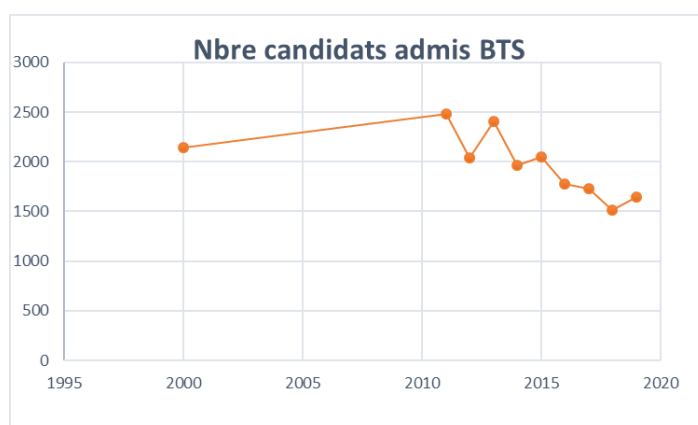
Tableau 9 : Résultats du BTS 2019 selon la formation suivie, initiale, apprentissage et continue et selon le secteur de formation et le taux de réussite

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

Source : Données Min éducation et tableau mission

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

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



Source : Données Ministère Éducation nationale - tableau mission

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

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

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

- Des licences professionnelles aux enseignements en santé limités

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

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

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

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

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

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

Source : Eric Lazaridès d'après maquettes - tableau mission



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

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

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

[120] La formation continue occupe une large part dans la formation des opticiens-lunetiers. Si le BTS se fait pour une part en apprentissage, la licence professionnelle se fait, elle aussi, via des contrats de professionnalisation c'est-à-dire des contrats de travail en alternance<sup>59</sup>. Le financement est assuré par les employeurs opticiens et notamment les chaînes d'optique qui recherchent des opticiens à bac + 3 ans répondant à la logique d'une plus grande qualification souhaitée par les organismes maladie complémentaires.

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

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

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

---

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



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

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

Source : UE – tableau IGAS-IGESR

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

### 1.3.3 Des formations d'optométristes « hors sol »

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

- Une formation complémentaire à celle d'opticien-lunetier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[131] Les projections en matière de démographie médicale, et la crainte d'une pénurie rapide et sévère d'ophtalmologistes, ont conduit dès le début des années 2000 à prendre une série de mesures et à faire évoluer significativement les pratiques dans la filière visuelle<sup>60</sup>.

[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.

---

<sup>60</sup> 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 dilatation<sup>61</sup>, 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 écrite<sup>62</sup> ;
- 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)<sup>63</sup>, 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 ;

---

<sup>61</sup> 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.).

<sup>62</sup> 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.

<sup>63</sup> 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 télémédecine 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 2020<sup>64</sup>.
- 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 <b>même lieu d'exercice</b> que OPH	Bilan réalisé par OT <b>à distance</b> : acte de télémédecine
Cible patients	Patients de 6 à 50 ans <b>connus</b> du cabinet	Patients de 6 à 50 ans <b>connus ou non connus</b> 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.

<sup>64</sup> 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.