Inspection générale
des affaires sociales

Restructuration de la filière visuelle

RAPPORT

Établi par

Dr. Dominique VOYNET

Inspectrice générale des affaires sociales

- Juillet 2015 -

2015-008R

SYNTHESE

1 UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE BIEN IDENTIFIE

La filière de santé visuelle est confrontée à d'importants problèmes structurels, liés à la baisse du nombre des ophtalmologistes suite aux erreurs d'appréciation commises au cours des deux dernières décennies, à l'accroissement et au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques (cataracte, rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA) et à la transformation en profondeur d'une spécialité médico-chirurgicale où les actes techniques ont pris une place prépondérante.

Elle se caractérise par d'importantes difficultés d'accès (délais d'attente, fréquence et importance des dépassements d'honoraires), par l'importance des besoins mal ou non couverts (prise en charge des urgences, dépistage des pathologies chez l'enfant, suivi des pathologies chroniques) et par une coordination mal structurée entre les différents professionnels qui la composent.

Des décisions, déjà, ont été prises qui, outre le relèvement du nombre de postes proposés en ophtalmologie aux examens classants nationaux, et la mise en place d'un suivi précis dans la répartition géographique des postes formateurs au regard de la densité des ophtalmologistes et des perspectives de cessation d'activité, reposent sur le renforcement des compétences des auxiliaires médicaux de la filière visuelle (orthoptistes et opticiens-lunetiers) et sur l'établissement de coopérations entre l'ophtalmologiste et l'auxiliaire médical. Il est vite apparu qu'elles n'étaient pas suffisantes.

Un plan d'actions en quatre volets, qui n'est pas encore totalement déployé, a alors été préparé par la direction de la sécurité sociale.

Par lettre en date du 22 décembre 2014, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a demandé à l'Inspection générale des Affaires sociales de diligenter une mission d'appui, chargée de le finaliser en lien avec les administrations concernées, « avec pour objectif de réduire de moitié le délai moyen constaté pour une prise de rendez-vous avec un ophtalmologiste, d'ici 2017 ».

2 ENJEUX DE LA MISSION ET DEFINITION DE SON PERIMETRE

2.1 La mission n'avait pas pour objet de formuler des préconisations pour l'organisation de la filière visuelle en milieu hospitalier, comme l'a confirmé explicitement le cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Mais elle s'est intéressée aux initiatives prises à l'hôpital pour contribuer à la modernisation de l'offre de soins visuels.

2.3 La mission a concentré ses efforts sur les conditions à réunir pour développer le partage des tâches entre professionnels de la filière visuelle, qu'il s'agisse d'accompagner le développement du travail aidé, notamment en secteur 1, de consolider les collaborations existantes entre libéraux et d'en déployer d'autres, ou encore de préciser les conditions d'exercice et de rémunération des uns et des autres.

2.4 La mission a pris en considération les quatre volets du « plan d'actions pour la filière visuelle » élaborés par les services du ministère des Affaires sociales (DSS, DGOS) ; deux d'entre eux visent à renforcer le suivi des pathologies chroniques ; deux autres sont conçus pour réduire les délais d'accès aux soins en ophtalmologie.

Fondé sur la complémentarité entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes, le plan a pour ambition, en libérant les médecins ophtalmologistes de la réalisation d'une partie des actes techniques et du suivi simple de certains patients (contrôle entre deux RDV des pathologies chroniques, bilan visuel avant prescription et/ou renouvellement de lunettes) à la fois de dégager du temps médical pour la prise en charge d'affections ophtalmologiques plus complexes, de réduire le délai d'attente d'une consultation et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de certaines pathologies chroniques.

Les quatre volets du plan d'actions prévoient de déployer nationalement une modalité innovante de dépistage de la rétinopathie diabétique ; de déployer des protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes sur la prescription de lunettes ; d'envisager de créer une structure juridique permettant l'exercice libéral d'ophtalmologistes et d'orthoptistes, au sein d'une SEL/SCP interprofessionnelle ; d'étudier la possibilité de nouveaux protocoles de coopération centrés sur les pathologies chroniques en ophtalmologie.

3 METHODOLOGIE

Une première phase d'analyse globale (février-mars 2015) a permis :

- de procéder à l'inventaire et à l'analyse d'une très volumineuse production de rapports, synthèses, statistiques, produits sur le sujet depuis une dizaine d'années : démographie médicale et para-médicale, évolution de l'activité, modes d'exercice, implications financières…
- de prendre l'attache des représentants des professionnels concernés « pour recueillir leur diagnostic et leurs propositions » et, de façon plus générale, de rencontrer l'ensemble des parties prenantes[1].

Une seconde phase du travail (avril – mai 2015) a permis :

- de « conduire une série de réunions techniques avec les services compétents de la Haute autorité de santé, de l'Assurance maladie et du ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la recherche, afin de préciser les conditions de réussite du plan d'actions proposé et leurs engagements sur les chantiers qui les concernent spécifiquement ».
- et parallèlement, de réunir à de nombreuses reprises – séparément ou ensemble - les acteurs concernés afin de vérifier leur adhésion au programme d'actions et à ses mesures d'accompagnement ; d'identifier, parmi les propositions, celles qui, parce qu'elles étaient largement consensuelles, méritaient d'être mises en œuvre sans délai ; de préciser les points qui devront faire l'objet, au sein de groupes de travail ad hoc, d'un travail de plus longue haleine.

Une dernière phase de consolidation (juin 2015) a permis à la mission, après avoir dressé l'état des lieux (partie 1) et le bilan des réformes déjà engagées (partie 2), de restituer les mesures qui, combinées, sont susceptibles de remédier aux difficultés constatées (partie 3) en prenant en compte leur probable efficacité, leur acceptabilité (pour les professionnels comme pour les usagers) et leur soutenabilité financière.

1 Pouvoirs publics, financeurs, professionnels de la filière visuelle, engagés ou non dans des pratiques innovantes, syndicats professionnels, usagers, parlementaires…

4 DES MESURES LARGEMENT CONSENSUELLES QUI NE PORTERONT LEURS FRUITS QUE DANS LE TEMPS

Dans un climat de consensus sur la nécessité de dégager du temps médical pour les cas les plus complexes, un certain nombre d'hypothèses de travail et de pistes de solutions ont pu être avancées pour remédier aux difficultés actuelles et mettre en place un cadre permettant de s'adapter aux besoins futurs.

La plupart reposent - sans remettre en cause le rôle pivot du médecin ophtalmologiste, qui est l'un des rares spécialistes à bénéficier d'un accès direct spécifique dans le cadre du parcours de soins coordonné, dans la filière de la santé visuelle - sur la mise en place d'une nouvelle organisation et sur l'établissement de coopérations entre les différents professionnels de la filière visuelle : médecins ophtalmologistes, déjà cités et qui seuls disposent du pouvoir de prescription, orthoptistes et opticiens-lunetiers.

Certaines de ces coopérations dérogent, comme le permet l'article 51 de la loi du n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, aux dispositions règlementaires en vigueur, soit qu'elles dérogent à la liste des actes autorisés aux auxiliaires médicaux, soit qu'elle dérogent aux conditions dans lesquelles ces actes sont présumés devoir être réalisés.

La mission a formulé des propositions permettant de procéder à ces délégations de tâches dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité.

Un certain nombre de mesures apparaissent largement consensuelles. C'est le cas :

- de la réforme de la formation des opticiens lunetiers, avec une 3ème année moins commerciale, plus physiologique et la reconnaissance du grade de licence, leur permettant ainsi de prendre pleinement leur place dans une filière de santé visuelle ;
- du retrait dans l'article L 4362-10 de la mention du délai pendant lequel l'opticien-lunetier peut renouveler et/ou adapter l'équipement visuel, ce délai – variable selon l'âge et l'état de santé du patient – étant dès lors fixé par décret[2] ;
- de l'extension aux lentilles de contact de la faculté offerte aux opticiens-lunetiers de renouveler et adapter les lunettes, dans un délai adapté à l'âge du patient, sous réserve d'une information systématique de l'ophtalmologiste prescripteur en cas de modification de la prescription initiale, ainsi que, moyennant une formation complémentaire, d'assurer l''apprentissage de la pose et l'adaptation des lentilles (ainsi d'ailleurs qu'aux orthoptistes). - de la possibilité de prescription ou de renouvellement de certains dispositifs médicaux, d'utilisation fréquente dans leur pratique de rééducation visuelle, par les orthoptistes ;
- de la mise en place de protocoles explorant la faisabilité d'une extension aux orthoptistes de la faculté de renouvellement et/ou d'adaptation des lunettes et des lentilles, dans des conditions comparables à celles des opticiens lunetiers ;
- de la révision du décret de compétences des orthoptistes, pour l'adapter, d'une part à ce que beaucoup font déjà, sur prescription tacite ou explicite, dans une certaine insécurité juridique, et d'autre part à l'évolution des connaissances, compétences (réalisation d'actes techniques, adaptation des lentilles) et conditions d'exercice ;
- de la généralisation du travail aidé en cabinet, par des collaborateurs salariés (orthoptistes ou IDE en général, mais aussi opticiens ou optométristes dans certains cas) réalisant des pré-consultations (sur la base d'une prescription ou d'un protocole de

2 On peut citer ici "Démographie des professions de santé" par Y Berland et al, la Documentation française n°2002135, novembre 2002 ; "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" par Y Berland, octobre 2003 ; et le rapport Pouvourville pour la CNAMTS, en juillet 2002, cité plus haut

prise en charge formalisée), des post-consultations, du suivi de pathologies chroniques.

Cette généralisation se heurte au manque d'orthoptistes, concentrés dans les régions de formation initiale, aux attentes - largement justifiées selon la mission[3] - d'une meilleure reconnaissance salariale de leur travail et aux appréhensions de certains praticiens - âgés, en secteur 1 - quant à la viabilité économique de moyen terme de cette nouvelle organisation.

Tout en gardant présent à l'esprit qu'une aide directe à l'embauche d'un collaborateur générerait, et de multiples demandes dans d'autres spécialités médicales, et l'incompréhension de médecins dont les revenus ne peuvent être comparés à ceux des ophtalmologistes, la mission a formulé des propositions pour rendre attractif et/ou sécuriser le recrutement d'un collaborateur salarié par un ophtalmologiste, en secteur 1, dans les seuls territoires sous-dotés.

- du renforcement des coopérations entre orthoptistes libéraux et ophtalmologistes, qu'elles soient institutionnalisées (dans le cadre d'une société civile de moyens ou d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires) ou ponctuelles, grâce à la mise en place, sur le modèle de cotations distinguant clairement la réalisation d'un acte (par l'orthoptiste) et son interprétation (par l'ophtalmologiste). La cotation d'un acte global, comme le choix en a été fait pour les protocoles lunettes des Pays de Loire, limite en effet le développement de ces nouvelles pratiques aux cabinets d'ophtalmologie disposant d'orthoptistes salariés ou expose (si certains libéraux voulaient tenter l'expérience) à une répartition hasardeuse et déontologiquement contestable de la valeur ajoutée, l'ophtalmologiste facturant l'acte et restituant une partie du produit de celui-ci à un orthoptiste.
- de la mise en place d'un master d'optique médicale[4], ouvert aux opticiens lunetiers et orthoptistes titulaires de la licence, permettant de répondre aux besoins dans les domaines de la recherche et de l'industrie, de l'enseignement et de la formation et surtout, dans des missions d'assistant des ophtalmologistes, à l'hôpital comme au cabinet, assumant le cas échéant des pratiques avancées.

5 AVANT TOUT, GARANTIR LA LISIBILITE ET LA COHERENCE GLOBALES DES CHOIX

La mission s'est employée à ce que les enjeux soient clairement identifiés car il ne s'agit pas tant d'adopter une liste de mesures que de repenser la cohérence de la filière de santé visuelle et la lisibilité du parcours de soins. C'est là un chantier ambitieux et complexe qui suppose, au-delà de choix techniques qui devront être affinés, de construire de la confiance, de mobiliser des expertises variées, de convaincre des milliers de professionnels de modifier leur façon de travailler.

Tout en se refusant à « jeter en pâture » au lecteur des projections hautement spéculatives parfois fort pessimistes, la mission recommande de ne pas sous-estimer les difficultés, qui sont et seront considérables au cours des dix années à venir. Elles doivent être expliquées. Elles appellent des décisions fortes dont nous savons de façon certaine qu'elles n'auront pas un impact immédiat, dussent-elles être exécutées sans délai, mais qui permettront d'éviter que des constats identiques à ceux d'aujourd'hui ne soient à nouveau dressés dans quelques années.

3 Nombre d'orthoptistes sont légitimement choqués de la facturation de leurs actes d'AMY et, avec de très confortables dépassements d'honoraires, des actes techniques qu'ils réalisent, par des ophtalmologistes qui leur proposent un salaire qui n'excède parfois pas celui d'une secrétaire médicale...

4 La mission ne s'est pas ralliée à l'hypothèse d'une simple reconnaissance de la profession d'optométriste, qui évoque des modèles étrangers hétérogènes, tant dans le mode d'exercice que dans le contenu des formations.

Sommaire

SYNTHESE 3

RAPPORT 9

1 DES OPHTALMOLOGISTES TROP PEU NOMBREUX FACE A DES DIFFICULTES QUI S'AGGRAVENT 13

1.1 Des difficultés d'accès bien réelles 13
1.1.1 Des délais de prise de rendez-vous très longs 13
1.1.2 Des coûts élevés 14
1.1.3 Le renoncement aux soins 14
1.1.4 La prise en charge inégale des urgences 15
1.2 Des explications multiples 16
1.2.1 Une démographie des ophtalmologistes en berne ? 16
1.2.2 Une moyenne d'âge élevée, qui annonce de nombreux départs au cours des années qui viennent 17
1.2.3 La densité des ophtalmologistes 18
1.2.4 Une spécialité où les actes techniques, diagnostiques et thérapeutiques, ont pris une place prépondérante 19
1.2.5 Une pratique essentiellement libérale, et de plus en plus souvent en secteur 2 21
1.2.6 Une tarification des actes discutable et discutée 23
1.2.7 Des modes d'exercices très hétérogènes 24

2 DES DECISIONS, DEJA, ONT ETE PRISES…QUI IMPLIQUENT L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE LA FILIERE DE SANTE VISUELLE 27

2.1 Les orthoptistes 28
2.2 Les opticiens lunetiers 30

3 DES PROPOSITIONS POUR REDUIRE LES DELAIS ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE 35

3.1 Accroître l'offre de soins ophtalmologiques 35
3.1.1 Ajuster le nombre de postes formateurs en ophtalmologie aux besoins sanitaires de la population et encourager l'installation dans les régions sous-dotées 35
3.1.2 Encourager les ophtalmologistes qui le souhaitent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans 36
3.1.3 Augmenter la part des actes réalisés au tarif opposable pour limiter les freins financiers à l'accès aux soins 37
3.2 Développer les coopérations entre professionnels sous toutes les formes 37
3.2.1 Faut-il aller plus loin ? 38
3.2.2 Des craintes sont exprimées, qui doivent être entendues pour être surmontées 39
3.2.3 Précautions sémantiques 41
3.2.4 Conditions de réussite 42
3.3 Généraliser le travail aidé ? 42
3.3.1 Un potentiel conséquent 42
3.3.2 Une façon de travailler efficace et sûre… 43
3.3.3 et qui doit être encouragée davantage 44
3.4 Un soutien résolu au développement du travail aidé, une vigilance intacte face aux dérives possibles 45
3.5 Faciliter la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes libéraux 45
3.6 Aider à la création ou au maintien de cabinets de soins visuels sur les territoires moins bien dotés 50
3.7 Adapter la tarification aux nouvelles organisations 50

4 CONFORTER LE ROLE ET LES COMPETENCES DES AUXILIAIRES PARAMEDICAUX DE LA FILIERE VISUELLE 52
4.1 Compléter la boîte à outils de l'orthoptiste 52
4.1.1 Consolider la formation initiale 52
4.1.2 Reconnaître aux orthoptistes le droit de prescrire et renouveler certains dispositifs médicaux 53
4.1.3 Compléter le décret de compétences des orthoptistes 54
4.1.4 Prévoir l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes 55
4.2 Clarifier le rôle de l'opticien-lunetier et sécuriser l'usager 55
4.2.1 Trop d'écoles pour des débouchés désormais incertains 56
4.2.2 Le renouvellement des prescriptions de lunettes 58
4.2.3 La saga de l'ordonnance 59
4.2.4 Le renouvellement des lentilles, oui mais l'adaptation ? 60
4.2.5 Et le dépistage des pathologies de l'œil ? 61
4.2.6 Faut-il reconnaître l'optométrie ? 61
4.2.7 Reconnaître le rôle des personnels des cabinets médicaux 63
5 VERS DES PRATIQUES AVANCEES ? 64
6 CONCLUSION 66
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 69
LETTRE DE MISSION 73
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 75
SIGLES UTILISES 79

RAPPORT

« Au 1er janvier 2002, la France comptait 5370 médecins actifs en ophtalmologie, soit 9 spécialistes pour 100 000 habitants. Si la démographie de cette spécialité est à peu près stable depuis 1994, le nombre de spécialistes va diminuer rapidement dans les vingt années à venir, compte tenu des départs à la retraite. Sans flux de rentrée, on peut s'attendre à une diminution de 53 % des effectifs d'ici 2020 (53 % des spécialistes ont plus de 45 ans). L'ophtalmologie est donc l'une des spécialités les plus touchées par le départ massif à la retraite des médecins formés dans la période 1970-1985, avant l'instauration drastique du numerus clausus. Compte tenu de la taille de cet effet démographique, il est difficile de prétendre que cette diminution ne posera pas de problèmes en termes de satisfaction des besoins de soins de la population. Le but de l'étude est alors de proposer des scénarios d'évolution de la spécialité, en fonction de l'évolution prévisible de ces besoins, et en fonction d'hypothèses sur le contenu du métier de spécialiste en ophtalmologie. Ces scénarios incluent la prise en compte du rôle éventuel d'autres segments professionnels qui pourraient contribuer à l'offre de soins pour les affections de l'œil. »

Un lecteur distrait pourrait s'y tromper… Ces lignes, issues du rapport consacré à « la démographie en ophtalmologie 2000-2020 par G de Pouvourville (Cregas) et G Chaine (service d'ophtalmologie de l'hôpital Avicenne) pour le conseil scientifique de la CNAMTS, ont été écrites en septembre 2003. Elles auraient pu l'être aujourd'hui, à quelques détails près… C'est dire que le sujet n'est pas nouveau.

La santé visuelle – et pas seulement le bilan de la vue – constitue un véritable enjeu social et médical, économique et politique. Près de 3 Français sur 4 présentent une anomalie de la vue. Au-delà de 50 ans, 75 % d'entre eux portent des lunettes.

Les difficultés d'accès à un médecin ophtalmologiste font régulièrement irruption dans le débat public depuis une quinzaine d'années. C'est presque un "marronnier"… comme en témoignent articles de presse, reportages et documents.

Elles sont largement documentées, tant par les professionnels eux-mêmes[5] que par les pouvoirs publics[6]. Rapports, propositions de loi, documents syndicaux... s'accumulent depuis une quinzaine d'années, mettant en avant des données chiffrées qui, pour n'être pas toujours comparables, permettent néanmoins de dresser un diagnostic lucide des raisons de ce qu'il faut bien qualifier de désastre.

Par lettre en date du 22 décembre 2014, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a demandé à l'Inspection générale des Affaires sociales de diligenter une mission chargée de finaliser, en lien avec les administrations concernées, un plan d'actions pour la filière visuelle, « avec pour objectif de réduire de moitié le délai moyen constaté pour une prise de rendez-vous avec un ophtalmologiste, d'ici 2017 ».

C'est là une ambition forte, qui ne peut s'accommoder ni d'ajustements homéopathiques certainement inefficaces, ni de bouleversements susceptibles de mettre en péril la qualité et la sécurité des soins ou de susciter le rejet de professionnels dont le soutien constitue l'une des conditions de l'efficacité des réformes engagées.

5 Il faut citer ici les deux rapports produits par le Syndicat National des Ophtalmologistes Français : « L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions à l'horizon 2025-2030. Aspects démographiques, médicaux, paramédicaux, juridiques et économiques » en 2006 et « Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 » en 2011.

6 On peut citer ici "Démographie des professions de santé" par Y Berland et al, la Documentation française n°2002135, novembre 2002 ; "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" par Y Berland, octobre 2003 ; et le rapport Pouvourville pour la CNAMTS, en juillet 2002, cité plus haut.

Les difficultés sont de deux ordres :

- des délais d'attente[7] considérables

  60, 77, 111 jours… Si les chiffres sont différents d'une étude à l'autre, selon la méthodologie qu'elles emploient, ils évoluent tous dans le sens d'un allongement des délais moyens d'octroi d'un rendez-vous. Ils peuvent atteindre 3, 6 ou 9 mois dans certaines villes, voire excéder un an en Picardie ou en Franche-Comté. Mais les chiffres doivent être analysés avec discernement, comme on le verra plus loin.

  Ainsi, la plupart des patients atteints de pathologies chroniques bénéficient d'un suivi programmé ; et des rendez-vous sont souvent, mais pas systématiquement, débloqués en cas d'« urgence ». La situation est critique pour les patients qui consultent de façon occasionnelle, et plus grave encore pour les « nouveaux » patients – ils sont des millions - disposant ou non de leur dossier de soins visuels, en cas de déménagement (du patient) ou de retraite (de leur ophtalmologiste). Les conséquences potentielles du non recours[8] (report de soins et renoncement aux soins) sur la santé visuelle – retard de diagnostic, perte de chance – restent mal évaluées.

  Un représentant du syndicat national des ophtalmologistes décrit ainsi « un système au bord de l'écroulement, où on reçoit mal les urgences, et pas du tout les nouveaux patients ». Peut-être y a-t-il une forme d'exagération dans la formulation de ce diagnostic ? Sans doute… Elle témoigne en tout cas d'une inquiétude et d'un sentiment d'urgence bien réels.

- des freins financiers à l'accès aux soins, compte tenu d'une part de la proportion élevée de praticiens en secteur 2, qui atteignait 55 % en 2010 et qui s'accentue année après année[9], alors que 2/3 des nouvelles installations se font en secteur 2 ; et d'autre part de l'importance des taux de dépassements, évalués en moyenne en 2011 à 60 %.

La situation semble d'autant plus préoccupante que :

- la population de notre pays continue à augmenter et vieillit. Plus de patients et parmi eux, plus de patients âgés et très âgés dont l'autonomie - qu'ils soient porteurs simplement de lunettes[10] ou atteints de pathologies chroniques invalidantes - tend à se dégrader dans le temps ;
- les besoins évoluent, avec la conduite de véhicules et machines, la généralisation du travail sur écran et de la navigation en ligne sur des supports variés ;
- le doute s'est installé quant à la capacité des ophtalmologistes à faire face à l'augmentation régulière de la demander, sur fond de diffusion de données démographiques effrayantes, que la mission s'est employée à colliger et analyser.

Il est vrai que près de 70 % des ophtalmologistes[11] sont âgés de plus de 50 ans, que 18 % d'entre eux ont plus de 60 ans et qu'ils sont même 25 % dans ce cas en Bourgogne ou en Franche-Comté[12].

7 Le 1er chiffre est fourni par l'enquête ESPS, IRDES 2010, le second par l'étude Yssup Research réalisée en 2014 pour le groupe Point Vision… Quant à l'UFC Que Choisir, elle évoquait en 2012 un délai moyen de 133 jours.
8 Il concernerait 17 % des patients selon l'IRDES, 2012
9 Ce chiffre atteint 85 % en Ile de France.
10 77 % des personnes âgées de 40 à 64 ans portent des lunettes ; elles sont 92 % après 65 ans.
11 Ils sont 5855, tous modes d'exercice inclus, dont 118 dans les DOM, au 1er janvier 2014 - DREES
12 Chiffres DREES, 2010

Les difficultés de la filière ne doivent rien au hasard. Elles ont été amplifiées, sinon provoquées, par des décisions inadéquates, avec le choix d'inscrire cette spécialité médico-chirurgicale parmi les spécialités chirurgicales, la baisse drastique et « inconsidérée[13] » du numérus clausus, l'encouragement au départ prématuré de centaines de médecins par le MICA[14] ; mais aussi par une absence d'anticipation des évolutions lourdes de la spécialité et plus généralement, par des décisions prises au coup par coup, sans vision d'ensemble, et dont l'impact s'est révélé marginal au regard de la gravité des problèmes identifiés.

Certaines de ces erreurs ont, depuis, été corrigées : c'est le cas du relèvement du numérus clausus et surtout, de la mise en place d'un suivi précis dans la répartition géographique des postes formateurs au regard de la densité des ophtalmologistes et des perspectives de départs. Leur impact sera nécessairement progressif.

Des décisions ont été prises, des réformes ont été engagées, qui sont parfois apparues comme autant de concessions à l'un ou l'autre des acteurs de la filière de santé visuelle, sans que les choix stratégiques ne soient explicités, que l'efficacité des organisations ne soit garantie, que l'intelligibilité du parcours de soins ne soit vérifiée. Telles quelles, elles témoignent néanmoins de la prise de conscience des différents acteurs et de leur capacité à engager le dialogue.

Certaines de ces mesures ont été prises en concertation avec les professionnels : renouvellement et adaptation de la prescription de lunettes par les opticiens-lunetiers, élargissement du décret de compétence des orthoptistes, expérimentation de nouvelles formes de coopération, qu'il s'agisse de simple travail aidé[15] ou de délégations de tâches, dans le cadre proposé par l'article 51 de la loi 2009-879 du 25 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

D'autres l'ont été, sans analyse sérieuse des données, sans concertation ni étude d'impact, à l'initiative de groupes d'intérêt et de pression dont les préoccupations sanitaires ne sont pas apparentes. A noter que ces réformes ont été introduites dans des textes à vocation économique[16] et non dans des textes dédiés à la santé.

Ce qui pose problème, ce n'est pas la nature de ces propositions, qui ne sont ni scandaleuses, ni irrationnelles, c'est qu'elles sont volontiers présentées comme « la » solution, presque magique, qu'il suffirait de déployer pour surmonter les difficultés, sans que la lisibilité globale du parcours de soins et l'articulation des interventions des professionnels ne soient précisées.

En attendant, le débat s'envenime ; les professionnels se renvoient la balle, s'accusant mutuellement d'incompétence ou d'appât du gain, invoquant « la santé des yeux » ou « la perte de chances » qui serait liée, pour les uns à toute évolution de l'organisation des soins, pour les autres au contraire au statu quo. Et cela alors même qu'aucune étude n'a jamais pu comparer les conséquences pour la santé visuelle d'une population des délais actuels d'accès à l'ophtalmologiste (et des retards au diagnostic qu'ils peuvent emporter) et de la large délégation à d'autres professionnels (et des erreurs qu'elle peut générer).

13 Comme l'indique le Pr Y Berland en 2005

14 Le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée de l'activité institué dans la loi 88-16 du 5 janvier 1988 permettait à un médecin de partir en retraite avant 65 ans. Le mécanisme, rendu plus attractif encore par l'ordonnance du 24 avril 1996, avec un départ dès 57, voire même 56 ans, a été supprimé au 31 décembre 2004.

15 On distingue en pratique courante, et sans que ces termes ne reflètent une réalité juridique, le travail aidé, dans lequel un collaborateur effectue, sous le contrôle et la responsabilité de l'ophtalmologiste, une partie des tâches et examens, afin de dégager du temps pour la partie médicale proprement dite de la consultation. Les actes sont réputés réalisés dans le cadre de la consultation et cotés par l'ophtalmologiste, qui fait son affaire de la rémunération de son collaborateur. Et la délégation de tâches, dans lequel l'ophtalmologiste prescrit un certain nombre d'actes qui seront réalisés par le collaborateur sous sa responsabilité propre.

16 Loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques en cours de discussion.

Il faut le dire fermement : il n'est pas davantage question de « se passer des ophtalmologistes » que d'ignorer les compétences des para-médicaux ou les évolutions techniques[17] qui offrent des perspectives nouvelles.

Le statu quo n'est pas tenable, car :

- L'activité s'est transformée au cours des vingt dernières années, avec une multiplication par trois des actes techniques et, malgré la stagnation du nombre des ophtalmologistes, une augmentation régulière du nombre des actes, de l'ordre de 800 000 par an[18].
- Les besoins vont continuer à croître au cours des prochaines années, en raison de l'augmentation de la population[19], de son vieillissement[20], du meilleur suivi des pathologies chroniques (glaucome, DMLA, rétinopathie diabétique, cataracte).
- Certaines attentes sont aujourd'hui négligées. Les ophtalmologistes alertent sur le défaut de dépistage et de suivi de la santé visuelle chez l'enfant, qui n'est plus systématiquement assuré par la médecine scolaire, au prix d'une perte de chance pour les enfants concernés (amblyopie, strabisme).

La mission s'est déroulée du 11 février au 10 juin et a consisté dans un 1er temps :

- A compiler et exploiter la très volumineuse production de rapports, synthèses, statistiques, produits sur le sujet depuis une dizaine d'années : démographie médicale et paramédicale, évolution de l'activité, modes d'exercice, implications financières…
- A rencontrer l'ensemble des parties prenantes[21], du côté des pouvoirs publics, des financeurs, des professionnels de la filière visuelle, engagés ou non dans des pratiques innovantes, des différents syndicats, des usagers, des parlementaires…

Cela a permis de dresser un diagnostic de la situation (partie 1), d'établir un inventaire des réformes déjà engagées et de leur impact (partie 2) ainsi que des expérimentations en cours.

Dans un second temps, la mission a examiné les solutions susceptibles de remédier aux difficultés constatées ; exploré leur faisabilité au regard de la disponibilité des uns et des autres à y contribuer ; cherché à identifier les conditions à réunir et les mesures à prendre pour passer à l'action avec un maximum de chances de réussite ; réuni les parties prenantes pour vérifier leur adhésion au programme d'actions et à ses mesures d'accompagnement (partie 3).

Le travail a mobilisé les directions concernées du ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des Femmes, de la Haute autorité de santé, de la CNAMTS, du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche… Il n'est pas terminé et devra se poursuivre, tant avec les professionnels de la filière de santé visuelle qu'avec l'ensemble des administrations concernées.

17 Ainsi de la tonométrie, désormais sans contact et devenue réalisable par tous… Ou de la mise sur le marché de matériels qui, pour être portables, n'en sont pas moins fiables...
18 Sur un total de 30 millions d'actes par an - DREES
19 De l'ordre de 350 000 habitants supplémentaires par an
20 Les plus de 60 ans représentaient 21 % de la population en 2006 ; ils seront 30,6 % en 2030.
21 Voir liste jointe des personnes rencontrées, parfois une seule fois, parfois plusieurs… et des déplacements de terrain : Rouen, Marseille, Lille, Le Mans, Toulouse.

1 DES OPHTALMOLOGISTES TROP PEU NOMBREUX FACE A DES DIFFICULTES QUI S'AGGRAVENT

1.1 Des difficultés d'accès bien réelles

1.1.1 Des délais de prise de rendez-vous très longs[22]

L'enquête sur la Santé et la Protection sociale 2012 – IRDES 2012 a été faite sur 2643 ophtalmologistes (42 % en secteur 1 et 58 % en secteur 2, ce qui est proche de la moyenne nationale).

Délai	en % des patients
Moins d'1 mois	27
De 1 à 3 mois	39
De 3 à 6 mois	18
Plus de 6 mois	11
Refus de RDV	15

Source IRDES

Le délai moyen serait de 60 jours. Il est plus long de 33 jours en moyenne en secteur 1.

L'enquête YSSUP Research[23] publiée en février 2014 donne un délai moyen de 77 jours.

Le cabinet de conseil JALMA[24] donne des résultats plus inquiétants : il serait de 111 jours en moyenne. 7 % à peine des usagers auraient un rendez-vous dans les deux semaines, 25 % dans un délai de deux semaines à deux mois, 39 % dans un délai de deux à six mois et… 39 % au-delà de six mois !

Ils sont très variables d'une région à l'autre, d'un département à l'autre, avec d'importantes inégalités en leur sein.

Ces chiffres doivent évidemment être interprétés[25] avec discernement :

- les patients connus du cabinet, bénéficient pour le suivi des pathologies chroniques (rétinopathie, glaucome, DMLA) de rendez-vous programmés ;
- les urgences[26] sont prises en charge de façon inégale, d'une façon globalement insatisfaisante ;
- les « nouveaux patients » - qui sont nombreux, suite à un déménagement ou au départ en retraite de l'ophtalmologiste qu'ils avaient l'habitude de consulter - se voient proposer un rendez-vous lointain ou… pas de rendez-vous du tout ! Ce qui, selon les cas, peut se révéler simplement irritant pour l'usager ou gravement pénalisant pour sa santé visuelle.

L'un des responsables du SNOF analyse ainsi la situation : « s'il y a beaucoup de personnes qui attendent longtemps, c'est parce que beaucoup de créneaux sont occupés par peu de patients».

22 La mission se doit de signaler les biais méthodologiques inhérents à la collecte des données, parfois recueillies auprès des usagers, parfois auprès des secrétariats médicaux.
23 Enquête Yssup Research (groupe Publicis Health Care) pour Point Vision, février 2014
24 Observatoire JALMA de l'accès aux soins, janvier 2014
25 La représentante de l'un des syndicats d'opticiens évacue ainsi la question des délais : « moi, je vous trouve un ophtalmo dans la journée ! ». L'anecdote se passe… à Paris et le montant de la consultation s'élève à… 140 euros !
26Voir plus loin, au point I.1.4

Les usagers déplorent également des ophtalmologistes « inaccessibles », à tous les sens du terme : secrétariat injoignable, toujours sur répondeur, qui tranche d'un « on ne prend plus de nouveaux patients » ou qui tente de les dissuader en proposant un rendez-vous un an plus tard.

L'ophtalmologie n'est pas non plus épargnée par l'évolution des modes de vie. Ainsi de la généralisation de l'activité professionnelle des femmes (qui ne viennent plus en journée, mais « comme les hommes » le soir), la réforme des rythmes scolaires (qui a « amputé » le mercredi) ou de la « plaie » que constituent les rendez-vous non honorés.

1.1.2 Des coûts élevés

Plus d'un ophtalmologiste sur 2 est désormais installé en secteur 2[27]. Un chiffre très inférieur à celui des chirurgiens orthopédistes (81 %) ou urologues (87 %), du même ordre que celui des gynécologues (58 %) ou otorhinolaryngologistes (59 %), très supérieur à celui des cardiologues (21 %).

Sur les 4774 ophtalmologistes libéraux recensés en 2013, 2080 étaient installés en secteur 1 (44 %) et 2694 en secteur 2 (56 %)[28].

Deux installations sur 3 se font désormais en secteur 2. Et davantage à Paris, où 85 % des installations se feraient en secteur 2.

Il faut noter l'importance des dépassements d'honoraires, qui atteignent 57 % en moyenne des tarifs opposables.

Un acte sur cinq serait réalisé au tarif opposable en moyenne par les ophtalmologistes. Moins de 5 % d'entre eux ont signé le contrat d'accès aux soins[29], qui permettrait un meilleur remboursement de leurs patients.

1.1.3 Le renoncement aux soins

Il y a plusieurs façons d'appréhender ce concept[30].

Le cabinet de conseil Jalma affirme dans une enquête récente[31] que 6 personnes sur 10 auraient renoncé à des soins en raison des délais d'attente. D'une façon générale, le 1er motif de renoncement aux soins[32] concerne les délais de rendez-vous (sans qu'on puisse réellement distinguer s'il s'agit de renoncement ou de report). Suivent le coût des soins et l'importance des dépassements et enfin l'éloignement.

27 Il s'agit là d'un des effets secondaires de la réforme de l'internat de 1982 et de la forte baisse du nombre de postes dédiés à l'ophtalmologie dans les ECN, qui ont permis à une proportion croissante des internes d'accéder à des postes de chef de clinique ou d'assistant des hôpitaux, leur permettant une installation en secteur 2.

28 CNAMTS, SNIR 2013

29 Le contrat d'accès aux soins (CAS) a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au JO du 6 décembre 2012. Il garantit aux patients des médecins en secteur 2 un meilleur remboursement et aux praticiens une prise en charge partielle, qui s'élève en moyenne à 4300 euros par an, de leurs cotisations sociales, moyennant l'engagement des médecins adhérents à ne pas appliquer de dépassements d'honoraires supérieurs à 100 % des tarifs applicables en secteur 1 et à réaliser une part de leur activité (30 % pour les nouvelles installations mais parfois bien moins chez les médecins déjà installés) au tarif opposable.

30 Et celui d'accessibilité, qui lui est lié et s'intéresse à la proximité et à la disponibilité du praticien.

31 Observatoire de l'accès aux soins JALMA 2012

32 26 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raison financière en 2012 ; 17 % ont renoncé en raison de délais excessifs et 3 % pour des questions d'accessibilité (temps ou distance) - Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 -IRDES - juin 2014

L'IRDES[33] a exploré les difficultés d'accès à diverses spécialités et le renoncement à consulter qui en découle. En ophtalmologie, 17,1 % des patients renonceraient à consulter « parce que le délai est trop long », 3 % « en raison de l'éloignement du médecin » et 9,8 % « pour des raisons financières ».

Selon la même source, le renoncement aux « soins d'optique » (qui ne distingue pas le coût de la consultation de l'ophtalmologiste du coût de l'équipement optique) concernerait 10 % des bénéficiaires de l'assurance maladie, et plus du double (24 %) chez les personnes dépourvues de complémentaire santé.

La moitié des consultations a lieu à moins de 15 minutes de la commune de résidence, mais le recours au professionnel le plus proche n'est pas systématique[34]. Ainsi, alors même que 98 % des Français résident à moins de 30 minutes d'un cabinet d'ophtalmologie, près d'un sur quatre privilégie un choix plus éloigné. Et quand il n'existe pas d'ophtalmologiste dans la commune de résidence, on constate qu'un tiers seulement des usagers amenés à se déplacer, le font vers l'ophtalmologiste le plus proche.

Chez les personnes les plus précaires, le renoncement aux soins visuels est plus souvent lié à un manque d'information et de connaissance du système de santé visuel, à une méconnaissance du coût réel des prestations et du droit à une prise en charge[35].

1.1.4 La prise en charge inégale des urgences

L'étude du SNOF « faut-il changer un système qui ne marche pas ? », réalisée en décembre 2013, alerte sur la mauvaise prise en charge de patients décrivant, au téléphone, les symptômes évocateurs de situations justifiant une prise en charge urgente.

Dans le scénario « suspicion de DMLA », le patient décrit des signes évocateurs de DMLA, justifiant une prise en charge rapide. Plus parlant que le délai moyen de rdv (79 jours), c'est la proportion de patients (53 %) qu'on renvoie vers les pages jaunes, un confrère ou l'hôpital qui choque, et parmi ceux auxquels on accorde un rendez-vous, la proportion de ceux auxquels on propose un RDV au-delà de 15 jours : elle atteint 33 %.

Il en va de même dans le scénario suivant « urgence DMLA » dans lequel le 2ème œil est à son tour atteint. 38 % des patients seront renvoyés, et parmi ceux auxquels on propose un RDV, le délai d'attente est supérieur à 15 jours dans 45 % des cas. Au total, on constate que 22 % des patients dans le scénario 1, et 16 % des patients dans le scénario 2, se sont vus proposer un rendez-vous dans des délais adaptés à l'urgence ophtalmologique.

Un agenda trop chargé et la consigne « de ne pas prendre de nouveaux patients » n'expliquent pas, seuls, cette médiocre (euphémisme) prise en charge des urgences. Ces résultats interpellent aussi la formation et le niveau de vigilance des secrétaires médicales…

33 Enquête sur la santé et la protection sociale - Rapport 2012, IRDES, juin 2014 et « Distance et temps d'accès aux soins », IRDES, 2011
34 In « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », DREES, octobre 2012
35 In « Précarité et accès à la santé visuelle », Emmaus Solidarité et Visionsolidev, avril 2015

1.2 Des explications multiples

1.2.1 Une démographie des ophtalmologistes[36] en berne ?

Année	nombre total d'ophtalmologistes	dont dans les DOM
1985	3828	
1990	5111	
1995	5342	84
2000	5354	85
2005	5457	104

Source : DREES, Adeli

Un examen rapide du tableau ci-dessus suffit à illustrer l'impact de la réforme de l'internat de 1982.

La part des femmes atteint 47 %, une proportion élevée par rapport à d'autres spécialités médico-chirurgicales. Elle est de 50 % dans la tranche d'âge 50-59 ans mais se réduit à 34 % chez les 30-34 ans, ce qui pourrait être lié – hypothèse peu féministe ! - à l'évolution de la spécialité, de plus en plus technique et chirurgicale.

Les affirmations hâtives, qu'on retrouve dans la littérature militante, selon lesquelles la France aurait « perdu 1500 ophtalmologistes en 20 ans » sont donc manifestement erronées. En vérité, « l'évolution de l'ophtalmologie se fait depuis 25 ans « à démographie quasi-constante, contrairement à de nombreuses spécialités qui continuent de croître »[37.]

Il faut néanmoins préciser que la part des actifs à part entière a, lui, commencé à s'éroder dès 2006. Le nombre total est maintenu grâce aux praticiens âgés en cumul emploi-retraite. Et cela alors que la population de la France a augmenté au cours de la période.

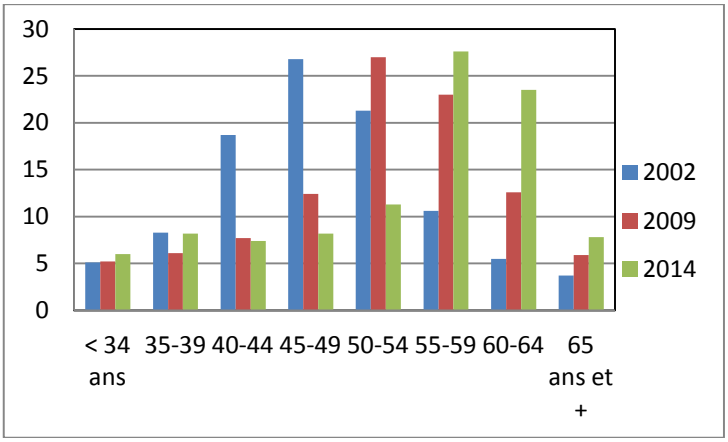
	Population	Nombre d'ophtalmos	densité
2004	61 251 062	4821	7,7
2014	66 013 339	5093	7,7

Source : INSEE, Adeli, DREES

36 Les données qui suivent sont issues pour l'essentiel du répertoire Adeli avant 2011, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) établi par le CNOM après 2011 et, concernant plus spécifiquement les professionnels libéraux, le système national d'information inter-régimes (SNIR) de la CNAMTS

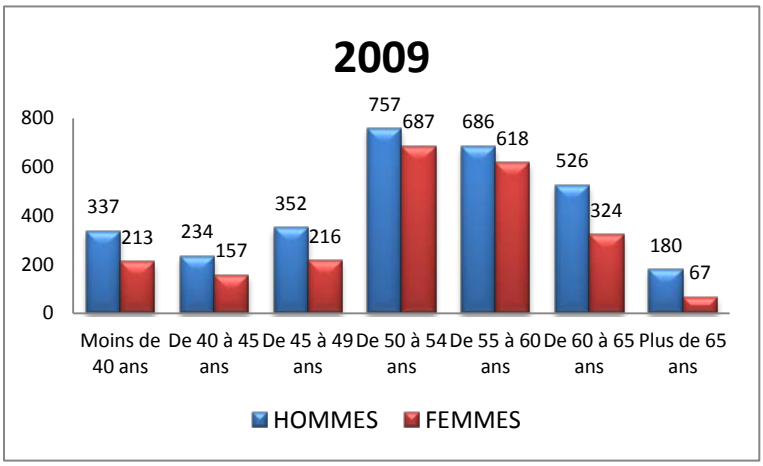
37 In « Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 », SNOF, avril 2011

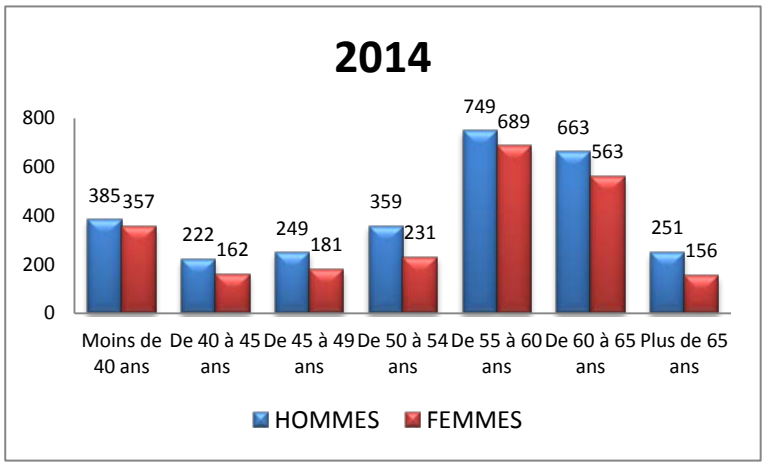
1.2.2 Une moyenne d'âge élevée, qui annonce de nombreux départs au cours des années qui viennent



	34 ans et moins	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 ans et plus
2002	5,1	8,3	18,7	26,8	21,3	10,6	5,5	3,7
2009	5,2	6,1	7,7	12,4	27	23	12,6	5,9
2014	6	8,2	7,4	8,2	11,3	27,6	23,5	7,8

Pyramide des âges





Source : CNOM

Ainsi, 31 % des ophtalmologistes ont 60 ans ou plus (et cesseront leur activité au cours des 5 années à venir) et 58,9 % ont 55 ans ou plus (et cesseront probablement leur activité au cours des 10 ans à venir). Avec eux, ce sont aussi les derniers ophtalmologistes titulaires du CES[38], dont les particularités de l'exercice seront abordées plus loin, qui disparaîtront.

68,5 % des ophtalmologistes ont plus de 50 ans…. et partiront donc avant 2030. Ces chiffres sont globalement concordants avec les prévisions du SNOF en 2009, annonçant « 72 % de départ en retraite entre 2008 et 2025 ».

38 Il s'agit des médecins qui étaient étudiants en 6ème année ou au-delà en 1983, année où s'appliqua pour la 1ère fois la réforme de l'internat adoptée en décembre 1982. L'examen fut organisé pour la dernière fois en 1990, au profit des dernières promotions de CES.

Ces pourcentages frappent l'imagination. Pour exacts qu'ils soient d'un point de vue formel, ils sont trompeurs et rendent mal compte d'une réalité complexe[39]

Qu'en est-il en valeur absolue ?

Ce sont 1633 ophtalmologistes qui pourraient partir en retraite avant 2020, 1438 de plus avant 2025 et 590 encore avant 2030. Un chiffre considérable qui ne serait qu'imparfaitement compensé par :

- l'arrivée des nouvelles générations, sur la base d'un numérus clausus qui atteignait 80/an en moyenne entre 1991 et 2010 (avec un effondrement, avec à peine 50 places à l'ECN, entre 2004 et 2007) avant d'augmenter selon les préconisations de l'Académie française d'ophtalmologie[40]. Il dépasse aujourd'hui 150 postes par an.
- des médecins décidant de poursuivre une activité, à temps plein ou à temps partiel, au-delà de l'âge de 65 ans ;
- des médecins étrangers, qui représentent aujourd'hui plus de 25 % des nouvelles inscriptions à l'ordre.

Le nombre d'ophtalmologistes serait ainsi appelé à diminuer de 35 % entre 2006 (5565) et 2030 (3590) selon le scénario tendanciel utilisé par la DREES[41].

La DREES a procédé à une comparaison de ces projections (faites en 2009) avec la réalité observée en 2014 : la baisse annoncée des effectifs ne s'est pas produite, grâce au renfort de médecins à diplôme étranger et, plus massivement encore, à la forte augmentation du nombre des médecins en cumul emploi-retraite. Encore faut-il signaler que ces médecins exercent majoritairement dans les régions les mieux dotées : 30 % d'entre eux sont localisés en Ile-de-France, 11 % en PACA, 8,5 % en Rhône-Alpes… Dans le même temps, la Seine-Saint-Denis a perdu 28 % de ses ophtalmologistes.

Pour le SNOF, les départs concerneraient essentiellement les médecins libéraux (qui perdraient les 2/3 de leurs effectifs quand les hospitaliers ne perdraient « que » 30 % de leurs effectifs. Deux explications sont avancées, qui pourraient amplifier le retard à l'installation constaté dans d'autres spécialités : une formation trop exclusivement hospitalo-universitaire et surtout, la perspective d'une carrière hospitalière, un grand nombre de postes hospitaliers étant accessibles à de jeunes médecins qui, plus souvent que leurs aînés, ont pu poursuivre leur formation comme chefs de clinique ou assistants des hôpitaux.

1.2.3 La densité des ophtalmologistes

La densité de l'offre de santé visuelle varie fortement d'une région à l'autre et, au sein d'une même région, d'un département à l'autre, d'une ville à l'autre, d'un bassin de vie à un autre.

La densité départementale moyenne est restée stable au cours des dix dernières années, autour de 7,7 ophtalmologues pour 100 000 habitants, avec une très forte hétérogénéité entre les départements, tant dans la densité elle-même, d'un département à l'autre, que dans son évolution au cours de la période, pour un même département.

---

39 2 Ne serait-ce que parce qu'ils ne sont pas comparés à ceux qu'on constaterait dans un effectif stable de 100 médecins, où les départs seraient strictement remplacés par des entrées. Dans cette hypothèse, les départs correspondent chaque année à 37,5 % (si la carrière dure 40 ans) ou même 43 % (si la carrière dure 35 ans, ce qui apparaît plus proche de la réalité) des effectifs. Ce qui est déjà, il faut l'admettre, fort impressionnant…

40 Il était de 106 en 2010, de 111 en 2011, de 117 en 2012, de 123 en 2013, de 150 en 2014,. Il sera de 151 en 2015, de 153 en 2016, 15.0 en 2017, 153 en 2018, se rapprochant ainsi des préconisations de l 'Académie française d'ophtalmologie.

41 La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », DREES, février 2009

Dans certains départements, la densité des ophtalmologistes, déjà très basse, s'est encore resserrée. C'est le cas de l'Yonne (- 13 %) dans une Bourgogne stable ; du Cher (de 3,8 à 3,2 ophtalmologistes pour 100 000 habitants, en baisse de 16 %) ou de la Haute-Saône (3,3) qui présentent une densité trois fois inférieure à celle considérée comme convenable.

Ces chiffres doivent être analysés et interprétés avec discernement.

Certains territoires faiblement peuplés, avec peu d'ophtalmologistes, conservent néanmoins un accès correct si ceux-ci sont bien répartis dans les villes moyennes. D'autres, densément peuplés, sont en difficulté malgré une densité médicale apparemment correcte, quand les ophtalmologistes sont concentrés dans la capitale régionale, par ailleurs siège du CHU, et pratiquent presque tous de consistants dépassements d'honoraires.

La densité médicale constitue en revanche un indice fiable de déficit médical quand elle est non seulement plus faible que la moyenne, mais qu'elle est associée à une population plus âgée que la moyenne, et que le nombre d'actes par praticien est, lui, supérieur à la moyenne.

1.2.4 Une spécialité où les actes techniques, diagnostiques et thérapeutiques, ont pris une place prépondérante

Considéré aux ECN comme une spécialité chirurgicale, l'ophtalmologie est en fait celle où l'activité médicale, diagnostique et thérapeutique, est la plus importante.

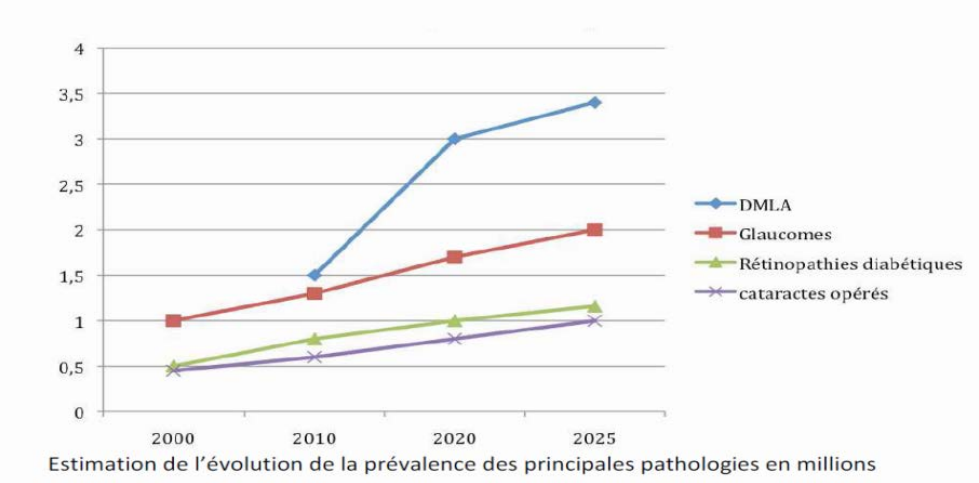
L'activité de l'ophtalmologiste a été profondément bousculée par l'arrivée d'appareillages diagnostiques et thérapeutiques qui, s'ils ont révolutionné la prise en charge de pathologies complexes, restent coûteux, incitant à la mutualisation au sein de cabinets de groupe ou de plateaux techniques, dont la qualité constitue désormais un des principaux arguments de choix au moment de l'installation.

Cette évolution explique, plus encore que l'augmentation de la population, l'augmentation du nombre d'actes facturés en ophtalmologie : on en dénombrait 11 millions en 1980 pour 11 millions de patients (peu ou pas d'actes techniques) et 37 millions en 2013 pour 13 millions de personnes vues (avec en moyenne 1,8 acte technique par personne).

La patientèle de l'ophtalmologiste a évolué, elle aussi, avec d'un côté - de plus en plus nombreuses - des personnes de plus de 50 ans, confrontées à la modification de leur vision et/ou porteuses de pathologies chroniques génératrices d'actes techniques (DMLA, glaucome) et nécessitant la mise en place d'un suivi régulier ; et de l'autre des patients jeunes qui ne présentent pas d'autre pathologie qu'une amétropie modérée et ne comprennent pas toujours l'intérêt d'une consultation.

Pour tous, « bien voir » apparaît comme une nécessité et un droit.

Le graphique ci-dessous[42] illustre l'évolution de la prévalence des pathologies chroniques de l'œil, dont la prise en charge prend désormais une place prépondérante dans l'activité de l'ophtalmologiste.



Estimation de l'évolution de la prévalence des principales pathologies en millions

Focus sur les lunettes ?

Que représente aujourd'hui la réfraction dans l'activité de l'ophtalmologiste, en nombre d'actes et en proportion de son temps ? La question est d'importance à l'heure où la perspective d'une large délégation de tout ou partie de cette tâche est clairement posée.

Il y aurait en France 37 millions de porteurs de lunettes[43].

< 15 ans	21,5 %
15-39 ans	42,7 %
40-64 ans	77 %
> 65 ans	91,6 %

Parmi eux, 13,315 millions de patients ont eu une délivrance de lunettes ou de lentilles au cours de l'année 2013. 69 % d'entre eux ont eu un contact avec un ophtalmologiste au cours des 3 mois précédents, et 78 % dans les 6 mois précédents[44].

Le nombre de dates de soins conduisant à la prescription de lunettes peut donc être estimé à 43,2 % (voire à 55 %) des contacts avec l'ophtalmologiste. C'est considérable.

Mais les ophtalmologistes font remarquer, à juste titre, qu'une proportion conséquente de ces prescriptions est réalisée alors que le patient est venu en consultation pour un autre motif. Et que la demande en soins ophtalmologiques croît plus rapidement que la demande de prescription d'une correction optique. Le SNOF considère qu'un tiers des consultations contiennent une prescription d'équipement optique et que, parmi celles-ci, la moitié seulement (c'est-à-dire 17 %) s'en tiennent à cette seule prescription[45].

42 Issu du rapport sur « La prise en charge des soins ophtalmologiques en France », académie de médecine, JL Arne, mai 2013.
43 ESPS 2012, IRDES, juin 2014
44 Données DREES
45 La prescription isolée d'équipements de vue ne représenterait que 17 % (7 millions) des 37 millions d'actes (800 000 en plus chaque année) réalisés chaque année par l'ophtalmologiste, relativisant l'impact prévisible des coopérations dans le domaine de la réfraction, d'après le SNOF.

1.2.5 Une pratique essentiellement libérale, et de plus en plus souvent en secteur 2

Le tableau ci-dessous illustre le poids de l'exercice libéral en ophtalmologie qui constitue, malgré une baisse de près de 6 points en 20 ans[46], le mode d'exercice de plus de 80 % des praticiens.

Année	Nbre total d'oph	Nombre d'oph libéraux	% des oph libéraux
1993	5251	4586	87,3
2013	5733	4670	81,5

Source : Adeli, RPPS, CNAMTS, SNIR

Le nombre d'ophtalmologistes libéraux[47] est passé de 2751 à 4438 entre 1980 et 1989 (soit une augmentation de 6,8 % par an en moyenne!). Il est resté globalement stable depuis : 4513 en 1990, 4618 en 1995, atteignant un pic de 4714 en 2009. Il est en 2014 de 4668.

Un tiers seulement des ophtalmologistes étaient installés en secteur 2 il y a 30 ans. Cette proportion a augmenté brutalement, de 35 à 52 % en 5 ans à peine, suite à la réforme de l'internat, entre 1985 et 1990 et est restée globalement stable pendant les quinze ans qui ont suivi. Depuis, l'augmentation du nombre d'installations en secteur 2[48] est lente, mais continue.

Sur les 4774 ophtalmologistes libéraux recensés en 2013, 2080 étaient installés en secteur 1 (44 %) et 2694 en secteur 2 (56 %)[49]. Et 2 installations sur 3 se font désormais en secteur 2.

Année	% d'ophtalmologistes en secteur 2	taux de dépassement en secteur 2	% des nouvelles installations en secteur 2
1985	35	21	
1990	52	29	
1995		33	
2000	49	41	
2005	52	55	
2010	54	60	63
2013	56	58	
2014	56	57	66

Source : CNAMTS, SNIR

Plus préoccupante est sans doute l'importance des dépassements d'honoraires, qui atteignent 57 % en moyenne des tarifs opposables[50]. Ils atteignent 98 % des tarifs opposables pour les consultations et visites et ne sont « que » de 45 % pour les actes techniques qui représentent, il est vrai, 70,8 % du montant total des honoraires en secteur 2.

Encore ces chiffres moyens rendent-ils imparfaitement compte d'une réalité contrastée : d'un côté, dans les villes moyennes, prédominent des habitudes « modérées » ; de l'autre, en Ile de France ou en PACA notamment, des praticiens osent des dépassements « sans tact ni mesure » qui désolent leurs confrères et scandalisent les patients.

46 Qui semble, sans que les données éparses collectées par la mission ne permettent de le préciser davantage, en partie au moins lié à un retard à l'installation dans les jeunes générations.
47Source CNAMTS, SNIR
48 35 % des APE (actifs à part entière) étaient installés en secteur 2 en 1985, 52 % en 1990, 46 % en 1995, 49 % en 2000, 52 % en 2005, 54 % en 2009, 56 % en 2013
49 CNAMTS, SNIR 2013
50 Le total des dépassements d'honoraires est calculé sur l'ensemble des actes (consultations et visites, actes techniques)

Comme le montre le tableau ci-dessous :

	Secteur 1	Secteur 2
Consultation hors dépassements (en euros)	131996940	157140159
Consultation dépassements (en euros)	2560226	154155019
% dépassement sur les consultations		98,00%
Actes techniques hors dépassements (en euros)	364103710	521611388
Actes techniques dépassements (en euros)	8490226	234426764
% dépassement sur les actes techniques		44,90%
% d'actes techniques sur total des activités	73,40%	76,8 %%
Total hors dépassements (en euros)	496100650	678751547
en % du volume total des honoraires sans dépassement	42,23%	57,77%
Total avec dépassements (en euros)	507151102	1067333330
en % du volume total des honoraires avec dépassements	32,21%	67,79%

Source : CNAMTS, SNIR 2014

Le montant des honoraires des médecins installés en secteur 1 (44 % des praticiens) atteint 42,2 % du montant total des honoraires sans dépassement mais seulement 32,2 % du montant global des honoraires, dépassements inclus. Un examen plus attentif encore de ces chiffres[51] es chiffres confirme de façon incontestable que les inégalités dans la répartition des honoraires ne sont pas liées à des activités par nature différentes, mais au montant des dépassements.

Le tableau qui suit illustre un peu différemment ce phénomène :

	Nombre (en millions)	Prix d'une Cs (en €)
Cs secteur 1	5,82	29,06
Cs secteur 2	6,83	47,23
2 actes en K secteur 1	4,9	38,49
2 actes en K secteur 2	4,39	54,00

	Montant des honoraires par médecin en € (2013)
secteur 1 sans dépassement	245 577
secteur 1 avec dépassement	250 518
secteur 2 sans dépassement	265 161
secteur 2 avec dépassement	419 539

Source : APE, CNAMTS, SNIR

Moins de 10 % des ophtalmologistes ont signé le contrat d'accès aux soins[52], qui permettrait un meilleur remboursement de leurs patients. Le dispositif s'est avéré peu attractif pour des praticiens dont le taux de dépassement excède largement celui qui est fixé dans le contrat et dont les revenus moyens sont, en secteur 2[53], parmi les plus élevés parmi les spécialités médicales. On note toutefois une légère progression de la proportion des actes réalisés au tarif opposable, qui passe de 20,9 % en 2011 à 22,1 % en 2012.

51Évaluant le poids respectif des consultations et visites d'une part, des actes techniques de l'autre, en secteur 1 et en secteur 2

52 Le contrat d'accès aux soins (CAS) a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au JO du 6 décembre 2012. Il garantit aux patients des médecins en secteur 2 un meilleur remboursement et aux praticiens une

1.2.6 Une tarification des actes discutable et discutée

Il s'agit là d'une préoccupation qui excède le cadre de la mission et qui devra être traitée dans le cadre des négociations entre partenaires sociaux, au moment de la renégociation de la convention médicale. Mais cette question a constitué la toile de fond des échanges conduits au cours des derniers mois, en raison du poids des organismes complémentaires d'assurance maladie dans le secteur de l'optique et des pratiques parfois déraisonnables qui s'y sont installées (tentation de prendre en charge au 1er euro et de démédicaliser la prescription d'équipements optiques, prise en charge de dépassements extravagants, caution de pratiques commerciales contestables comme les 2ème, 3ème et même 4ème paires « gratuites »…) et au regard des conséquences financières prévisibles de toute réorganisation de la filière de soins visuels.

Le SNOF ne conteste pas le fait que l'ophtalmologie est probablement l'une des 3 spécialités (avec l'anesthésie et la néphrologie) qui a le plus bénéficié de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Mais pointe l'incohérence de la hiérarchie des cotations, bien plus favorable aux nouveaux actes techniques qu'aux actes de prise en charge de pathologies complexes, chez l'enfant notamment et qui contribuerait à l'inflation des coûts.

Sont ainsi fréquemment évoqués par les ophtalmologistes[54] :

- la cotation « extrêmement confortable » de la tomographie par cohérence optique (OCT) ;
- la cotation des injections intra-vitréennes[55] (IVT), et l'absence de contrôle du nombre d'injections dans certaines situations cliniques irréversibles ;
- la cotation « peu attractive » de certains actes chez l'enfant, comme la prise en charge du strabisme ;
- la cotation de l'anesthésie lors de la chirurgie de la cataracte, de plus en plus souvent effectuée dans des conditions néo-ambulatoires ;
- le pis-aller que constitue la validation tacite ou plus explicite de pratiques peu orthodoxes sur le plan de la cotation[56], qui permet en l'absence de réexamen de celle-ci, de viabiliser des expériences « en dehors du cadre ».
- mais aussi l'absence de « forfait sécurité[57] » pour certains petits actes techniques qui pourraient être réalisés au cabinet, dans une salle blanche, et qui, faute d'une cotation adéquate, continuent à être pris en charge sur un plateau technique.

Les interlocuteurs de la mission ont fait état de leur disponibilité, en l'absence d'un réexamen global de la hiérarchie des actes d'ophtalmologie de la CCAM, à examiner la tarification de certains actes manifestement surcotés pour dégager une enveloppe dédiée à l'accompagnement de l'installation ou du maintien de praticiens secteur 1, en zone sous-dense.

---

prise en charge partielle, qui s'élève en moyenne à 4300 euros par an, de leurs cotisations sociales, moyennant l'engagement des médecins adhérents à ne pas appliquer de dépassements d'honoraires supérieurs à 100 % des tarifs applicables en secteur 1 et à réaliser une part de leur activité (30 % pour les nouvelles installations mais parfois bien moins chez les médecins déjà installés) au tarif opposable.

53 La DREES mesure chaque année le revenu moyen des professionnels de santé par spécialité. Pour les ophtalmologistes, il était en 2011 de 126 210 euros en secteur 1 et de 187 250 euros en secteur 2. Le revenu moyen des ophtalmologistes a évolué de + 4,7 % par an entre 2002 et 2010 (DREES E&R décembre 2011)

54 D'une façon concordante avec les documents de la CNAMTS, qui comparent la tarification actuelle des actes au tarif-cible.

55 Sans même évoquer le long monopole du Lucentis et le retard apporté à l'élargissement de l'AMM de l'Avastin.

56 A été fréquemment évoqué le cas de Point Vision, dont les pratiques de cotation ont été validées par la CNAMTS pour faciliter le maintien d'une offre de secteur 1 « en plein Paris ».

57 Ainsi, l'exérèse d'une tumeur palpébrale par le dermatologue serait cotée 85 euros, auquel s'ajoute un « forfait sécurité en dermatologie » de 40 euros, quand l'exérèse du halazon par l'ophtalmologiste est cotée 32,14 euros, sans forfait sécurité...

La mission a aussi constaté que la pratique de cotation des actes en « accès direct spécifique dans le cadre du parcours de soins coordonné » semblait largement partagée, quand elle ne concerne théoriquement que « la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ».

1.2.7 Des modes d'exercices très hétérogènes

Les tentatives de caractérisation des profils d'ophtalmologistes, en fonction du volume de leur activité et de la nature de celle-ci, n'ont pas manqué au cours des dernières années[58]. Classant les ophtalmologistes en fonction de la part des activités médicales, techniques et chirurgicales, ces classifications n'ont ici qu'un intérêt limité.

Elles permettent néanmoins de distinguer deux modèles d'exercice de la profession d'ophtalmologiste, pas incompatibles, mais radicalement différents, qu'on peut résumer ainsi, de façon certes un peu grossière :

- d'un côté l'ophtalmologiste à orientation largement médicale, prescripteur de lunettes, formé en contactologie, qui travaille souvent seul et n'entend pas déléguer son cœur de métier à un auxiliaire médical, si ce n'est éventuellement sur la base du travail aidé au cabinet ; il est plus âgé et plus souvent en secteur 1.
- de l'autre l'ophtalmologiste à orientation chirurgicale, souvent sur-spécialisé (cataracte, myopie, rétine, strabisme, cornée), pour lequel la qualité du plateau technique, la coopération et le travail aidé sont des évidences, et qui manifeste parfois une certaine distance quant aux actes jugés moins nobles que sont la prescription de lunettes ou l'adaptation de lentilles, volontiers "sous-traités" ; il est plus jeune et généralement en secteur 2.

On objectera que ces distinctions sont caricaturales, que l'activité de consultation reste importante dans toutes les catégories, que bien des ophtalmologistes tiennent à une activité médico-chirurgicale équilibrée ? C'est en partie vrai : il existe une grande variabilité de l'activité, en fonction de l'âge, du genre[59], du statut conventionnel, du mode d'exercice (seul ou en groupe, seul ou en « travail aidé »), et du type d'actes (à prédominance médicale ou à prédominance chirurgicale).

Mais il n'est pas moins exact d'affirmer qu'il est déraisonnable d'espérer, et cela quelles que soient les incitations mises en place à cet effet, qu'un/e jeune ophtalmologiste formé au travail en équipe, avec une activité chirurgicale, puisse faire le choix de reprendre le cabinet d'un confrère âgé, travaillant seul et n'ayant pas accès à un plateau technique moderne et bien équipé.

Il est difficile d'interpréter les données concernant le temps de travail des ophtalmologistes libéraux. Une proportion importante d'entre eux exerce en effet sur plusieurs sites : cabinets secondaires[60], plateaux techniques, vacations hospitalières…

Certains travaillent beaucoup, voire davantage que par le passé, sous pression de la demande, et affichent un nombre considérable de consultations quotidiennes (40 à 60) auxquelles s'ajoutent les plages dédiées à la chirurgie.

58 On peut citer G de Pouvourville, qui distingue 4 classes d'ophtalmologistes en 2003, la direction des actes cliniques et techniques de la CNAMTS qui en identifie 6 en 2008, et le SNOF qui en retient 5 en 2011.
59 Les données fournies par la CNAMTS décrivent une activité inférieure en moyenne d'un quart chez les femmes, mais notent que la différence entre le profil des hommes et des femmes s'estompe dans les « jeunes générations ».
60 59 % des ophtalmologistes libéraux ont un seul cabinet, 23 % en ont deux, 9 % en ont trois et 8 % plus de trois. Encore faudrait-il pouvoir distinguer les pratiques déployées sur ces sites (médicale ou chirurgicale) et identifier parmi eux ceux qui correspondent à des cabinets secondaires permettant de répondre à des besoins dans des villes ou quartiers dépourvus d'offre de santé visuelle.

D'autres en revanche privilégient la qualité de la vie (avec une vingtaine de consultations en moyenne), ce qui est décrit par bien des interlocuteurs de la mission comme un effet pervers des tarifs très confortables des principaux actes effectués en ophtalmologie. Ca a longtemps été le cas des femmes, pratiquement majoritaires en ophtalmologie, dont l'activité médicale et chirurgicale était d'un tiers inférieure à celle des hommes, d'une façon directement corrélée à leur temps de travail. Cette différence s'est aujourd'hui notablement estompée[61].

L'ophtalmologie reste l'une des spécialités les plus attractives, comme en témoigne le fait que la spécialité est la « mieux choisie » par les étudiants à l'issue des ECN : revenus confortables, activité mixte médico-chirurgicale en pleine évolution, absence d'urgences vitales et de contraintes de garde (par rapport à d'autres spécialités)…

Les jeunes ophtalmologistes, hommes et femmes, ne sont pour autant pas épargnés par des évolutions lourdes de la place du travail : ils rejettent – cela est vrai pour toutes les formes d'exercice médical mais semble plus marqué encore en ophtalmologie – la perspective d'un exercice isolé et, par rapport à leurs aînés au même âge, entendent maîtriser leur temps de travail.

Il faudra tenir compte de la grande hétérogénéité des pratiques professionnelles, du temps qui leur est consacré, des approches économiques qu'elles sous-tendent, au moment d'arrêter des mesures.

Quelques chiffres pour résumer

- 86 % libéraux – 14 % salariés
- 47 ans en moyenne et 70 % de plus de 50 ans
- 47 % de femmes
- 5108 actes par ophtalmologiste par an (3821 Cs – 1045 K – 238 Kc)
- 76 % de l'activité chirurgicale est réalisée dans le privé

Autant de modèles que de pays ?

Les données disponibles ne sont pas toujours comparables entre elles, tant les modèles sont différents, et ne permettent pas d'établir un lien robuste entre le mode d'organisation et la performance globale de la filière de santé visuelle.

D'après le SNOF[62], la France se situait dans la moyenne européenne pour ce qui est de la densité des ophtalmologistes en 2006, avec 9/100000 ophtalmologistes. Soit un chiffre comparable à celui de la Finlande, un peu inférieur à celui de l'Allemagne ou de la Belgique et deux fois supérieur à celui du Royaume Uni. La même année, le nombre de nouveaux diplômés en ophtalmologie, rapporté à la population, était de trois à quatre fois inférieur en France à celui qu'il était en Allemagne, en Finlande, en Belgique et au Royaume Uni.

On se rapportera utilement aux données consistantes compilées par le SNOF[63] concernant l'organisation des soins au Canada, aux Etats unis, au Royaume uni et dans les autres pays européens.

On en retiendra que, s'il est commode de distinguer deux types d'organisation – avec d'un côté les pays où l'accès direct à l'ophtalmologiste est privilégié ; c'est le cas de la France et de l'autre les pays où existent des professions de 1ère intention (opticiens, orthoptistes, optométristes), l'ophtalmologiste étant en charge en 2ème intention des pathologies oculaires – il y a en fait autant de modèles que de pays.

61 D'après les données de la CNAMTS

62 Qui s'est appuyé sur les données rassemblées par son représentant au sein de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS), et sur celles fournies par la base statistique de l'OCDE sur la santé données, détaillées in « Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 », SNOF et AOF, avril 2011.

63 « L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspectives et solutions », SNOF, 2006

La reconnaissance des différents professionnels auxiliaires de la filière visuelle - orthoptistes[64], assistants techniques en ophtalmologie, personnel médical ophtalmique (OMP), optométristes, opticiens… - varie d'un pays à l'autre. Et il reste hasardeux de se fier au nom qui leur est donné, tant leur rôle, leur champ de compétence, leur relation à l'ophtalmologiste sont différents d'un pays à l'autre.

On peut néanmoins constater que le déploiement de l'optométrie, en tant que profession indépendante de l'ophtalmologiste, s'est fait dans des pays de forte tradition libérale, aux Etats unis, au Royaume uni, au Canada, aux Pays Bas, où le fait de confier à un même acteur privé la prescription et la vente, ne pose pas de problème existentiel.

⁂

Moins d'ophtalmologistes au service d'une population plus nombreuse et plus âgée ? L'effet ciseaux sera particulièrement marqué dans les années qui viennent.

Des projections ont été faites, qui évaluent à plusieurs millions le nombre « d'actes manquants » chaque année à l'horizon 2025, quand les besoins évolueraient spontanément de près de 800 000 actes par an. Si ces chiffres frappent l'imagination, ils donnent une idée moins fidèle de l'évolution de l'activité – ne serait-ce que parce que le temps dévolu en 2015 à chaque acte, exploration fonctionnelle, imagerie, acte chirurgical… n'a rien de commun avec le temps nécessaire pour le même acte dix ou vingt ans plus tôt - que le nombre de « dates de soins »[65].

L'exercice est en fait délicat, car il est hautement probable que l'amélioration des délais de rendez-vous contribuera à « démasquer » de nouveaux besoins et à faire reculer le renoncement aux soins ; et que le renforcement des efforts de dépistage de pathologies chroniques alimentera lui aussi la file active des cabinets d'ophtalmologie.

64 L'orthoptie était reconnue dans 13 pays européens, quand l'optométrie était reconnue dans 7 pays européens en 2006, d'après le SNOF.

65 Qui progressent de 0,8 % par an en moyenne, selon des projections réalisées par la CNAMTS à partir des données de l'INSEE et de la DCIR.

2 DES DECISIONS, DEJA, ONT ETE PRISES…QUI IMPLIQUENT L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE LA FILIERE DE SANTE VISUELLE

Un certain nombre de pistes de solutions ont été avancées, et certaines d'entre elles mises en œuvre, progressivement, depuis le milieu des années 2000, pour faciliter une adaptation de la filière visuelle dont tous admettaient qu'elle était devenue indispensable.

Elles relèvent d'ambitions et de temporalités différentes.

Ainsi du relèvement du numérus clausus, engagé depuis 2010[66], et du nombre de postes formateurs en ophtalmologie aux examens classants nationaux, désormais territorialisés, qui s'inscrivent dans le temps long, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Nombre de postes	Année du concours	Année de fin du DES
106	2010	2015
112	2011	2016
123	2012	2017
130	2013	2018
150	2014	2019
151	2015	2020
153	2016	2021
150	2017	2022

D'autres mesures étaient réputées apporter un soulagement plus rapide, sinon immédiat. Elles reposent essentiellement - sans remettre en cause le rôle pivot du médecin ophtalmologiste, qui bénéficie, rappelons-le, d'un accès direct spécifique dans le cadre du parcours de soins coordonné - sur l'établissement de coopérations entre les différents professionnels de la filière visuelle : médecins ophtalmologistes, déjà cités et qui seuls disposent du pouvoir de prescription, **orthoptistes** et **opticiens-lunetiers**.

Dans cette perspective, ont été engagées, à partir de 2007 :

- la réingénierie de la formation des orthoptistes[67] et l'actualisation de leur décret de compétences, permettant le développement du travail aidé ;
- l'expérimentation de certaines délégations de tâches par le biais de protocoles déployés en application de l'article 51 de la loi HPST[68] ;
- l'autorisation de renouveler/adapter les équipements optiques chez l'opticien-lunetier, dans des conditions précisées par le décret n°2007-553 du 13 avril 2007.

66 En augmentation de 45 % entre 2010 et 2015, le nombre de postes formateurs offerts à l'issue des ECN passant de 106 à 153.

67 Les modalités de formation des orthoptistes seront détaillées dans la 3ème partie du présent rapport.

68 L'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux Territoires (dite loi HPST), permet la mise en place de coopérations fondées sur des transferts d'activités et d'actes de soin et/ou sur la mise en place de modalités d'exercice particulières, portées par des équipes au niveau local. Ces coopérations, dérogatoires aux conditions légales d'exercice, sont décrites et formalisées dans des protocoles de coopération, déposés auprès de l'ARS et autorisées par celle-ci après avis conforme de la HAS.

2.1 Les orthoptistes

L'orthoptie est une profession para-médicale[69] réglementée par le code de la santé publique. Le certificat de capacité d'orthoptie est délivré à l'issue d'une formation de 3 ans ; elle est assurée dans 15 écoles d'orthoptie intégrées aux UFR de médecine.

Les orthoptistes sont encore peu nombreux[70]. Mais leur nombre est en croissance régulière[71] depuis que le choix a été fait, au milieu des années 2000, de développer les coopérations entre ophtalmologistes et orthoptistes et, pour le permettre, de procéder à la refonte de leur cursus de formation, d'augmenter le nombre d'étudiants admis dans les écoles d'orthoptie[72], et de compléter leur décret de compétences[73], qui élargit la définition de l'orthoptie et la liste des actes que les orthoptistes sont habilités à réaliser.

Ils étaient 2588 en 2005, et 3700 en 2014, dont 70 % de libéraux, 10 % de salariés hospitaliers et 20 % de salariés auprès d'ophtalmologistes libéraux[74].

Le nombre d'étudiants admis en 1ère année d'orthoptie est de 338 à la rentrée 2014. Il serait fixé à 396 pour la rentrée à venir.

La profession d'orthoptiste est récente[75] et historiquement vouée à la rééducation et à la réadaptation visuelle, qui constituent encore l'essentiel de l'activité des orthoptistes libéraux. Mais le développement des coopérations entre orthoptistes et ophtalmologistes, d'abord en milieu hospitalier puis, depuis 2007[76], au cabinet, est rapide.

Le décret n°2007-1671 du 27 novembre 2007 témoigne de cette transformation du champ d'action des orthoptistes, au-delà même de l'élargissement de la liste des actes qu'ils peuvent réaliser. La pratique professionnelle de l'orthoptiste comporte ainsi désormais, outre les actes de rééducation et de réadaptation, des actes d'exploration de la vision qui en font le partenaire naturel de l'ophtalmologiste.

Concernant la liste des actes, tous admettent que « le droit a suivi la pratique » et que la réécriture du décret d'actes en 2007 a permis la régularisation de bien des pratiques antérieures.

Âge	Libéraux	en %	Salariés hosp	en %	Autres salariés
Moins de 30 ans	703	61,2	138	12	308
30 à 45 ans	979	71,3	129	9,4	265
45 à 60 ans	770	73,3	124	11,8	157
Plus de 60 ans	208	59,6	67	19,3	74
Total	2660	67,8	458	11,6	804

Source : DREES et CNAMTS, SNIR, 2014

69 Il n'existe pas d'ordre des orthoptistes.
70 Ils sont plus nombreux néanmoins que dans la plupart des autres pays européens.
71 Le taux de croissance des effectifs a été de 4,8 % par an au cours de la dernière décennie.
72 Il ne s'agit pas à proprement parler d'un numerus clausus fondé sur une évaluation des besoins professionnels, mais plutôt d'un chiffre arrêté au vu des capacités maximales des écoles d'orthoptie, et notamment des stages cliniques qu'elles sont en mesure de proposer.
73 Décret n°2001-591 du 2 juillet 2001, publié au JO du 9 juillet 2001, modifié par le décret n°2007-1671 du 27 novembre 2007
74 Source DREES
75 Un décret du 11 août 1956, modifié par le décret 65-240 du 25 mars 1965, a créé le certificat de capacité d'aide-orthoptiste. L'aide-orthoptiste devient orthoptiste par la loi n° 72-1131 du 21 décembre 1972. Son champ de compétence est élargi progressivement, en 1989, puis à nouveau en 2001, par le décret n° 2001-591 du 2 juillet 2001 et une dernière fois en 2007.
76 Comme le permet alors l'article L 4342-1 du code de la santé publique modifié par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

La profession d'orthoptiste a profondément évolué ces dernières années. Et deux types d'exercice professionnel bien différents cohabitent aujourd'hui :

- **Au cabinet de l'orthoptiste**[77]

  La pratique libérale est essentiellement dédiée à la rééducation visuelle, ce qui n'exclut pas une activité complémentaire, via des vacations hospitalières ou en centre de santé ou via des coopérations ponctuelles ou plus régulières avec un ophtalmologiste.

- **A l'hôpital, en centre de santé ou au cabinet de l'ophtalmologiste**

  L'orthoptiste assure, au sein d'une équipe par nature pluri-disciplinaire, une activité majoritaire ou exclusive de « travail aidé » : « pré-consultations », post-consultations, suivi péri-opératoire».

  Les données récentes témoignent d'une progression de la part du salariat chez les orthoptistes. Elle est réelle[78], mais pas massive, si l'on en croit le tableau ci-dessous. Il est d'ailleurs impossible sur la fois des données dont on dispose, de dire s'il s'agit d'un véritable élan vers le travail salarié ou d'un simple retard à l'installation des jeunes générations d'orthoptistes, plus nombreuses que leurs aînés. Pour le SNOF, elle serait passée de 36 à 44 % de l'ensemble des orthoptistes entre 2001 et 2013.

Âge	Libéraux	en %	Salariés hosp	en %	Autres salariés	en %	Total
Moins de 30 ans	703	61,2	138	12	308	26,8	1149
30 à 45 ans	979	71,3	129	9,4	265	19,3	1373
45 à 60 ans	770	73,3	124	11,8	157	14,9	1051
Plus de 60 ans	208	59,6	67	19,3	74	21,2	349
Total	2660	67,8	458	11,6	804	20,5	3922

Source : DREES et CNAMTS, SNIR, 2014

Les orthoptistes ne sont pas très nombreux ; ils sont moins nombreux que les ophtalmologistes, comme le montre le tableau ci-dessous, et ne peuvent par ailleurs pas être en totalité dédiés au « travail aidé » : les besoins de rééducation visuelle n'ont pas disparu et doivent être satisfaits.

Année	Orthoptistes libéraux	Ophtalmos libéraux
2007	1661	4679
2008	1729	4689
2009	1789	4714
2010	1865	4713
2011	1930	4694

Source : CNAMTS, SNIR

Travaillant (essentiellement) sur prescription, ils sont en outre naturellement absents des déserts médicaux. Là où il n'y a pas d'ophtalmologiste, il n'y a pas non plus d'orthoptistes. La densité d'orthoptistes, comme celle des ophtalmologistes, varie du simple au triple, de moins de 3/100000 en Normandie ou dans le Centre, de plus de 9/100000 en Midi-Pyrénées ou en PACA.

Neuf fois sur dix, les orthoptistes sont des femmes.

77 L'orthoptiste exerce seul dans 3/4 des cas et en groupe dans 1/4 des cas.
78 Pour le SNOF, elle serait passée de 36 à 44 % de l'ensemble des orthoptistes entre 2001 et 2013.

Ils constituent sans doute la profession para-médicale dont le revenu, quel que soit le mode d'exercice, est le plus bas. Il était en 2011 de 24 371 € en moyenne, ce que certains expliquent par la fréquence de l'activité à temps partiel. La revalorisation de la lettre-clé AMY[79] n'a pas été réalisée. Et pas davantage l'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels de nouveaux actes, qui figurent pourtant au décret de compétences de 2007 et que l'orthoptiste peut réaliser sans supervision directe de l'ophtalmologiste.

Pour y remédier, certains ophtalmologistes prescrivent un « bilan orthoptique » pour un simple bilan de la vue. C'est loin d'être satisfaisant.

On peut approcher le nombre des orthoptistes salariés au sein d'un cabinet d'ophtalmologie en inventoriant le nombre d'ophtalmologistes qui facturent des AMY[80].

	< 50 ans	**> 50 ans**	**Ensemble**
en secteur 1	48	260	308
en secteur 2	221	250	471
Total	269	510	779

2.2 Les opticiens lunetiers

Toute autre est la situation des opticiens-lunetiers, qui sont beaucoup plus nombreux[81] et dont le développement s'est appuyé tant sur la dynamique des OCAM que sur la croissance rapide du nombre de formations, en général privées et payantes, au BTS d'opticien lunetier. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation complémentaire en optométrie, discipline à ce jour non reconnue en France.

Le code de la santé publique prévoit[82] que « peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant, les personnes titulaires du brevet de technicien supérieur d'opticien-lunetier ou du brevet professionnel d'optique lunetterie » (disparu en 1998), dûment enregistrées.

La profession présente la particularité d'être à la fois commerciale[83], avec inscription au registre du commerce, et para-médicale[84], et bénéficie, à l'exception notable des loupes de vue pour presbytes, du monopole[85] de la vente des lunettes et lentilles de contact correctrices.

La plupart des magasins traditionnels, organisés le cas échéant en réseaux ou groupements d'achats, étaient hier la propriété d'un opticien-lunetier détaillant, lui-même titulaire du brevet professionnel. Un nombre grandissant d'entre eux sont désormais des magasins d'enseigne, plus souvent dirigés par des professionnels de la vente que par des opticiens lunetiers. Le chiffre d'affaires du secteur atteignait 6MD €

79 Elle est passée de 2,21 à 2,6 € en 20 ans, soit un rythme annuel de progression de 0,9 % par an.
80 Il semble en revanche difficile de faire parler le montant des honoraires facturés en AMY en secteur 1 (4,23 millions d'euros) et en secteur 2 (4,96 millions d'euros) en raison de la fréquence des temps partiels et des exercices mixtes.
81 Ils sont 29071, un chiffre en croissance soutenue depuis quelques années, de 10,4 % en 2011, de 9,3 % en 2012, de 6,3 % en 2013.
82 Dans ses articles L4362-1 à 3
83 L'opticien-lunetier est inscrit au registre du commerce. Ce qui lui permet, par exemple, de faire de la publicité, contrairement aux autres professions para-médicales...
84 Contrairement aux orthoptistes, ils ne disposent pas d'un décret d'actes.
85 L'article L 4362-9 du code de la santé publique réserve « la délivrance de verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact oculaire correctrices » aux « personnes autorisées à exercer la profession d'opticien-lunetier... »

Les réformes engagées à partir de 2007 commencent à porter leurs fruits :

- 15 à 20 % des renouvellements des verres correcteurs s'effectueraient désormais chez l'opticien lunetier, à partir d'une ordonnance datant de moins de 3 ans[86.]
- Le travail aidé au cabinet de l'ophtalmologiste se banalise[87]. Le patient est reçu en pré-consultation par un-e collaborateur salarié-e, orthoptiste le plus souvent, infirmier-ère plus rarement, qui réalise le bilan visuel, ce qui permet de raccourcir le temps de la consultation, et à l'ophtalmologiste de se concentrer sur les aspects purement médicaux de celle-ci.
- Des coopérations se sont ébauchées entre professionnels de la santé visuelle et plusieurs protocoles, formalisant les délégations de tâches, entre ophtalmologistes et orthoptistes, ont été instruits et validés par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'un d'entre eux entend faciliter le dépistage de la rétinopathie diabétique. Deux autres protocoles de coopération autorisent la réalisation - sans prescription préalable - d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques, chez l'enfant de 6 à 15 ans (pour le 1er protocole), chez les adultes de 16 à 50 ans (pour le second). D'autres protocoles, autorisés, n'ont pas été mis en œuvre ou sont en train de démarrer[88].

En pratique, la mise en œuvre concrète des protocoles s'est avérée lourde et complexe. Elle bute notamment sur l'absence de financement adapté des deux catégories d'actes : la réalisation par l'orthoptiste des actes délégués par l'ophtalmologiste ; l'interprétation et la prescription par l'ophtalmologiste.

En réponse à la question d'une parlementaire[89], la ministre des Affaires sociales et de la Santé a confirmé son intention de généraliser ces coopérations.

Un « plan d'actions pour la filière visuelle » a fait l'objet dans cette perspective d'un travail préparatoire conséquent, conduit depuis un an au sein du ministère des Affaires sociales (DSS, DGOS).

Fondé sur la complémentarité entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes, le plan a pour ambition, en libérant les médecins ophtalmologistes de la réalisation d'une partie des actes techniques et du suivi simple de certains patients (contrôle entre deux RDV des pathologies chroniques, bilan visuel avant prescription et/ou renouvellement de lunettes) à la fois de dégager du temps médical pour la prise en charge d'affections ophtalmologiques plus complexes, de réduire le délai d'attente d'une consultation et d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques.

86 Décret n°2007-553 du 13 avril 2007 relatif aux conditions d'adaptation de la prescription médicale initiale de verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier.
87 La CNAMTS évalue à 17 % le taux des ophtalmologistes disposant d'au moins un orthoptiste salarié en 2013.
88 Il faut citer parmi ceux-ci le protocole de réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste chez l'adulte de 16 à 50 ans, analysé via télé-médecine par l'ophtalmologiste, porté par le Pr M Muraine, qui vient d'être autorisé par l'ARS de Haute-Normandie.
89 Assemblée nationale, séance des questions au gouvernement du 13 janvier 2015, question de Mme Dominique Orliac

Les quatre volets du plan d'actions prévoient :

1. de « déployer nationalement une modalité innovante de dépistage de la rétinopathie diabétique ».

Pour faciliter le dépistage de la rétinopathie diabétique et améliorer le taux de couverture des patients diabétiques, l'examen prescrit par le généraliste, l'endocrinologue, ou l'ophtalmologiste lui-même lors d'une consultation antérieure, peut être réalisé chez le patient âgé de moins de 70 ans[90] par un orthoptiste libéral - à condition qu'il soit équipé d'un rétinographe - qui transmet les clichés à l'ophtalmologiste, qui les interprète en dehors donc de la présence du patient. Ce nouveau dispositif est désormais financé, grâce à l'inscription de deux nouveaux actes dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et d'un nouvel acte dans la CCAM. Trois nouveaux actes[91] ont été inscrits à cet effet à la nomenclature des ophtalmologistes et des orthoptistes. Galop d'essai des actes de télémédecine, le dispositif a demandé un décret en conseil d'État[92] (pour autoriser la facturation d'un acte sans présence physique du patient) et une consultation de la CNIL.

L'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif remonte au 10 mars 2014. Sa montée en charge est très progressive[93]. Il est probable qu'elle ne permettra pas de réduire le délai d'accès à un ophtalmologiste, mais améliorera le taux de couverture des 5 millions de diabétiques français[94], notamment dans les régions de forte prévalence du diabète sous-dotées en ophtalmologistes comme la Réunion.

Un accompagnement renforcé par l'assurance maladie en collaboration avec les ARS a débuté mi-janvier 2015 sur 15 sites pilotes. Un premier bilan du dispositif sur ces 15 sites a été produit en mai 2015 ; il montre que 40 médecins seulement sont entrés dans le dispositif, les examens étant réalisés essentiellement par des orthoptistes salariés.

2. de déployer des protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes sur la prescription et le renouvellement d'équipements de correction optique.

La CNAMTS constate que « la prescription d'équipement optique » représente 43 % du total des motifs de consultation. Sans contester ce chiffre, le SNOF souligne la fréquence des pathologies associées et évalue à 17 % les consultations pour une simple prescription ou un renouvellement de lunettes.

C'est là une part importante de l'activité de l'ophtalmologiste, qui peut apparaître techniquement simple, mais qui ne doit pas pour autant être négligée, le bilan de vue et la prescription de lunettes constituant pour la plupart des usagers une « porte d'entrée » vers l'ophtalmologiste, qui peut être mise à profit pour le dépistage de pathologies associées.

90 Une note technique a été mise en place dans la NGAP, interdisant la facturation de cet acte après 70 ans, ce qui est probablement un des facteurs limitants de l'expérience.
91 Par décision UNCAM du 17 décembre 2013, publiée au journal officiel du 8 février 2014, trois nouveaux actes ont été créés à la nomenclature : deux actes cotent la rétinographie de dépistage, avec (AMY 6,7) ou sans (AMY 6,1) télétransmission réalisée par l'orthoptiste ; le troisième (BGQP 140) cote la lecture des clichés par l'ophtalmologiste.
92 Décret n° 2014-1523 du 16 décembre 2014 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique
93 Fin 2014, le nombre d'actes facturés étaient de plus de 2600, mais à l'origine exclusivement d'orthoptistes salariés travaillant dans des cabinets d'ophtalmologistes, le dispositif pour les orthoptistes libéraux n'étant réellement opérationnel que depuis la publication du décret n° 2014-1523 du 16 décembre 2014 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.
94 On estime à 40 % le taux des diabétiques non dépistés depuis 2 ans ou plus. Ce taux ne progresse pas malgré l'inclusion de ce critère dans la ROSP-MT.

Plusieurs protocoles de coopération dédiés à la prescription et au renouvellement des lunettes correctrices, ont été élaborés et validés par la HAS. Dérogeant au décret de compétences de l'orthoptiste, ils reposent sur un nouveau partage des tâches entre orthoptiste et ophtalmologiste. Selon les cas, il peut s'agir :

- d'une pré-consultation, au cours de laquelle le bilan visuel et certains actes techniques sont réalisés par l'orthoptiste, avant la consultation par l'ophtalmologiste ;
- d'une pré-consultation, au cours de laquelle le bilan visuel et certains actes techniques sont réalisés par l'orthoptiste, avant l'interprétation des examens et la prescription de l'ordonnance par l'ophtalmologiste, en dehors de la présence du patient.

Le déploiement de ces protocoles, très attendu par les professionnels, a buté sur l'absence de financement des actes d'orthoptie et sur la complexité des circuits de financement.

Pour deux premiers protocoles, financés pendant une 1ère phase expérimentale par le fonds d'intervention régional[95] des Pays de la Loire, le Collège des financeurs[96] a donné un avis favorable à un financement dérogatoire, mis en place par un arrêté du 12 janvier 2015. La mise en place de la cotation du bilan visuel est attendue dans les jours à venir.

3. d'envisager la création d'une structure juridique permettant l'exercice en commun d'ophtalmologistes et d'orthoptistes libéraux.

Il s'agit de répondre à l'attente des orthoptistes libéraux, qui ne souhaitent pas renoncer à leur autonomie au profit d'un lien de subordination envers un ophtalmologiste, mais peuvent trouver de l'intérêt à une structure permettant une mise en commun (SCM) des frais de secrétariat, de structure et de matériel coûteux, évitant l'accusation de compérage ou la requalification de leurs actes en travail salarié. Et à celle des ophtalmologistes qui répugnent à quelques années de la cessation prévisible de leur activité à prendre la responsabilité d'embaucher un orthoptiste.

Plusieurs hypothèses ont été envisagées : société d'exercice libéral interprofessionnelle (SELIP), société civile professionnelle (SCP), société inter-professionnelle de soins ambulatoires (SISA), voire création d'un nouveau type de société ad hoc.

Sans certitude que l'une ou l'autre de ces solutions fût de nature à répondre à l'attente du plus grand nombre, il est apparu néanmoins souhaitable qu'elles soient sérieusement explorées.

4. d'étudier la possibilité de nouveaux protocoles de coopération centrés sur les pathologies chroniques en ophtalmologie, subordonnés à l'avis de la haute autorité de santé.

La publication des 3 décrets d'application des dispositions qui concernent la filière visuelle, et qui ont été intégrées à la loi n°2014-344 du 17 mars 2014, relative à la consommation, qui a fait l'objet d'une concertation approfondie avec les professionnels, est par ailleurs imminente.

Au cours de cette période, bien d'autres initiatives ont été prises par des acteurs divers de la filière de santé visuelle, tant il est vrai, comme le dit Y Bourgueil, que les choses n'évoluent pas seulement parce que le cadre législatif et règlementaire évolue, mais parce que « les gens changent » aussi, et avec eux leur regard sur leur travail, et leur capacité à faire évoluer ce qui ne convient pas ou plus.

De nombreux exemples mériteraient d'être rapportés[97], qui témoignent de la capacité des professionnels de la filière de santé visuelle à penser et mettre en place concrètement des organisations efficaces en terme de qualité, de sécurité et d'accessibilité, adaptées aux spécificités de la spécialité, fondées sur le travail aidé et la délégation de tâches.

---

[95] Géré par les agences régionales de santé et dédié à la mise en place d'actions transversales et à la permanence des soins.
[96] Mis en place par le décret n° 2014-919 du 18 août 2014.
[97] Ainsi de la clinique ophtalmologique des Flandres, à Lille, qui offre des locaux (et un plateau technique) à 17 ophtalmologistes, en secteur 1 et 2, avec tiers payant généralisé, qui travaillent avec un pool important de secrétaires

Elles ne se substituent pas totalement aux organisations traditionnelles - exercice isolé ou en « cabinet de groupe », recours en tant que de besoin à des plate-formes chirurgicales, en clinique – mais en réinterrogent les points forts et les faiblesses, conservant les 1ers, tentant de surmonter les seconds, avec semble-t-il[98] un fort soutien des patients.

Il faut citer ici - non qu'il soit a priori plus intéressant que d'autres initiatives récentes - mais parce qu'il semble devoir se déployer nationalement – le modèle imaginé par Point Vision.

Il s'agit de proposer, dans des bassins de vie de 200 000 habitants au moins, des bilans de la vue « en 48 H » au sein de centres[99] « de 1er recours » dotés d'un plateau technique ad hoc. La prise de rendez-vous se fait sur internet. Les patients sont reçus en pré-consultation par un orthoptiste puis systématiquement par l'ophtalmologiste, qui cote les actes effectués au tarif conventionnel, parfois (rarement) en CS mais plus fréquemment (systématiquement ?) en associant deux actes techniques[100]. La file d'attente est fluidifiée par une libération progressive des créneaux de RDV (60 % à 1 mois, 20 % une semaine avant, 20 % deux jours avant) facilitant la prise en charge des urgences. Cette offre, initialement fortement critiquée, s'enrichit de consultations plus complexes voire sur-spécialisées (au-delà donc d'un simple bilan de vue), de créneaux d'ophtalmologie pédiatriques… Le groupe paraît victime de son succès, avec des délais qui s'allongent… La croissance du réseau est rapide, d'un centre en 2012 à 11 au début 2015. Dix nouveaux centres devraient ouvrir avant la fin de l'année.

⁂

Il est rapidement apparu que la mise en œuvre rapide et déterminée de l'ensemble des éléments constitutifs du plan d'action préparé sous l'égide de la direction de la sécurité sociale n'était pas davantage que l'initiative privée, susceptible de réduire significativement le délai de recours à un ophtalmologiste à l'échéance fixée, même si elle peut contribuer à une meilleure prise en charge de certaines catégories de populations et/ou de certaines pathologies et contenir le non recours, ce qui est loin d'être négligeable.

D'abord parce que le déploiement et la généralisation de mesures et de pratiques pourtant consensuelles restent anormalement longs, comme l'indiquent par exemple les délais de production des décrets de la loi consommation, attendus depuis plus d'un an, ou encore les freins au déploiement des protocoles, dont la plupart n'existent que sur le papier.

Ensuite parce que, consensuelles ou non, toutes les pistes explorées ces derniers mois ont un point commun : elles ne porteront leurs fruits que dans le temps et dans le cadre d'une refonte globale de la filière de santé visuelle, précisant le rôle de chacun, au regard des ambitions de santé publique, d'égalité des territoires, de prise en charge de pathologies aujourd'hui négligées. Elles supposent un réexamen des dispositifs de formation, de la hiérarchie du codage des différents actes, une réécriture des décrets de compétences des orthoptistes, et aussi – c'est un des points que la mission n'a pas été en mesure d'explorer - une clarification du rôle du médecin généraliste[101], aujourd'hui réduit à sa plus simple expression.

---

médicales, d'orthoptistes et d'IDE. L'accueil des urgences, l'ouverture le samedi, le soin accordé à l'accueil, à la formation, aux conditions de travail des collaborateurs mais aussi l'implication dans la formation et l'accueil de stagiaires, méritent d'être soulignés.

98 La mission ne peut ici que rendre compte de ses contacts de terrain ; ce point méritera d'être documenté avec plus de robustesse.

99 Sous un statut de société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL)

100 Le plus souvent exploration de la vision binoculaire et motricité oculaire pour un montant de 38,90 €.

101 La mission ne verrait que des avantages à une meilleure formation des médecins de premier recours à la physiologie de l'œil et au dépistage des différentes pathologies de la vision, soit au cours des semestres de spécialisation en médecine générale, soit de façon optionnelle via un diplôme universitaire complémentaire.

Faudrait-il pour autant ne rien faire en attendant que les solutions les plus crédibles et les plus robustes portent progressivement leurs fruits ? Evidemment pas : il s'agit donc également d'identifier et de déployer des mesures complémentaires, susceptibles d'apporter un soulagement à court terme.

3 DES PROPOSITIONS POUR REDUIRE LES DELAIS ET AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

La mission a constaté que le déploiement de l'ensemble des éléments constitutifs du plan d'action préparé sous l'égide de la direction de la sécurité sociale était incontestablement de nature à améliorer la prise en charge de certaines catégories de populations et/ou de certaines pathologies mais qu'il ne réduira pas significativement le délai de recours à un ophtalmologiste à l'échéance fixée.

La mission a donc été amenée à colliger et évaluer les mesures complémentaires qui peuvent faire l'objet, parce qu'elles sont consensuelles, d'une mise en œuvre rapide, ou qui, parce qu'elles sont plus complexes, ou moins consensuelles, parce qu'elles supposent une évolution des décrets de compétence, de la nomenclature des actes, des modes d'exercice, appellent une démarche d'expertise technique et de concertation avec l'ensemble des parties prenantes approfondies.

3.1 Accroître l'offre de soins ophtalmologiques

3.1.1 Ajuster le nombre de postes formateurs en ophtalmologie aux besoins sanitaires de la population et encourager l'installation dans les régions sous-dotées

Le redressement du numerus clausus autour de 150 postes par an, constitue un premier pas[102].

La répartition entre UFR des postes d'internat constitue un levier important pour réduire les disparités régionales, constate l'Observatoire national de la démographie des professions de santé dans son rapport 2013-2014, qui souligne la forte proportion d'installation des jeunes diplômés dans la région de leur formation.

Mais elle ne suffit pas à garantir une répartition équilibrée entre régions, et pas non plus au sein des régions.

L'ophtalmologie est une discipline appréciée par les étudiants et aucun des postes formateurs proposés dans cette spécialité ne reste vacant[103]. Mais toutes les régions ne le sont pas dans les mêmes conditions. Il est à craindre qu'une augmentation du nombre de postes proposés dans certaines des régions jugées à tort ou à raison comme moins attractives n'ait comme seule conséquence qu'un accroissement des postes restant vacants à l'issue du choix.

50 % des étudiants sont amenés à changer de région suite au choix fait à l'issue des ECN. Certains retourneront dans leur région d'origine ou, moins attachés à leur région de formation, seront plus mobiles au moment de l'installation.

---

102 Le SNOF revendique une augmentation graduelle du nombre de postes d'internes pour hisser le taux des postes formateurs de 1,9 % (ce qu'il est aujourd'hui) à 2,6 % (le taux des ophtalmologistes parmi l'ensemble des médecins). Et l'Académie française d'ophtalmologie évalue les besoins pour les années 2015 et suivantes à 182 par an.

103 Le dernier étudiant à avoir pu choisir l'ophtalmologie était classé 2148 (sur 7996 étudiants ayant été affectés) en 2013. En 2014, la 1ère aux ECN a choisi l'ophtalmologie.

Formés au CHU, rarement dans des hôpitaux généraux et jamais en cabinet, les jeunes ophtalmologistes privilégient – à la reprise de la clientèle d'un ophtalmologiste dans une ville moyenne – une installation qui leur permet de garder le contact avec le milieu hospitalo-universitaire, et donc dans la ville même où ils ont été formés, au sein de structures organisées pour permettre une activité de consultation en travail aidé et une activité chirurgicale variée et volontiers sur-spécialisée.

Il paraît difficile d'espérer renverser la tendance… sauf à adopter des mesures contraignantes de portée générale, limitant la liberté d'installation !

Conscients de cette difficulté, les chefs de services formateurs ont déployé plusieurs initiatives intéressantes, avec l'objectif de remédier à cette curiosité qui consiste, pour une profession très majoritairement libérale, à n'en avoir aucune expérience au cours des études ; et aussi de diversifier et élargir l'expérience des jeunes internes : obligation d'effectuer au minimum un semestre de stage dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital général ; externalisation d'une partie de l'activité des seniors (chefs de clinique et assistants des hôpitaux) sur des sites ou dans des villes dépourvues d'ophtalmologistes[104].

Ils ont engagé à cet effet la refonte de la maquette du DES d'ophtalmologie[105], qui date de 2001, et manifesté la crainte des délais possiblement générés par la réforme de l'internat et du post-internat.

Le collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF) a proposé une formule séduisante pour sa commodité de mise en œuvre : des stages d'une 1/2 ou 1 journée hebdomadaire chez un praticien agréé - maitre de stage[106].

Recommandation n°1 : Généraliser les stages à l'extérieur du service formateur du CHU, avec au moins deux semestres à l'extérieur, l'un dans un hôpital général, l'autre chez un « praticien agréé - maître de stage ». Modifier à cet effet la maquette du DES d'ophtalmologie.

Il faut également noter l'intérêt des contrats d'engagement de service public[107], qui offrent aux étudiants ou aux internes en DES, une allocation mensuelle moyennant l'engagement d'exercer – quel que soit ultérieurement leur mode d'exercice, libéral, en milieu hospitalier ou en centre de santé - dans l'une des zones sous-dotées identifiées par l'ARS, pendant une durée double de celle au cours de laquelle ils auront perçu l'allocation. 8 des 150 postes d'ophtalmologie étaient adossés à un contrat d'engagement de service public aux ECN 2014.

Recommandation n°2 : Augmenter le nombre de contrats d'engagement de service public offert aux étudiants à l'issue des ECN dans les régions sous-dotées en ophtalmologie.

3.1.2 Encourager les ophtalmologistes qui le souhaitent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans

Plusieurs centaines[108] d'ophtalmologistes contribuent d'ores et déjà, parce qu'ils ont choisi de poursuivre leur activité au-delà de l'âge légal de la retraite, à amortir le choc démographique subi par la profession.

104 Ainsi de l'activité déployée à Carhaix, grâce à la mobilisation du service d'ophtalmologie du CHU de Brest (Pr Béatrice Cochener), ou à Neufchâtel en Bray, à l'initiative du service d'ophtalmologie du CHU de Rouen (Pr Marc Muraine).

105 Voir les articles 11, 12 et 13 du décret n° 2010-700 du 25 juin 2010, qui modifient les articles 13, 14 et 15 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales.

106 Par P. Pegourié, secrétaire général et C. Chiquet, président du COUF.

107 L'article L632-6 du code de l'éducation, créé par l'article 46 de la loi HPST, est complété par le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales.

108 Entre 400 et 600, soit autour de 10 % de l'effectif.

Certains poursuivent leur activité dans les mêmes conditions. D'autres en revanche, ayant interrompu une activité hospitalière ou confié leur patientèle à un ou des successeurs, souhaitent garder une activité à temps partiel tant pour des raisons économiques (pour éviter une contraction brutale de leurs revenus) que pour des raisons intellectuelles.

C'est un renfort bienvenu, qui va très concrètement permettre de « faire la soudure » avec les nouvelles générations d'ophtalmologistes, actuellement en formation, même si la majeure partie d'entre eux exerce dans des territoires non déficitaires.

Il y a consensus sur l'idée d'encourager le cumul emploi-retraite et le maintien en activité dans les zones sous-denses, qu'elles soient urbaines ou rurales, voire de mettre en place à cet effet des mesures incitatives, dont l'impact doit être préalablement expertisé, qu'il s'agisse d'un allègement des cotisations retraite dues au titre de cet exercice complémentaire ou d'une défiscalisation partielle des revenus ainsi générés. Ces mesures devraient être réservées aux praticiens installés en secteur 1 ou signataires d'un contrat d'accès aux soins, et encourager l'activité dans des territoires périphériques mal dotés ou auprès de populations mal desservies, dans des centres de santé par exemple.

Recommandation n°3 : Encourager les ophtalmologistes qui le souhaitent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans selon des modalités qui restent à expertiser.

3.1.3 Augmenter la part des actes réalisés au tarif opposable pour limiter les freins financiers à l'accès aux soins

Parce qu'ils peinent à trouver un ophtalmologiste en secteur 1 mais aussi parce que les dépassements sont importants, nombre d'usagers reportent leurs soins. Et cela sans même évoquer le coût des équipements optiques.

5 % à peine des ophtalmologistes ont signé le contrat d'accès aux soins, à la fois parce que leurs dépassements sont très supérieurs aux dépassements plafond imposés par le contrat, et parce que la mesure d'allègement d'une partie de leurs charges sociales n'est, au regard de revenus très élevés, que faiblement incitative.

Un renforcement de ces incitations serait d'ailleurs illégitime et fort mal reçue par les ophtalmologistes en secteur 1. On peut en revanche prévoir que les ophtalmologistes qui n'ont pas signé le contrat d'accès aux soins et ne sont donc pas tenus à la limitation de leurs dépassements se voient fixer un objectif de réalisation de 30 % de leurs actes au tarif opposable. Cette mesure pourrait inciter une partie des ophtalmologistes installés en secteur 2 à signer un contrat d'accès aux soins.

Recommandation n°4 : Inciter fortement à l'accroissement de la part d'activité réalisée à tarif opposable, avec fixation d'un seuil minimal de 30 % au moins de l'activité à tarif opposable.

3.2 Développer les coopérations entre professionnels sous toutes les formes

« Un radiologue ne travaille pas sans manipulateur radio, ni un chirurgien-dentiste sans assistant ». Cette phrase un peu schématique résume bien l'état d'esprit des ophtalmologistes sur la question des coopérations.

De fait, elles se sont banalisées, sous des formes variées et parfois en marge du droit :

- la mission a eu à connaître de (nombreuses) situations dans lesquelles une secrétaire médicale est aussi, de fait, l'assistante de l'ophtalmologiste, réalisant certains examens

(caractéristiques de l'équipement visuel, examens « presse-boutons », prise des clichés du fond d'œil, ou de la tension oculaire sans contact, voire instillation de collyres, y compris mydriatiques) ;

- le plus souvent, c'est un/e orthoptiste, « autorisé depuis 2006 à travailler dans les cabinets d'ophtalmologie pour intervenir au début de la consultation » ; il peut être salarié par l'ophtalmologiste (ou par la structure qui les emploie tout deux), ou libéral.
- enfin, et pour être exhaustif, certains ophtalmologistes sont assistés par des optométristes ou des infirmiers[109].

12 % des ophtalmologistes travailleraient avec des orthoptistes libéraux et 19 % avec des orthoptistes salariés… Ce chiffre monte à 24 % si on y inclut les « assistants », infirmiers ou optométristes.

36 % des ophtalmologistes sont donc assistés au cabinet ; ils étaient 30 % en 2007.

3.2.1 Faut-il aller plus loin ?

« Une hiérarchie rigide et inadaptée aux défis du système de santé ».

Ainsi un récent rapport parlementaire[110] décrit-il la répartition des compétences en matière de soins parmi les professionnels de santé.

Les médecins, dont la formation dure 9 à 11 ans, disposent seuls d'une habilitation générale à intervenir sur le corps d'autrui .Les auxiliaires paramédicaux, formés pendant 2 à 3 ans, ne peuvent, quant à eux, accomplir – en dérogation des dispositions punissant l'exercice illégal de la médecine[111] - que les actes qui leur sont explicitement autorisés, soit de façon autonome soit sous la responsabilité du médecin.

« Il existe donc un vide dans la chaîne des compétences en matière de soins », conclut le rapport cité plus haut, « qui conduit les médecins à endosser des compétences qui ne nécessiteraient pas un niveau de formation aussi élevé ». Ce que le SNOF dit et écrit de façon plus spectaculaire encore : « il n'y a pas besoin de faire 11 ans d'étude pour prescrire des lunettes ».

Certes, des modifications importantes du périmètre de compétence de certaines professions ont été opérées ces dernières années. Mais il faut aller plus loin, sans mettre en péril la qualité, la sécurité et… en partant des besoins de santé et… de l'existant.

On peut résumer ainsi les enjeux d'une plus large délégation de tâches :

1. Dégager du temps médical pour une meilleure prise en charge des pathologies complexes
   C'est l'objet le plus répandu des coopérations en ophtalmologie, dans un contexte de pénurie médicale. Ce n'est pas le seul ! Comme le font remarquer C Génisson et A Milon, l'intérêt des délégations va bien au-delà d'un « simple transfert d'un bloc d'activités chronophages » en incitant à la mise en place de nouvelles procédures d'échange d'informations, de réorganisation du travail, de prise de décision, avec à la clé une prise en charge plus sûre et plus satisfaisante pour le patient.

2. Améliorer, d'une façon plus générale, la prise en charge des patients
   La mission a constaté que les patients, dûment informés, se montraient très satisfaits d'une consultation en deux temps : pré-consultation par l'orthoptiste (10 à 15 mn) puis

109 Enquête auprès des ophtalmologistes adhérents au SNOF, 2015
110 Rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par Catherine Génisson et Alain Milon, janvier 2014
111 Article L4161-1 du code de la santé publique et suivants

consultation par l'ophtalmologiste (5 à 10 mn), jugée préférable à la seule consultation d'un ophtalmologiste surchargé et parfois intimidant.
Plus de temps consacré à chacun, satisfaction du patient quant à la qualité de la prise en charge, pas de perte de chance… constituent les principaux enseignements des expérimentations récentes[112].

3. Remédier aux inégalités d'accès aux soins, avec une offre accessible dans les déserts médicaux ou auprès de populations particulières, articulée avec une validation médicale à distance dont les modalités seront précisées après évaluation des expérimentations en cours

4. Faciliter, pour chacune des parties, la remise en cause des habitudes et des comportements ; et d'une façon plus générale, transformer la pratique professionnelle des uns et des autres, pour permettre de façon coordonnée la prise en charge et le suivi de pathologies chroniques (rétinopathie diabétique, glaucome, DMLA…) voire, dans une approche territorialisée, une meilleure prise en charge de la santé visuelle d'une population (prévention, dépistage)

5. Améliorer le confort de travail et mettre en place une organisation adaptée aux nouvelles pratiques professionnelles, alliant souplesse et efficience, permettant d'instaurer des relations de coopération pérennes, fondées non sur le simple adressage[113], mais sur des pratiques débattues et évaluées collectivement.

3.2.2 Des craintes sont exprimées, qui doivent être entendues pour être surmontées

3.2.2.1 Elles concernent en 1er lieu la compétence et la disponibilité des auxiliaires médicaux.

En théorie, tous les ophtalmologistes se disent favorables à une plus large délégation de tâches. Et un certain nombre d'entre eux admet avoir développé des relations de confiance avec des auxiliaires médicaux, dont ils ont pu apprécier le professionnalisme et l'intégrité, et auxquels ils confient, occasionnellement ou plus régulièrement, des actes techniques ou des prises en charge qui vont au-delà de ce que prévoient explicitement les textes.

Toutefois, une écrasante majorité d'entre eux, y compris ceux qui, en pratique, osent des coopérations fondées sur la confiance, se montre réticente à l'idée de les autoriser et de les généraliser.

Ainsi les ophtalmologistes mettent-ils en avant la tonalité trop commerciale de la formation des opticiens lunetiers, ainsi que les limites, théoriques et surtout pratiques, de leur formation en réfraction et en physiopathologie de l'œil. Ils soulignent que la plupart des orthoptistes n'ont, jusqu'à la récente réingénierie de leur diplôme, pas reçu une formation complète aux actes qui leur sont désormais autorisés. Et s'ils reconnaissent les compétences en optique de ceux des opticiens lunetiers qui poursuivent une formation en sciences de la vision, ils pointent la faiblesse ou l'inexistence de leur formation clinique.

La mission ne formule pas d'avis sur ces jugements largement partagés.

112 In « Cinq expérimentations de coopérations et de délégations de tâches entre professionnels de santé », Y Berland et Y Bourgueil, juin 2006

113 Suspect aux yeux de bien des interlocuteurs de la mission, qui revendiquent un meilleur contrôle de pratiques détestables et répandues, comme celle des « chirurgiens fantômes »...

Mais elle souligne que ces faiblesses, si elles existent, ne sauraient fonder un refus durable de réorganiser la filière de soins visuelle mais constituent en revanche une forte incitation à agir pour les surmonter. Car « la légitimité de la délégation vient de la compétence et donc de la formation[114]». Plus précisément, « les conditions requises pour une délégation d'actes de diagnostic » requièrent « une formation de base de bonne qualité, de la formation continue et un volume suffisant d'activité pour acquérir une fiabilité suffisante[115]. »

Un auxiliaire de santé insuffisamment formé pourrait ne pas dépister la totalité des pathologies potentiellement graves naissantes, volontiers asymptomatiques ? C'est vrai. Mais la situation actuelle dans laquelle, faute d'accès dans des délais et à des tarifs raisonnables à un ophtalmologiste, une partie importante de la population soit consulte après des mois de retard, soit renonce purement et simplement à consulter, serait-elle exempte de conséquences ?

Aucune étude n'a jamais cherché à comparer l'impact en termes sanitaire de ces deux médiocres hypothèses.

La mission n'a pas procédé à un inventaire exhaustif de la littérature concernant les divergences éventuelles entre ophtalmologistes et orthoptistes pour un examen de vue. Elles semblent limitées, comme l'indiquent les données colligées par JB Rottier.[116]

3.2.2.2 Une difficulté fréquemment évoquée est celle de la charge[117] que représenterait l'embauche d'un orthoptiste salarié.

Dans son n° du 04/12/2007, la revue Acuité rapporte qu'un tiers des ophtalmologistes disposeraient d'un orthoptiste dans leur cabinet (libéral dans 50 % des cas). Un second tiers l'envisagerait. Un dernier tiers ne l'envisage pas, dont la moitié pour des « raisons économiques ».

Bien que la rentabilité du travail aidé soit assurée en secteur 2 et très probable en secteur 1, moyennant une réorganisation du travail qui permet d'amortir largement le coût d'un orthoptiste salarié[118], ces craintes ont conduit les ophtalmologistes à revendiquer des revalorisations[119].

3.2.2.3 Une autre crainte concerne le rôle de l'ophtalmologiste au sein de la filière de santé visuelle.

Il faut ici évoquer l'attachement des ophtalmologistes à leur statut de praticien de 1ère intention, bénéficiant de l'accès direct spécifique. Et leur ferme opposition[120], tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons d'activité, à toute mesure susceptible d'entraîner sa remise en cause.

---

114 In « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » sous la responsabilité du Pr Y Berland, 2006.
115 In G de Pouvourville, cité plus haut.
116 92,3 à 977 % des mesures de la meilleure acuité visuelle corrigée seraient dans un intervalle de moins de 0,25 dioptrie et 88,5 % des mesures de l'axe seraient dans un intervalle de moins de 5°. In « Cinq expérimentations de coopérations et de délégations de tâches entre professionnels de santé », Y Berland et Y Bourgueil, juin 2006
117 Elle est évaluée à 40000 – 50000 € par an, en intégrant salaire, cotisations sociales et amortissement du poste de travail et des équipements.
118 JB Rottier, dans «Rapport sur 5 expérimentations de coopérations et de délégation de tâches entre professionnels de santé » (ONDPS, juin 2006) juge « qu'un ophtalmologiste peut équilibrer le coût supplémentaire d'un orthoptiste s'il arrive à réaliser avec son aide 1 à 1,5 consultations en plus par heure ».
119 « Prêts à la délégation de tâches, les ophtalmos veulent des revalorisations », le Quotidien du Médecin, 25/01/ 2013.
120 Le refus de la reconnaissance de l'optométrie au sein des magasins d'optique et la dénonciation de la confusion prescripteur-vendeur qu'elle aurait provoquée, ont constitué, avec l'inquiétude générée par la proposition de loi du député G Bapt, qui ouvrait une perspective « d'amputation très importante du champ des ophtalmos », le motif de la grève du 3 novembre 2012.

3.2.2.4 Une dernière difficulté est consécutive aux importantes difficultés de mise en place des protocoles expérimentaux.

Cela fait maintenant plus de 10 ans (travaux Berland et ONDPS 2003) que l'hypothèse des coopérations a été explorée, et plus de 5 ans que la loi HPST a été promulguée, ouvrant la perspective à l'innovation dans le domaine des coopérations entre professionnels de santé, suscitant tour à tour la curiosité chez quelques pionniers, l'engouement face aux perspectives qu'elles offrent et, déjà, le découragement[121] de ceux qui déplorent la lourdeur et la complexité des circuits d'instruction et de décision.

L'exemple de la rétinographie de dépistage de la rétinopathie diabétique est édifiant à cet égard.

Il aura fallu aux équipes plusieurs années pour mettre en place ce qui reste comme le premier (et le seul?) des actes de télé-médecine… après consultation de la CNIL et prise d'un décret en conseil d'État pour autoriser la transmission sécurisée des données, avec la création de codes-actes distincts pour la réalisation de l'examen (par l'orthoptiste, qui cote en mode Sesame Vitale classique) et pour son interprétation (par le médecin, en dehors de la présence du patient, avec une cotation en mode dégradé), la mise en place d'un collège des financeurs (qui a émis un avis favorable à la prise en charge par l'assurance maladie à titre expérimental des actes).

Il s'agit désormais d'engager une nouvelle étape et « d'accélérer les transferts de compétences entre professionnels de santé, et notamment entre ophtalmologistes et orthoptistes[122] ». Encore faut-il préciser qu'il ne s'agit pas tant de transférer des actes, une calculette et un chronomètre à la main, que d'adopter de nouvelles habitudes de travail, de constituer des équipes, de construire de la confiance.

La mission constate, pour s'en féliciter, que la démarche d'élaboration de protocoles repose sur l'initiative locale. Mais des protocoles similaires ont dû être instruits par des ARS différentes, qui ont été confrontées de façon presque simultanée aux mêmes difficultés. Et des sujets propices au développement de coopérations (permettant par exemple le suivi du glaucome[123] ou encore le suivi de populations hébergées en institutions) n'ont pas trouvé de porteurs de projets locaux. Il paraît utile, pour dynamiser l'élaboration de protocoles, de raccourcir le délai d'instruction, d'harmoniser les procédures, d'identifier les personnes ressources, de mettre en place un dispositif national de coordination associant les responsables scientifiques de la spécialité.

Recommandation n°5 : Impulser l'élargissement du champ des coopérations au titre de l'article 51 de la loi HPST au suivi des pathologies chroniques.

3.2.3 Précautions sémantiques

Délégation de tâches, transfert d'actes, travail aidé… De quoi parle-t-on exactement quand on parle de « coopération entre professionnels de santé » ? La recommandation[124] élaborée par la HAS en collaboration avec l'ONDPS en avril 2008 distingue parmi les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, celles qui correspondent à une nouvelle répartition de tâches existantes (dans une logique de substitution) et celles qui relèvent de la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé (dans une logique de réponse à des besoins émergents ou de prise en charge de besoins jusqu'alors non satisfaits).

121 « Ca végète, ça végète, c'est consternant » - JB Rottier – dans la Croix – 22/2/2013
122 Comme le prévoit le Pacte Territoire Santé dans l'engagement n° 8, Scorbé, 13 décembre 2012
123 L'ophtalmologiste pourrait ne voir le patient qu'1 fois sur 2, en alternance avec l'orthoptiste
124 « Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », coordonnée par Yvon Berland, président de l'ONDPS, et Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS

On parle de « transfert d'actes » quand un acte, jusqu'alors réservé au médecin, est inscrit au décret de compétences d'une profession paramédicale, qui « dispose de l'autonomie décisionnelle pour pratiquer l'acte »[125].

On parle plus volontiers de « délégation de tâches » quand le médecin confie la réalisation d'actes (qu'il prescrit selon des modalités qui seront précisées plus loin) à un auxiliaire médical libéral, qui réalise et cote l'acte sous sa propre responsabilité[126]. Et de « travail aidé » ou de « partage des tâches » quand le médecin confie la réalisation d'actes à un auxiliaire salarié, sur sa prescription et sous son contrôle direct.

La mission a constaté que ces termes sont, en pratique courante, fréquemment employés les uns pour les autres. Et qu'ils ne préjugent pas du cadre juridique dans lequel ils sont exécutés : actes réalisés dans le respect du décret d'actes de l'auxiliaire ou actes dérogatoires dans le cadre de protocoles de coopération[127].

3.2.4 Conditions de réussite

Pour la clarté de l'exposé, ces points essentiels seront abordés en différentes parties du rapport. Les rappeler ici n'a pas d'autre objet que d'illustrer la nécessité d'une action globale et coordonnée, levant un par un les obstacles identifiés comme autant de motifs de doute et de découragement

1. le renforcement des capacités professionnelles des auxiliaires médicaux
2. « la légitimité de la délégation vient de la compétence et donc de la formation[128] »
3. l'actualisation des décrets de compétence des auxiliaires médicaux quand ils existent, leur élaboration quand ce n'est pas le cas.
4. la modernisation et la sécurisation des outils de transmission et de conservation des données
5. la clarification des modes de rémunération des professionnels.

3.3 Généraliser le travail aidé ?

3.3.1 Un potentiel conséquent

Des travaux déjà anciens, mais qui n'ont pas été contestés sur ce point, évaluent la durée moyenne d'une consultation non aidée à 14 minutes[129] (soient 4 patients par heure en moyenne) et, en travail aidé, à 7 minutes environ[130] (permettant en théorie un doublement de la capacité d'accueil, de 4 à 8 patients par heure).

La réalité est sans doute un peu différente. C'est qu'au temps de contact proprement dit avec le patient, il faut ajouter, précise le même document, « les renouvellements d'ordonnances, les contacts téléphoniques avec les patients, les courriers aux confrères, les réponses à donner à la secrétaire, la gestion des éventuels malaises survenant dans le cabinet et même conclut le rapport cite la gestion des problèmes informatiques».

125 On appréciera l'ambiguïté de cette définition, reprise avant d'être immédiatement abandonnée par C. Génisson et C Milon dans leur rapport consacré aux coopérations entre professionnels de santé…

126 Mais on ne parle pas de « délégation de tâches » quand le médecin prescrit des actes qui relèvent de la compétence exclusive de l'auxiliaire, comme c'est le cas par exemple des actes de rééducation visuelle de l'orthoptiste.

127 En application de l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

128 In « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » sous la responsabilité du Pr Y. Berland, 2006

129 Etude d'Allergan Ophtalmorama 2004 – le bilan - état des lieux d'une spécialité en évolution

130 Rapport sur 5 expérimentations de coopérations et de délégation de tâches entre professionnels de santé, par le Pr Y. Berland et le Dr Y Bourgueil – ONDPS – juin 2006

Il faut y ajouter le temps nécessaire à la supervision de l'orthoptiste, qui doit pouvoir solliciter un avis ou demander de l'aide, et la perte de fluidité liée à l'articulation entre le temps de passage moyen du patient dans la salle d'examen de l'orthoptiste (entre 7 et 15 minutes selon l'âge du patient[131] et la nature des examens effectués) et le temps de l'ophtalmologiste.

La productivité théorique élevée est également à pondérer en fonction de l'orientation du cabinet et du type de patients qu'il reçoit (la prise en charge d'une personne âgée atteinte de dégénérescence maculaire est plus chronophage que celle adulte jeune venu pour une réfraction simple), de l'expérience de l'orthoptiste, et de l'organisation choisie.

Il n'y aura aucun gain de productivité si l'ophtalmologiste « attend » le patient pris en charge par l'orthoptiste. Mais un gain considérable si l'ophtalmologiste voit « entre deux » un patient qui ne nécessite pas de passer chez l'orthoptiste, ou s'il a deux orthoptistes, ou encore s'il distingue, dans ses différentes plages horaires, des consultations courtes et des consultations plus longues, pour des actes de petite chirurgie ou des cas plus complexes.

L'organisation joue dès lors un rôle essentiel : réorganisation des locaux permettant un circuit patient fluide et logique ; gestion de l'agenda par une secrétaire médicale qui joue de plus en plus un rôle de régulatrice stratège ; logiciels adaptés à une gestion fine de l'activité.

En pratique, ce sont 5 (12 minutes par patient en moyenne) à 6 (10 minutes par patient) patients, et parfois davantage, qui peuvent être accueillis par heure, en bénéficiant de ce double passage par l'orthoptiste puis l'ophtalmologiste.

Y Berland et Y Bourgueil concluent de façon analogue : « L'augmentation de productivité par rapport à une base nationale estimée à 4 patients par heure sans l'aide de l'orthoptiste, varie donc entre 25 % (hypothèse basse) et 62,5 % (hypothèse haute), avec une moyenne d'environ 35 % ».

Plus récemment, Th Bour, dans une présentation au Forum national de l'orthoptie le 5 juillet 2013, évoque l'hypothèse d'une amélioration de l'efficience individuelle du médecin de 50 % grâce au travail aidé. Th Bour suggère ainsi qu'avec 80 % des médecins adoptant cette nouvelle organisation du travail… on pourrait absorber, malgré un nombre d'ophtalmos en baisse, le surplus d'actes attendu en 2020. Toutefois, la mesure ne suffirait pas pour faire face à l'augmentation des actes à l'horizon 2025. Quant à JB Rottier, qui a mis en place une organisation fondée sur le travail aidé depuis 2005, il évalue à 33 % le gain de temps pour l'ophtalmologiste.

3.3.2 Une façon de travailler efficace et sûre…

Très concrètement, le « travail aidé » est fondé sur le salariat d'auxiliaires médicaux, le plus souvent des orthoptistes, au sein du cabinet. Comme le précise l'article L4342-1 du code de la santé publique, « les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou, dans le cadre notamment[132] du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin ».

Généralement, l'orthoptiste intervient, avec l'accord du patient, en amont de la consultation de l'ophtalmologiste. En fonction de l'âge, des antécédents oculaires, du motif de la consultation, il réalise les actes techniques qui permettront à l'ophtalmologiste, dans un second temps, de compléter l'interrogatoire médical, de réaliser l'examen clinique, de faire le diagnostic et de formuler la prescription, s'il y a lieu.

131 Le rapport suggère que « vieillissement de la population à examiner apparaît comme un facteur limitant l'augmentation de productivité ».
132 Ce « notamment » mériterait de longues exégèses...

La prescription des actes réalisés par l'orthoptiste peut être écrite, sous forme d'une ordonnance ou, de plus en plus souvent, d'un protocole de prise en charge, qui précise les actes à réaliser en fonction de l'âge du patient, du motif de consultation. Elle est encore fréquemment orale voire tacite.

L'unité de lieu est aujourd'hui la règle, pour d'évidentes raisons de responsabilité ; mais la question de l'exercice en des lieux différents (un cabinet secondaire, une maison médicale…) est d'ores et déjà posée, dès lors que l'orthoptiste salarié limitera son activité aux actes qui n'exigent pas la présence du médecin, autorisés par ailleurs dans le cadre de protocoles de coopération fondés sur la validation « à distance », géographiquement (télé-médecine) ou temporellement (analyse différée) par le médecin.

3.3.3 et qui doit être encouragée davantage

Les interlocuteurs de la mission confirment l'efficacité du travail aidé, qui permet d'accroître de 30 % en moyenne le nombre d'actes, moyennant une réorganisation du travail et une planification plus fine des rendez-vous.

La rentabilité du travail aidé est assurée en secteur 2.

Elle est presque constamment certaine en secteur 1, sans atteindre, d'après certains des interlocuteurs de la mission, les « taux de rentabilité qui permettraient de convaincre ceux des ophtalmologistes qui hésitent encore ».

Les représentants des ophtalmologistes admettent que les réticences à l'embauche d'un salarié sont d'abord liées :

- à l'âge moyen[133] des ophtalmologistes concernés, qui hésitent d'une part à bouleverser totalement leur organisation à quelques années de la cessation d'activité et d'autre part, à assumer la responsabilité d'un collaborateur qu'ils seraient amenés à licencier lors de leur départ en retraite ;
- aux incertitudes relatives à l'ampleur effective des délégations de tâches et au temps qu'ils pourraient être amenés à consacrer initialement à la formation et à la supervision de leur collaborateur.

Ils estiment néanmoins que la mise en place d'une incitation financière à l'embauche d'un collaborateur permettrait de convaincre un certain nombre de praticiens en secteur 1 de choisir le travail aidé.

La mise en place d'une aide spécifique à tous les ophtalmologistes en secteur 1 n'apparaît pas justifiée. Toutefois, la mission ne rejette pas a priori l'idée d'un mécanisme ciblé, réservé aux praticiens exerçant en travail aidé, en secteur 1 et en zone sous-dense, moyennant des engagements forts et vérifiables concernant l'augmentation du temps médical effectif, l'accueil des urgences, l'accueil des nouveaux patients, l'élargissement des plages horaires (en soirée ou le samedi par exemple), l'engagement sur des objectifs de santé publique ou la modernisation des circuits de transmission (tiers payant, télé-médecine).

Cette incitation pourrait prendre des formes variées :

- soit une « rémunération forfaitaire annuelle », modulée en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice ou d'organisation, prévue « pour favoriser l'exercice regroupé » par l'article L162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- soit une rémunération sur objectifs de santé publique sur le modèle de la ROSP ;

133 Il est de 57 ans.

- soit un forfait structure[134] pour l'équipement du ou des postes de travail supplémentaires et les tâches de formation/coordination/supervision du ou des auxiliaires.

La garantie d'un revenu complémentaire « minimal » pour le couple ophtalmologiste-orthoptiste, dispositif calqué sur celui destiné à inciter à l'installation de médecins généralistes, en réalité peu incitative, paraît en revanche devoir être écartée.

En tout état de cause, ces propositions relèvent des négociations conventionnelles et ne pourront être discutées et arbitrées que dans ce cadre.

D'une autre nature est la proposition d'autoriser le médecin à constituer, au cours des dernières années d'activité (au-delà de 60 ans par exemple) des provisions déductibles au titre des frais professionnels, dans des conditions à préciser, dédiées à l'indemnisation des salariés au moment de la cessation d'activité.

Recommandation n°6 : Mettre à l'étude un mécanisme de soutien au travail aidé en secteur 1, dans les seules zones sous-denses, réservé aux praticiens s'engageant sur des critères précis d'accueil et de permanence des soins. Mettre à l'étude un mécanisme incitant à la constitution de provisions dédiées à l'indemnisation des salariés au moment de la cessation d'activité.

Les pratiques de cotation des actes d'orthoptie devront être clarifiées. Certes, la convention médicale de 2005 autorise un médecin à facturer les actes effectués au cabinet médical par un auxiliaire médical salarié. Ce n'est pas choquant si, pendant son temps de travail, l'auxiliaire est amené à réaliser des actes de rééducation visuelle par exemple. Ca le devient si, de façon systématique, l'ophtalmologiste cote, outre deux actes techniques, un bilan orthoptique.

Recommandation n°7 : Limiter la cotation des actes en AMY de l'orthoptiste aux seuls actes de rééducation visuelle et aux actes qui ne sont pas suivis de la cotation d'une consultation ou de deux actes techniques par l'ophtalmologiste.

3.4 Un soutien résolu au développement du travail aidé, une vigilance intacte face aux dérives possibles

Le développement du travail aidé est souhaitable ; mais déjà plusieurs points de vigilance ont été signalés à la mission :

- ainsi du risque, malgré un nombre des orthoptistes en croissance régulière, de détourner un trop grand nombre de jeunes du métier de la rééducation visuelle ;
- ou encore du risque de voir certains ophtalmologistes, non d'accueillir davantage de patients, mais de multiplier les actes techniques réalisés par un et souvent plusieurs orthoptistes.

3.5 Faciliter la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes libéraux

On a vu en amont que la proportion des orthoptistes libéraux se tasse mais ne s'effondre pas ; et que près de la moitié des ophtalmologistes qui disent bénéficier de l'aide d'un orthoptiste travaillent avec des libéraux dans des conditions d'inconfort financier (le « partage » des honoraires) et d'insécurité juridique (le risque de requalification en contrat de travail).

134 Sur le modèle du règlement arbitral du 23 février 2015, applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

Plusieurs scénarios sont envisageables pour développer la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes libéraux. Certains supposent l'unité de lieu, dans des locaux partagés, au moins sur une partie du temps d'activité : c'est le cas de toutes les situations où l'ophtalmologiste doit voir le patient. D'autres ne l'imposent pas, en ce qu'ils permettent une interprétation différée par l'ophtalmologiste, dans l'espace ou dans le temps.

1. Le 1er scénario est celui qui a été utilisé pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Il permet une coopération souple entre professionnels libéraux, en créant des actes séparés pour l'orthoptiste (réalisation de l'examen, prescrit par l'ophtalmologiste ou par un autre médecin) et pour l'ophtalmologiste (interprétation de l'examen, suivie ou non de prescription).

Ce scénario, qui épargne aux protagonistes toute discussion sur la valeur respective des actes, arrêtée par la négociation nationale, et sur les modalités d'un partage d'honoraires, peut être déployé par étapes, au rythme de la mise en place de nouveaux protocoles de coopération, de la création de nouveaux codes actes, de l'élargissement des compétences des auxiliaires libéraux, traduit dans leur décret de compétences.

Deux types de coopération pourraient sans délai être mis en place :

- dans le domaine du suivi des pathologies chroniques (glaucome notamment) en alternance avec la consultation chez l'ophtalmologiste.
- dans le domaine de la réfraction, en s'inspirant des protocoles existants - pensés pour des collaborations avec des salariés - dont certains exigent l'unité de lieu (protocole Rottier) et d'autres non (protocole Muraine).

Certains suggèrent de lever « le principe d'une prescription médicale pour la réalisation du bilan visuel » et de modifier en conséquence l'article L4342-1 du code de la santé publique et le décret d'actes des orthoptistes.

Sans l'écarter définitivement, la mission constate que cette mesure est loin d'être consensuelle. Si elle devait être mise en œuvre, elle devrait préciser dans quelles conditions l'ophtalmologiste est amené à prendre connaissance des actes ainsi réalisés, et lister les situations dans lesquelles l'orthoptiste se doit d'orienter rapidement le patient vers l'ophtalmologiste.

Plus opérationnelle apparaît en revanche l'idée d'un protocole de prise en charge valant prescription, sur le modèle de celui qui est proposé pour les coopérations au sein du cabinet, pour un certain nombre d'actes relevant de la compétence de l'orthoptiste et explicitement listés dans le décret d'actes de celui-ci. Ce protocole, adapté à l'âge, aux antécédents pathologiques et au motif de consultation, devrait préciser les cas où le patient peut être vu par le seul orthoptiste - l'ophtalmologiste prenant ultérieurement connaissance du résultat et envoyant compte-rendu et prescription au patient dans un délai[135] à préciser - et les situations où le patient doit être adressé sans tarder à l'ophtalmologiste.

Recommandation n°8 : Permettre explicitement, en modifiant à cet effet l'article L4342-1 du code de la santé publique, la réalisation par l'orthoptiste des actes prévus dans des protocoles de prise en charge écrits et signés par le médecin selon, quand elles existent, les recommandations de la HAS.

135 Un délai de 2 à 3 jours paraît largement suffisant.

La mission prend acte des difficultés administratives concernant le partage et la transmission d'informations de santé entre professionnels qui devront être levées, ainsi que de la nécessité de créer un circuit de facturation permettant de coter l'acte (interprétation et prescription) de l'ophtalmologiste en dehors de la présence du patient (mode Sesam dégradé) et de mobiliser les organismes complémentaires[136]. Pour éviter toute dérive, l'idée avance d'un « code » généré par la facturation de l'acte réalisé par l'orthoptiste, transmis automatiquement à l'ophtalmologiste, et déclenchant la validation de l'acte de celui-ci.

La mission ne sous-estime pas le risque potentiel d'inflation du coût du bilan de la vue ainsi réalisé. Et considère que le montant cumulé des deux actes[137] doit rester inférieur ou égal à celui de la consultation [138] par le seul ophtalmologiste.

Recommandation n°9 : Autoriser et simplifier les procédures de transmission de données concernant l'identité de l'assuré[139] (par l'auxiliaire médical qui réalise l'examen) et la facturation de l'acte d'interprétation (par l'ophtalmologiste qui le réalise à distance et hors de la présence du patient)[140].

2. **Le 2ème scénario est celui du développement de structures interprofessionnelles libérales permettant une mutualisation des personnels auxiliaires (secrétaires, assistants médico-techniques…) et des équipements (logiciels informatiques, matériels techniques) et la prise en charge conjointe d'une partie de l'activité de chacun des professionnels libéraux de la structure.**

Il faut ici souligner que les ophtalmologistes connaissent et utilisent déjà largement la société civile de moyens (SCM), qui leur permet de mutualiser locaux, équipements et personnel, qu'ils préfèrent à la SEL/SCP[141]. Et qu'ils ne sont dans leur écrasante majorité pas demandeurs d'une nouvelle forme d'organisation.

Les ophtalmologistes ont en revanche marqué leur intérêt pour l'expérience des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires[142] (SISA).

➢ **Une société d'exercice libéral (SEL) interprofessionnelle ?**

L'idée est sur la table depuis plusieurs années. Si sa mise en œuvre est simple - un décret en conseil d'État[143] - il semble que la SEL ne réponde pas aux besoins exprimés par les professionnels :

- parce qu'elle permet l'ouverture du capital à des intervenants extérieurs au risque d'une approche plus financière que sanitaire ;
- parce qu'elle impose une mise en commun de toute l'activité des professionnels de santé qui la composent, excluant que chacun puisse conserver une activité en propre ;
- parce qu'elle suppose une inscription à l'ordre des médecins, ce qui certes peut simplifier les choses, mais institue d'emblée un rapport déséquilibré entre les ophtalmologistes et les orthoptistes ;

136 La prise en charge financière des protocoles repose aujourd'hui soit sur le FIR (dans leur phase expérimentale) soit sur des crédits de l'assurance maladie.
137 Ce montant a été fixé à 23 euros dans le protocole dit Rottier, ce qui semble limiter sa diffusion au seul travail aidé avec des orthoptistes salariés déjà en poste dans un cabinet.
138 Soient 28 euros.
139 Et notamment du n° d'inscription au répertoire (NIR)
140 D'une façon plus générale, un groupe de travail devrait être mis en place entre la DSS, la CNAMTS et les OCAM pour permettre d'adapter les procédures à la nécessaire montée en puissance des actes, qui ne concernent pas que la filière visuelle, de télé-médecine/télé-expertise.
141 A peine 10 % des ophtalmologistes exercent en SEL et 2 % en SCP (DREES 2011)
142 Articles L4041-1 à 7, L4042-1 à 3 et L4043-1 et 2 du code de la santé publique
143 Comme le prévoit l'article 1er de la loi n°90-1258 du 31/12/1990 relative aux SEL.

- parce qu'elle comporte un fort risque de marginalisation, tant dans la répartition des bénéfices que dans le processus de prise de décision, des partenaires minoritaires en capital (ici très probablement les orthoptistes) ;
- parce qu'elle ne met pas l'auxiliaire à l'abri d'une requalification de son activité en activité salariée.

➢ Une société civile (SCP) interprofessionnelle ?

Là encore, un décret en conseil d'État suffit pour créer une société civile interprofessionnelle[144]. Mais ce type de société, dont les modalités de fonctionnement - détention du capital, prises de décision, répartition des bénéfices – en apparence très égalitaires, peuvent en fait être profondément transformées par les statuts, ne répond pas davantage aux attentes des professionnels, en ce qu'elles imposent une mise en commun de la totalité de l'activité et une inscription à l'ordre des médecins.

➢ Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ?

Le double objet de la SISA semble répondre aux attentes des professionnels en ce qu'il permet, conformément à l'article L4041-1 du code de la santé publique, « la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés » et « l'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé ».

Le décret n°2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires énumère les activités que les associés de la SISA peuvent exercer en commun, et parmi celles-ci la « coordination thérapeutique[145] » et « la coopération entre les professionnels de santé telle que définie à l'article L4011-1[146].

La SISA semble dès lors permettre de déployer, dans toutes leurs dimensions, les coopérations entre ophtalmologistes et orthoptistes libéraux.

La SISA permet aussi l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, pour les tâches de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique et de coopération entre professionnels de santé. On voit l'intérêt de dispositifs de ce genre pour le suivi des personnes atteintes de pathologies chroniques, pour la mise en place d'actions de dépistage en direction de populations spécifiques, pour l'évolution des organisations, ou tout simplement pour mobiliser les ressources nécessaires à une réorganisation du parcours de soin.

Alors que la pérennisation de ces nouveaux modes de rémunération est acquise[147], l'octroi de crédits dédiés à la SISA peut apparaître comme une alternative séduisante à la mise en place d'un mécanisme de subvention à l'embauche d'un collaborateur par un ophtalmologiste isolé : il s'agit de soutenir une structure, moyennant des engagements en termes de coordination, de partage d'informations et de santé publique, et non de subventionner un professionnel dont le revenu net est déjà très élevé.

144 Comme le prévoit l'article 2 de la loi n°6-879 du 29/11/1966 relative aux SCP.
145 « Entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soin »
146 Issu de l'article 51 de la loi 2009-879 du 25 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
147 L'arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité pérennise la rémunération créée par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, consacré à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération.

Une difficulté s'est fait jour, qui ne tient pas tant à la présence obligatoire[148] « d'au moins deux médecins et un auxiliaire médical » (car rien n'exclut que ces médecins puissent être des ophtalmologistes) qu'à la vocation même de la SISA, dédiée à « une offre de soins de 1er recours ». On sera tenté de répondre que l'ophtalmologie étant une spécialité en accès direct spécifique, on est bien dans une spécialité « de 1er recours[149] ». Et cela d'autant plus qu'on bousculera les organisations traditionnelles, pour répondre aux besoins exprimés par la population : accueil des nouveaux patients, élargissement des plages horaires, organisation d'une permanence des soins, accueil sans rendez-vous ou à rendez-vous rapprochés sur certaines plages horaires, consultations en binôme…

Une seconde difficulté est liée au fait que la SISA bénéficie par dérogation d'une non-inscription à l'ordre des médecins et n'est pas habilitée à facturer des actes à l'assurance maladie. Elle permet en revanche à chacun de ses membres de facturer ses propres actes. Et de facturer des actes réalisés dans le cadre de protocoles article 51, quand ils existent. Ce dernier point a été discuté par certains interlocuteurs de la mission ; il devra naturellement être expertisé.

Un cas particulier concerne la présence d'un orthoptiste au sein d'une SISA associant, comme le prévoient les textes, au moins deux médecins et un ou des auxiliaires médicaux.

L'orthoptiste peut être associé de la SISA et avoir une activité libérale autonome (rééducation visuelle) et/ou revêtant le caractère de coopération avec un ou des ophtalmologistes, dans le cadre de protocoles opérationnels (dans le cadre de son décret d'actes) ou dans le cadre de protocoles articles 51 (y compris au-delà de son décret d'actes), avec une validation soit à distance, soit différée, par un ophtalmologiste dont il faut souligner, pour être exhaustif, qu'il peut lui-même être associé, pour une part de son activité, de la SISA[150].

L'orthoptiste peut aussi être salarié d'une SISA composée de 2 médecins, ophtalmologistes ou non, et d'autres auxiliaires médicaux.

Ces formules, pour inhabituelles qu'elles soient, peuvent constituer une solution crédible pour permettre l'installation d'orthoptistes dans des territoires dépourvus ou sous-dotés en matière de santé visuelle. Ne serait-ce que parce qu'elles permettent une pratique moins solitaire, une prise en charge par la SISA des frais d'équipement du poste de travail de l'orthoptiste, une mutualisation des outils de coordination et des personnels.

L'idée a été avancée d'un appel à projets portant sur l'organisation par les SISA de consultations pour bilan visuel, assurées par un auxiliaire médical – en pratique un orthoptiste salarié pour cette activité – avec interprétation différée par un ophtalmologiste assurant une ou des vacations au sein de la SISA et recevant, si besoin, les patients qui le justifient à l'issue du bilan visuel.

Une solution alternative a été préconisée, qui consiste à créer par la loi un nouveau type de société inspiré de la SISA, adapté aux spécificités de la filière visuelle. Si l'idée d'une société interprofessionnelle de soins ophtalmologiques (SISO) est amusante, un examen sérieux conduit à considérer qu'elle n'offre pas d'avantage décisif par rapport à une SCM ou à une SISA.

Aucune précaution juridique ne permettra de garantir une parfaite égalité de statuts entre des professionnels dont l'un seulement jouit d'une autonomie professionnelle totale et de la liberté de prescription d'actes que l'autre, dont les compétences et le savoir-faire ne sont pour autant pas contestés, ne peut qu'exécuter.

C'est là une réalité difficile qui ne se résoudra que par la généralisation du travail d'équipe, au sein desquelles chacun est reconnu et respecté pour la part qu'il prend à la prise en charge globale du patient.

148 Conformément à l'article L4041-4 du code de la santé publique
149 Au sens de l'article 1411-11 du code la santé publique.
150 Ils peuvent même être associés dans plusieurs SISA.

Et aucune innovation dans le statut des sociétés ne suffira à convaincre les ophtalmologistes les plus âgés (et les plus nombreux) de bouleverser leur exercice à quelques années de la cessation d'activité.

En guise de conclusion sur ce point, la **mission préconise d'utiliser les statuts existants, et notamment celui de la SCM ou, quand les conditions en sont réunies, celui de la SISA,** qui permettent une large mutualisation des locaux, des frais de personnel et des dépenses d'équipement tout en garantissant une large autonomie de chacun de leurs membres dans l'organisation de leur propre travail comme dans l'établissement de coopérations entre eux.

3.6 Aider à la création ou au maintien de cabinets de soins visuels sur les territoires moins bien dotés

Certaines des mesures évoquées dans les paragraphes précédents - et notamment le contrat d'engagement de service public - sont dédiées au renforcement de l'offre en zone sous-dense. Elles butent sur la réticence de bien des jeunes ophtalmologistes qui privilégient, à l'implantation ou à la reprise d'un cabinet, l'installation au sein d'une équipe existante, en zone urbaine : cabinets de groupe, maisons de santé, pôles de santé… L'idée de pôles ophtalmologiques multi-sites, permettant à une communauté d'ophtalmologistes d'assurer par roulement une présence ophtalmologique dans des villes et territoires présumés plus ingrats (villes moyennes, quartiers moins bien dotés des grandes villes, zones urbaines sensibles) sans se couper de la dynamique et des commodités d'un exercice collectif, a été avancée. Les difficultés de mise en place concernent aujourd'hui la fixation du lieu d'exercice de chacun des praticiens, exerçant à tour de rôle dans ce qui ne peut pourtant être considéré pour chacun d'entre eux comme un cabinet secondaire. Un assouplissement de la définition du lieu d'exercice est sans doute à envisager.

Recommandation n°10 : Accompagner l'expérimentation de pôles ophtalmologiques multi-sites, chargés d'une mission de santé sur un territoire ou en direction d'une population.

L'une des modalités les plus séduisantes consiste à implanter cette activité ophtalmologique dans un centre de santé ou une maison de santé.

Enfin, et pour faciliter le dépistage et le suivi des pathologies visuelles, en lien avec l'ophtalmologiste, la mission ne verrait que des avantages à une meilleure formation des médecins de premier recours aux pathologies sensorielles, à la physiologie de l'œil et au dépistage des différentes pathologies de la vision, soit au cours des semestres de spécialisation en médecine générale, soit de façon optionnelle via un diplôme universitaire complémentaire.

3.7 Adapter la tarification aux nouvelles organisations

La mission n'entend pas revenir sur les choix faits lors de la mise en place de la CCAM. Mais elle estime nécessaire, face à la grande hétérogénéité des pratiques concernant le simple bilan de vue[151] et au risque de dérives qu'emporte la généralisation des délégations de tâches, de revaloriser le bilan de la vue et d'encadrer davantage la pratique en la matière.

Certains praticiens cotent une simple consultation (28 euros en secteur 1, en accès direct spécifique), d'autres cotent deux actes techniques[152] (pour un coût moyen par patient de 38,49 euros en secteur 1[153]).

151 La mission ne conteste évidemment pas la légitimité du praticien à réaliser des actes techniques rendus nécessaires par l'âge ou par des pathologies associées lors d'une consultation pour un « simple bilan visuel ».
152 Le plus fréquemment, il s'agit de l'examen de la vision binoculaire (BLQP010) et de l'examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002) pour un montant de 38,90 euros.
153 C'est notamment le cas des centres Point Vision, dont le modèle économique repose sur cette possibilité de cotation.

Le bilan de vue réalisé par l'orthoptiste et interprété par l'ophtalmologiste dans le cadre des protocoles Rottier est facturé 23 €. Ce montant semble présenter un trop faible caractère incitatif, quand le bilan de vue pratiqué par l'orthoptiste est coté AMY 10 (26 €).

Déjà, certains privilégient la cotation d'un bilan (AMY 10) associé à la mesure de l'acuité visuelle (AMY 4,1) pour un total de 36,66 €.

Il paraît nécessaire d'harmoniser ces pratiques, en mettant en place une cotation simple pour le bilan de vue, qui pourrait être fixée à 28 €[154] quand l'examen est réalisé par l'orthoptiste et interprété de façon différée par l'ophtalmologiste, et à un niveau un peu supérieur[155] quand l'examen est réalisé par l'orthoptiste et que le patient est vu par l'ophtalmologiste ensuite.

Cette discussion devra naturellement être conduite dans le cadre des négociations conventionnelles.

Mais il paraît d'ores et déjà nécessaire de préciser qu'une réévaluation substantielle devra s'accompagner d'une stricte limitation de la cotation d'actes techniques lors d'un bilan simple de la vue[156].

Recommandation n°11 : Réévaluer la cotation du bilan de la vue, moyennant une limitation stricte de la cotation d'actes techniques pour cette indication.

Au-delà de ces aménagements d'une portée somme toute limitée, la question reste posée, en ophtalmologie comme dans d'autres spécialités médicales, de la mise en place de forfaits de prise en charge et de suivi de pathologies chroniques par exemple, rompant avec la cotation d'actes techniques qui rendent mal compte de la réalité complexe d'un suivi à long terme. Se posera dans ce contexte en termes nouveaux la question de la répartition entre l'orthoptiste et le médecin.

Se posera aussi la question de l'évolution du cadre juridique, « dépassant l'approche nécessairement restrictive d'une liste d'actes autorisés par profession pour évoluer vers une logique mixte, définissant également les professions de santé par les missions qui leur sont confiées[157] ». Et sans doute aussi des règles déontologiques des professions concernées.

On l'aura compris, il ne s'agit pas de choisir entre les principaux modes de coopération qui ont été détaillés au cours des pages qui précèdent, mais de les faciliter toutes, qu'elles soient **ponctuelles**, sur le modèle de ce qui a été testé pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, ou **formalisées** dans le cadre du salariat de l'orthoptiste par l'ophtalmologiste ou par la structure dans laquelle il exerce ou dans le cadre d'une structure associant des libéraux.

154 Le principe consiste à fixer le montant d'un seul acte (« forfait visuel ») ou de deux actes cumulés (l'un pour l'orthoptiste, l'autre pour l'ophtalmologiste) au prix de la consultation, pour éviter les dérives inflationnistes. Le coût pour l'assurance maladie est de 19,6 € (avec un taux de prise en charge à 70 %) quand il est aujourd'hui de 23 € (pris en charge à 100 %)

155 Le chiffre de 33 euros a été avancé.

156 Il faut rappeler que l'augmentation spontanée de la dépense liée à l'augmentation du nombre d'actes facturés en ophtalmologie est de l'ordre de 35 millions par an.

157 In « Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », coordonnée par Y. Berland, président de l'ONDPS, et Claude Maffioli, membre du Collège de la HAS, avril 2008

4 CONFORTER LE ROLE ET LES COMPETENCES DES AUXILIAIRES PARAMEDICAUX DE LA FILIERE VISUELLE

4.1 Compléter la boîte à outils de l'orthoptiste

4.1.1 Consolider la formation initiale

On a vu plus haut que le volume des promotions annuelles des orthoptistes reste limité en dépit de besoins croissants. D'après les enseignants, cette situation est liée à la rareté des terrains de stage. Et à l'incapacité des gestionnaires des UFR de dégager un minimum de moyens pour financer les outils pédagogiques et l'accompagnement des étudiants, qui reposent sur un quasi-bénévolat des enseignants.

Pour des raisons d'efficacité, les enseignants ne préconisent pas l'ouverture de nouvelles écoles d'orthoptie dans les régions administratives[158] qui en sont aujourd'hui dépourvues, et privilégient le renforcement des écoles existantes, pour mieux utiliser la ressource enseignante. et la diversification des terrains de stage. Ainsi de l'école d'orthoptie d'Amiens, dont les étudiants effectuent des stages à Rouen, Caen ou Dijon.

Recommandation n°12 : Augmenter[159] le nombre des places offerts aux étudiants en orthoptie en l'adaptant à la réalité géographique et démographique de la profession. Assurer le financement des écoles d'orthoptie et de la coordination entre elles, et notamment des dotations horaires d'enseignement et des plate-formes en ligne développées pour faciliter la mutualisation des ressources.

L'arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste publié au Journal officiel du 17 décembre 2014, sanctionne une démarche de ré-ingénierie du diplôme d'orthoptiste dont il faut admettre qu'elle était indispensable : l'arrêté précédent datait en effet du 16 décembre 1966 ! Le nouveau référentiel de formation prévoit une formation en 3 ans, avec délivrance de 180 ECTS.

La démarche a néanmoins généré une déception unanime, tant sur la méthode[160] que sur son objet même[161], comme l'indiquent les conclusions[162] du Haut Conseil des Professions paramédicales, réuni le 7 octobre 2014.

La mission constate, pour le regretter, l'ambigüité du discours tenu par l'administration au cours de cette réunion, subordonnant la délivrance du grade de licence[163] pour les nouveaux titulaires de la capacité professionnelle d'orthoptiste à « l'adéquation entre les aspects professionnels et universitaires de la formation », alors même qu'il devenait clair que le travail de réingénierie n'avait pas été conduit à cet effet.

Ce travail devra être repris, pour prendre en compte l'évolution de la profession et celle, attendue, du décret d'acte des orthoptistes.

158 Dont le périmètre est par ailleurs en cours d'évolution.
159 L'Académie française d'ophtalmologie a préconisé un effectif de 400/an.
160 Le rapport conjoint IGAS-IGAENR sur « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD » établi par V Marsala, P Allal et I Roussel en juillet 2013, a bien décrit les blocages, retards et ambigüités de la démarche de réingénierie. Le texte concernant les orthoptistes a été imposé un an plus tard, alors que les blocages perduraient.
161 « Le texte présenté ce jour est à « compétences constantes »
162 À l'unanimité de ses membres, le haut conseil a refusé d'examiner le projet d'arrêté et « constatant le blocage du processus de réingénierie », demandé aux ministres de réunir à nouveau le groupe de travail ad hoc.
163 Le protocole d'accord du 2 février 2010 signé par la ministre de la santé annonçait l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux à l'horizon 2015.

Recommandation n°13 : Accélérer la mobilisation visant à adapter les enseignements aux exigences du décret d'actes. Lever l'incertitude quant à la reconnaissance du grade de licence et à l'intégration dans le schéma LMD.

4.1.2 Reconnaître aux orthoptistes le droit de prescrire et renouveler certains dispositifs médicaux

Les orthoptistes sont amenés, dans leur pratique quotidienne, à conseiller des dispositifs médicaux et/ou à en préconiser l'évolution au fil de la rééducation. En l'absence de droit à prescrire et/ou à renouveler une prescription, ils sont contraints de renvoyer leur patient vers l'ophtalmologiste pour une prescription de pure forme, que le médecin sera amené à rédiger « en confiance ».

Gain de temps pour le médecin, facilité pour le patient, économie pour l'assurance maladie, il est proposé d'autoriser les orthoptistes à prescrire les dispositifs médicaux indispensables dans leur pratique.

Recommandation n°14 : Reconnaître aux orthoptistes le droit de prescrire le matériel de rééducation orthoptique (caches oculaires pour rééducation de l'amblyopie, prismes provisoires, filtres d'occlusion partielle, aides visuelles, pansements, petit matériel).

Les orthoptistes revendiquent également le droit de renouveler et/ou adapter les prescriptions de verres correcteurs dans les mêmes conditions que les opticiens, en faisant valoir que leur décret de compétences leur reconnaît le droit de déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, sans qu'ils puissent « rien en faire concrètement[164] ».

Les ophtalmologistes y sont pour leur part opposés, en raison du niveau de formation hétérogène des orthoptistes en réfraction[165], et surtout en raison d'un flux de patients trop modeste pour garantir la fiabilité de l'examen.

Les orthoptistes savent qu'il est improbable que les patients aillent spontanément chez l'orthoptiste pour renouveler et/ou adapter une prescription de lunettes quand il leur est facile, dûment informés de la durée de validité de l'ordonnance, de se rendre directement et sans rendez-vous chez l'opticien-lunetier.

Mais ils affirment qu'une part croissante de leur patientèle, porteuse de corrections optiques inadaptées, leur est adressée par d'autres médecins (généraliste, neurologue, ORL…) que l'ophtalmologiste. Constatant que l'ophtalmologiste ne peut proposer un rendez-vous durant le temps de la rééducation et que l'impact de celle-ci en est fortement amoindri, ils souhaitent pouvoir adapter la correction optique, dans les mêmes conditions que l'opticien-lunetier.

Sans nier l'intérêt de cette démarche, la mission considère que la fréquence de cette occurrence devrait être explorée avant toute décision. Et souligne la nécessité de clarifier au préalable les situations dans lesquelles la baisse de l'acuité visuelle chez un patient adressé par ailleurs pour une rééducation visuelle justifie une consultation chez l'ophtalmologiste.

Recommandation n°15 : Impulser la mise en place d'un (ou de) protocole(s) de coopération « bilan visuel et prescription de corrections visuelles », associant la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste libéral, la télé-expertise et la prescription par l'ophtalmologiste.

164 In « le droit de prescription des orthoptistes », SNAO, novembre 2014.
165 Cette réalité n'est pas contestée par les orthoptistes, qui soulignent le renforcement de la formation en réfraction dans le cursus des étudiants.

4.1.3 Compléter le décret de compétences des orthoptistes

Il s'agit d'adapter le décret de compétences des orthoptistes à la réalité du métier, dans ses deux orientations principales, à la diversité des actes que nécessite la prise en charge des patients et à l'évolution même des modes de prise en charge et de l'organisation du travail.

Il ne s'agit pas tant de compléter la liste des actes que les orthoptistes sont habilités à effectuer, soit qu'ils aient été omis en 2007[166] soit qu'ils correspondent à une évolution permise par l'état des connaissances, des matériels, des pratiques, que de faire évoluer les conditions dans lesquelles l'orthoptiste est habilité en les réaliser.

Il est proposé d'assouplir les conditions de réalisation de certains des actes qui n'étaient autorisés que « sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement ». C'est le cas de l'instillation de collyre mydriatique parfois indispensable pour réaliser une rétinographie de qualité. Et aussi – dans des conditions qui devront évidemment faire l'objet d'une concertation approfondie – de la pachymétrie sans contact, de la tonométrie sans contact, de la tomographie par cohérence optique, de la topographie cornéenne, de l'angiographie rétinienne (à l'exception de l'injection), de la biométrie oculaire préopératoire, de l'apprentissage de la pose et de la dépose de lentilles…

La question de l'adaptation des lentilles de contact, à l'issue d'un examen par l'ophtalmologiste ayant éliminé toute contre-indication et prescrit les lentilles, reste débattue.

En 2011, l'Académie française d'ophtalmologie évoquait parmi les nouvelles pistes de coopérations la « délégation de l'adaptation des lentilles auprès de l'orthoptiste lors de la 1ère demande sous le contrôle d'un ophtalmologiste[167] ». Preuve que le principe même ne choquait pas alors les ophtalmologistes. La mission considère que rien ne s'oppose à l'insertion de cette compétence dans le décret d'actes[168], le médecin restant évidemment libre de procéder lui-même à l'adaptation ou de la confier à un tiers compétent et formé à cet effet.

Il est également proposé, afin de permettre le développement des coopérations (travail aidé, délégation de tâches) et des opérations de dépistage[169], de préciser que les orthoptistes exercent leur art sur prescription médicale - c'est déjà dans le texte – ou en exécution de protocoles génériques de prise en charge, élaborés et signés par le médecin, dans le respect des préconisations – quand elles existent - de la haute autorité de santé.

Recommandation n°16 : Elargir le décret d'acte des orthoptistes, pour permettre la montée en puissance des coopérations, en précisant les modalités de prescription (ordonnance ou protocole de prise en charge) et les conditions de réalisation.

Recommandation n°17 : Confier à la Haute autorité de santé le soin d'élaborer des recommandations pour le parcours de soins des patients, tant pour les demandes de renouvellement de prescriptions optiques que pour les principales pathologies, afin de clarifier ce qui peut être réalisé dans le temps de la pré-consultation par l'orthoptiste et ce qui doit rester du champ exclusif de l'ophtalmologiste.

166 C'est le cas de certains actes aujourd'hui permis aux IDE, qui sont indispensables au travail orthoptique, comme l'irrigation de l'œil et l'installation de collyres, la conduite de l'entretien d'accueil du patient, le recueil des secrétions lacrymales (tes de Schirmer), l'entretien, la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables (à l'exclusion du bloc opératoire). Et aussi d'actes comme l'examen spéculaire de la cornée, la prise de clichés à vocation diagnostique, l'apprentissage de la pose, de la dépose, des manipulations et de l'entretien des lentilles de contact.

167 In « les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 », SNOF, AFO, avril 2011

168 Sur la base d'une prescription par l'ophtalmologiste ou d'un protocole de prise en charge.

169 L'article R 4342-4 du code de la santé publique précise que les orthoptistes sont habilités à participer aux actions de dépistage « organisées sous la responsabilité d'un médecin ». La présence physique de celui-ci n'est donc pas requise. Un protocole organisationnel trouve ici tout son intérêt.

4.1.4 Prévoir l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes

Enfin, il serait juste et logique d'élargir la nomenclature des orthoptistes à certains des actes effectués par les orthoptistes.

Juste puisque les engagements[170] pris par le passé n'ont pas été tenus.

Logique dans la perspective d'un rôle accru, sur le modèle de la rétinographie chez le diabétique, dans le dépistage et le suivi de certaines pathologies.

Cet élargissement ne devrait pas avoir un impact inflationniste puisqu'ils se substitueraient à des actes aujourd'hui réalisés et cotés par l'ophtalmologiste.

Sont notamment évoquées la cotation de la pachymétrie sans contact et de la rétinographie des papilles optiques, dans le diagnostic et le suivi du glaucome. Et plus généralement les actes qui n'imposeraient plus la présence du médecin (et ne pourraient donc être cotés par lui) : réfraction, tonométrie sans contact, tomographie par cohérence optique, topographie cornéenne, biométrie oculaire pré-opératoire.

Quant à la cotation du bilan visuel, elle reste contestée, pour de bonnes et de mauvaises raisons, malgré son grand intérêt dans les déserts médicaux où elle pourrait permettre de déployer des coopérations fondées sur la réalisation du bilan par l'orthoptiste avec interprétation et prescription différées par le médecin.

Sans retarder exagérément la prise de décision, quelle qu'elle soit, il est proposé de la fonder sur l'évaluation des résultats des différents protocoles en cours.

La mission souligne qu'il est improbable qu'un orthoptiste libéral puisse espérer rentabiliser seul, par la cotation des actes correspondants, l'achat de nouveaux matériels coûteux. Cette façon de travailler ne serait par ailleurs pas plus efficace que ne l'est le travail d'un ophtalmologiste isolé.

En revanche, il est tout à fait plausible que la cotation de nouveaux actes encourage les orthoptistes à se regrouper pour exercer (secrétariat, matériel), à se procurer l'accès à un plateau technique, voire à s'engager dans des coopérations formalisées avec d'autres professionnels de la santé visuelle.

Recommandation n°18 : Elargir la nomenclature des actes d'orthoptie aux actes permettant de consolider la place de l'orthoptiste dans les coopérations.

4.2 Clarifier le rôle de l'opticien-lunetier et sécuriser l'usager

Les opticiens-lunetiers sont très nombreux. Et 2000 nouveaux diplômés arrivent sur le marché du travail chaque année.

Le secteur de l'optique-lunetterie a subi de profondes évolutions en quelques années à peine, qu'il s'agisse :

- des appareillages, des techniques et des matériels ;
- de l'arrivée de nouveaux acteurs (le « low cost », le « sans délai » et aussi la vente sur internet, qui concerne essentiellement les lentilles, anecdotiquement les lunettes et jamais les primo-porteurs) ;

170 L'avenant n° 9 à la convention prévoit que « les partenaires conventionnels conviennent de se réunir avant le 15 novembre 2013 pour examiner, le cas échéant, les évolutions ultérieures de la lettre-clé ». La revalorisation fut ensuite refusée et l'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de nouveaux actes (qui figurent au décret de compétences de 2007 et que l'orthoptiste peut réaliser sans supervision directe de l'ophtalmologiste) fut proposée en alternative.

- de la polémique sur le coût des prestations optiques, dans un secteur dont le chiffre d'affaires était en 2014 de 5,8 milliards d'euros[171] ;
- des relations avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, avec l'émergence des réseaux de soins[172] négociant nature et coût des prestations, le plafonnement des remboursements dans le cadre des contrats responsables[173], la perspective du remboursement différencié pour les mutuelles[174], voire du remboursement « au 1er euro », court-circuitant l'assurance maladie ;
- ou encore de la possibilité offerte aux opticiens-lunetiers de renouveler et d 'adapter une prescription pour des lunettes de moins de 3 ans, dans des conditions qui seront détaillées plus loin, ou de la modification des règles de délivrance des équipements correcteurs de la vue[175].

Et les syndicats professionnels[176] (dont certains doivent être considérés comme des représentants des enseignes et non comme de véritables syndicats, représentatifs d'une branche professionnelle) ont pris récemment conscience :

- du nombre extravagant de points de vente, qui a augmenté de 54 % entre 2000 et 2015… On en dénombre plus de 12 000, soit autant qu'aux USA, 5 fois plus peuplés et 17 fois plus étendus) ;
- de la dégradation du statut des jeunes opticiens, pour lesquels on peut parler d'une véritable prolétarisation, alors que le chômage, jusque là inconnu, concerne déjà plus de 4000 d'entre eux ;
- de la dégradation de l'image de la profession, malgré l'escalade des budgets publicitaires et des offres commerciales (les « paires offertes »).

Les organisations professionnelles partagent pour l'essentiel le constat – trop nombreux, trop de jeunes arrivant sur le marché du travail, absence de régulation – mais elles ne se sont montrées jusqu'à aujourd'hui capables, ni de se mettre d'accord sur des mesures d'assainissement du secteur ni de se doter d'une plate-forme commune permettant un dialogue constructif avec les pouvoirs publics ni d'engager le dialogue avec les autres professionnels de la filière de santé visuelle…

S'il ne peut être demandé à la mission de rénover de fond en comble l'organisation d'une profession en proie au doute, après des années d'un invraisemblable laisser-faire, il lui revient d'examiner d'une part ce qui doit être fait pour permettre à l'opticien-lunetier de prendre et/ou retrouver sa place au sein de la filière de santé visuelle, d'autre part la nature des actes qui peuvent lui être confiés, une fois cette place consolidée.

4.2.1 Trop d'écoles pour des débouchés désormais incertains

Le code de la santé publique prévoit que l'exercice de la profession d'opticien-lunetier détaillant est réservé aux titulaires du Brevet de technicien supérieur d'optique lunetterie ou du brevet professionnel d'optique lunetterie (supprimé en 1998).

171 Dont 0,2 pris en charge par l'assurance maladie et 3,7 par les OCAM, d'après l'UFC Que Choisir

172 Optistya, Kalivia, Carte blanche, Itelis, Santéclair, Seveane… négocient des tarifs tenus, inférieurs de 30 % en moyenne aux tarifs usuellement pratiqués.

173 Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013, portant financement de la sécurité sociale pour 2014

174 Loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les OCAM et les professionnels et établissements de santé

175 Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation

176 Il faut citer la Fédération Nationale des Opticiens de France (FNOF), qui représente les opticiens indépendants, ainsi que les enseignes Atol et Afflelou ; le SYNdicat des Opticiens Entrepreneurs (SYNOPE) qui revendique quelques indépendants, et surtout Optic 2000 et Krys ; le SYNdicat des Opticiens Mutualistes (SYNOM) qui représente les 700 magasins mutualistes. Quant à l''Union Des Opticiens (UDO), qui fut le « syndicat unitaire » des opticiens, avant de perdre la plus grande partie de son influence, elle renaît avec de grandes enseignes (Optical Center, Générale d'Optique, Grand Optical) et un rapprochement avec l'Association des Optométristes de France (AOF).

Ces études courtes, accessibles avec le seul baccalauréat, se sont révélées très attractives. Les formations se sont multipliées ; on en dénombre aujourd'hui plus de 60. Elles sont publiques[177] (pour une petite poignée d'entre elles), privées sous contrat[178] ou privées hors contrat[179], avec des frais de scolarité parfois très élevés[180]. Et cela sans harmonisation de la qualité des enseignements, ni prise en compte de l'emballement du nombre d'opticiens lunetiers formés chaque année.

Les résultats au BTS sont médiocres (61 % en 2014).

Ils seraient 1940 à l'avoir réussi en 2014. Un chiffre très supérieur aux besoins identifiés par la profession, qui constitue la 1ère source d'inquiétude des organisations professionnelles.

Recommandation n°19 : Sans attendre, la mission préconise de mettre de l'ordre dans l'offre surabondante et inégale de formation au BTS d'opticien-lunetier.

Certaines de ces écoles proposent des formations post BTS, soit sous statut étudiant soit en alternance : contrat de qualification professionnelle (Bac + 3) en optométrie, basse vision ou contactologie, licence professionnelle d'optique, voire masters et doctorats…

Tous pointent une formation plus commerciale, moins complète que ne l'était le brevet professionnel d'optique lunetterie, disparu en 1998.

L'un des interlocuteurs de la mission, lui-même titulaire du BTS d'Optique Lunetterie, résume une opinion largement répandue : « l'opticien-lunetier reste capable de prendre en charge un examen de vue simple mais en considérant l'oeil comme un instrument d'optique… Il n'a pas l'expérience nécessaire pour évaluer le risque pathologique.. Sa formation est insuffisante pour aller au-delà d'une vérification de compensation selon une prescription à jour ».

L'insatisfaction est générale, chez les ophtalmologistes, qui doutent, comme chez les opticiens, notamment les plus jeunes, qui peinent à trouver un emploi correspondant aux espérances que leur engagement dans une filière para-médicale a suscitées.

Et la demande d'une refonte des études, qui fasse la part moins belle aux questions de marketing et de gestion, et dote les étudiants d'une formation solide en physiologie de l'oeil, en optique, en réfraction, en contactologie, en basse vision… est unanime.

Recommandation n°20 : Procéder, dans le respect des travaux antérieurs[181], à la refonte de la formation des opticiens-lunetiers et à leur intégration dans le schéma LMD.

La mission suggère de mettre à l'étude deux hypothèses : soit le maintien du BTS, avec la création d'une 3ème année moins commerciale, comportant une période suffisante de stage clinique, permettant de valider une licence professionnelle, et aux étudiants qui le souhaitent, de poursuivre leur formation en master (voir plus loin) ; soit une universitarisation totale de la formation, qui permettrait la régulation des effectifs par un examen d'entrée et la fixation d'un numérus clausus.

A l'issue de la réingénierie de la formation et de son intégration dans le système LMD, il faudra envisager de doter la profession d'un décret d'exercice codifié comportant une liste d'actes.

177 Comme le lycée Fresnel de Paris ou le lycée Victor Bérard de Morez
178 Comme l'ORT ou l'Institut et Centre d'Optométrie (ICO) de Bures-sur-Yvette
179 Comme l'Institut supérieur d'optique (ISO) ou l'Ecole d'optique lunetterie de Lille (EOL)
180 6300 euros en 1ère année et 6450 euros en deuxième année à l'EOL...
181 Il s'agit du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire » présenté par Y Berland, D Cadet et L Hénart en janvier 2011 et du rapport conjoint IGAS-IGAENR sur « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD » établi par V Marsala, P Allal et I Roussel.

4.2.2 Le renouvellement des prescriptions de lunettes

L'opticien-lunetier bénéficie du monopole de la vente des 13 millions de paires de lunettes correctrices vendues chaque année, à un prix moyen de 384 € pour les paires équipées de verres uni-focaux, de 589 € pour les verres progressifs. La marge moyenne serait de 233 %.

Contrairement à une idée couramment répandue, le chiffre d'affaires de l'opticien se fait d'abord sur les verres (pour 59 %) puis sur les montures (pour 24 %)[182].

L'article 54 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale autorise l'opticien-lunetier à effectuer un examen de vue et à renouveler une ordonnance de moins de 3 ans[183] et, si nécessaire, à procéder à l'adaptation – dans des conditions fixées par le décret 2007-553 du 13 avril 2007 et précisées par une recommandation de la HAS[184]. 15 à 20 % des lunettes[185] seraient ainsi renouvelées directement chez l'opticien.

Les réserves des ophtalmologistes quant à l'affirmation du rôle des opticiens-lunetiers dans le renouvellement de la prescription des équipements visuels tiennent pour l'essentiel :

- à leurs doutes quant à la compétence de ceux-ci en réfraction, tant en raison d'une formation initiale jugée insuffisante qu'à l'absence de pratique. L'opticien lunetier peut-il acquérir l'expérience nécessaire quand, à l'issue d'une formation initiale qui se limite trop souvent à la mesure de la vue de ses camarades de promo et à un stage de six semaines en fin de 1ère année, il est engagé dans un magasin qui délivre 2 à 3 paires de lunettes par jour ?
- à la conviction que le renouvellement des lunettes chez l'opticien conduirait un trop grand nombre d'usagers à espacer, voire renoncer à, la visite chez l'ophtalmologiste et, partant, à un retard au diagnostic de pathologies asymptomatiques ;
- à l'irritation quant au fait que les opticiens lunetiers ne respecteraient pas l'obligation qui leur est faite de signaler à l'ophtalmologiste les adaptations de la prescription auxquelles ils ont dû procéder.

Recommandation n°21 : Systématiser (en mettant en place d'éventuelles sanctions en cas de violation des bonnes pratiques) le compte-rendu d'intervention à l'ophtalmologiste (prévu par la loi, mais pas respecté)et le retour vers l'ophtalmologiste (sans exécution de l'ordonnance!) en cas de modification de la vue supérieure à 1 dioptrie et/ou de suspicion de pathologie associée.

Les ophtalmologistes se sont par ailleurs émus de l'obligation qui leur est faite d'indiquer sur l'ordonnance[186] la mesure de l'écart inter-pupillaire, à la demande des opticiens en ligne. Ils font remarquer à juste titre que cette mesure est chronophage, qu'elle est réalisée systématiquement par l'opticien-lunetier, qu'elle est inadéquate[187] et qu'elle sert en fait - tout comme le ferait une règle graduée placée sur le front - à l'étalonnage des clichés pris en ligne. Une simple règle graduée, placée sur le front, remplirait la même fonction.

Recommandation n°22 : Abroger l'obligation de mentionner l'écart inter-pupillaire sur l'ordonnance.

182 Les solaires représentent 9,4 % et les lentilles 7,6 %.
183 Sauf si elles portent la mention « à ne pas renouveler » ou « ordonnance non renouvelable, non adaptable », conformément aux recommandations de la HAS ; cette situation concernerait 3 % des ordonnances à peine.
184« Troubles de la réfraction - Délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement », HAS, février 2010
185 Estimation du SNOF
186 Le 2ème alinéa de l'article 17 quater impose en effet que « les prescriptions médicales de verres correcteurs indiquent la valeur de l'écart pupillaire du patient ».
187 À la différence du demi-écart pupillaire...

Ils soulignent enfin qu'ils sont amenés à procéder à la fourniture de nombreux duplicatas d'ordonnances (ce qu'ils font avec bienveillance) mais aussi à la fourniture de nouvelles ordonnances, à la demande des organismes complémentaires, au mépris des dispositions de la loi qui autorise le renouvellement et l'adaptation des lunettes pendant une durée de 3 ans.

Recommandation n°23 : Autoriser explicitement l'opticien-lunetier à conserver, avec l'accord du patient, une copie des ordonnances pendant leur durée de validité.

4.2.3 La saga de l'ordonnance

Pendant de longues décennies, l'ordonnance n'a été obligatoire que pour les enfants de moins de 16 ans. On pouvait se faire renouveler ses lunettes chez l'opticien lunetier mais on n'était remboursé (modestement) par la sécurité sociale, ce qui permettait le déclenchement de l'intervention (plus consistante) des organismes complémentaires, que sur présentation d'une ordonnance en cours de validité[188].

Il faut admettre – et regretter - que c'est cette disposition, et non la seule préoccupation de la santé visuelle – qui conduisait nombre d'usagers à solliciter la prescription de leur équipement de vue par l'ophtalmologiste.

L'obligation de fournir une ordonnance en cours de validité (et la mise en place de sanctions pour les opticiens lunetiers qui auraient négligé de l'exiger) a récemment été introduite dans le droit, via l'article 39 de la loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, modifiant l'article l'article L. 4362-10[189] du code de la santé publique.

Le 17 mars 2015 – un an jour pour jour après la promulgation de la loi sur la consommation qui l'avait introduit - le Sénat a remis en cause cette disposition à l'occasion de l'examen du projet de loi croissance et activité[190]. Après quelques hésitations, la commission spéciale, réunie à l'Assemblée nationale après l'échec de la commission mixte paritaire, est revenue à la rédaction initiale.

La mission rappelle :

- que bien des consultations pour « bilan de la vue et renouvellement de lunettes » permettent le diagnostic de pathologies associées, parfois graves et volontiers asymptomatiques au début de leur évolution ; Un seul exemple ? Les plus éminents ophtalmologistes[191] affirment que « chez 2 patients dur 3 atteints de mélanome oculaire, létal dans 40 % des cas, le diagnostic du cancer a été fait lors d'un changement de verres ». Les mêmes rappellent qu'un tiers des patients venus chez l'ophtalmologiste pour faire renouveler leurs lunettes se voient diagnostiquer un autre problème médical…
- que certaines amétropies sont des maladies, qui persistent et évoluent malgré la correction du défaut visuel qu'elles génèrent ; ainsi de la myopie, qui peut s'accompagner d'anomalies de la rétine (DDR…)

188« Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale ou sur prescription d'un auxiliaire médical dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et L.4321-1 et au 6° de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, que s'ils figurent sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé…" (article R165-1 du code de la sécurité sociale)

189 « La délivrance de verres correcteurs est subordonnée à l'existence d'une prescription médicale en cours de validité ».

190 Qui n'est pas davantage que la loi relative à la consommation, dédié à la santé...

191 Pr B Cochener, présidente du Collège National Professionnel d 'Ophtalmologie, Pr Ch Baudouin, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie (SFO), Pr JF Korobelnik, président de la SFO, Pr C Creuzot-Garcher, présidente du Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF) et Pr Bahram Bodaghi, président de la sous-section ophtalmologie du Conseil national des Universités (CNU-Santé)

Recommandation n°24 : Revenir pour toute délivrance d'un équipement de vue correcteur à une obligation de fournir une ordonnance[192] dont la durée de validité doit tenir compte de l'âge du patient et de son état de santé.

Recommandation n°25 : Revenir sur l'inscription dans l'article L4362-10 du code de la santé publique de toute référence au délai pendant lequel l'opticien-lunetier peut renouveler et adapter une prescription de lunettes ; fixer ce délai par décret, en l'adaptant à l'âge[193] et à l'état de santé du patient.

Ces dispositions posent des problèmes particuliers pour ce qui concerne la délivrance des lentilles. En effet, contrairement aux lunettes dont l'usager ne se procure qu'une ou deux paires tous les deux ans, prescription en main, l'achat des lentilles se répète mensuellement ou trimestriellement. L'usager oublie ou égare sa prescription, qui lui est par ailleurs réclamée par son organisme complémentaire d'assurance maladie.

Il paraît simple et suffisant de prévoir que l'opticien-lunetier puisse, sur la foi de l'ordonnance, délivrer une carte portant mention des caractéristiques des lentilles[194], avec une date limite de validité adaptée à l'âge et à l'état de santé du patient.

4.2.4 Le renouvellement des lentilles, oui mais l'adaptation ?

Il y aurait en France 3 millions de porteurs de lentilles optiques correctrices[195.]

Et 150 000 nouveaux porteurs par an…

Soient des chiffres assez sensiblement inférieurs, au regard de la population française, à celui qui est constaté en Allemagne ou au Royaume Uni.

Ce que les observateurs les plus affûtés rapportent au faible intérêt des prescripteurs pour la contactologie.

L'idée de confier aux opticiens-lunetiers l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices fait consensus. Il n'en va pas de même pour le processus de l'adaptation des lentilles chez le primo-porteur.

Certains ophtalmologistes, formés en contactologie, procèdent eux-même à l'adaptation – chronophage - des lentilles. D'autres délèguent cette tâche à un collaborateur, tout en gardant le contrôle du processus aux moments clés, lors de la prescription initiale et lors de la vérification finale de l'état de la cornée. D'autres encore se confient l'adaptation à l'opticien[196].

192 La délivrance de lentilles correctrices n'a jusqu'à présent jamais été subordonnée à la production d'une ordonnance, à l'exception notable du cas des primo-porteurs. Elle repose sur la confiance. Mais de la même façon qu'on ne passe pas chez le pharmacien pour se faire délivrer un contraceptif oral ou un stérilet, il serait souhaitable d'attirer l'attention des porteurs de lentilles correctrices sur la nécessité d'un suivi médical.

193 Il semble y avoir consensus sur une durée de 1 an en dessous de 16 ans, de 5 ans entre 16 et 45 ans, de 3 ans entre 45 et 70 ans, sauf indication différente de l'ophtalmologiste juge en dernier recours de la santé visuelle de son patient.

194 Comme les opticiens-lunetiers le font déjà pour les verres correcteurs de lunettes

195 Sans compter les lentilles fantaisie, colorées ou imprimées, qui posent de sérieux problèmes ...

196 La mission a pu prendre connaissance d'ordonnances rédigées à cet effet, y compris pour des enfants, qui ne précisent aucun autre élément que la puissance de correction des lunettes du patient.

Tous soulignent la nécessité d'une consultation préalable chez l'ophtalmologiste pour éliminer toute contre-indication, absolue ou relative, au port de lentilles de contact : myopies supérieures 8 en fonction du fond d'oeil, kératocones, astigmatismes irréguliers, strabisme accomodatif, aphakie chez le nourrisson), anisométropie… Mais admettent qu'il n'y a pas d'inconvénient à confier l'adaptation des lentilles, une fois ces contre-indications éliminées, à un professionnel formé[197] en contactologie, qu'il soit ophtalmologiste (au magasin) ou orthoptiste (au cabinet) dès lors qu'il s'agit d'une adaptation simple et que la kératométrie et la surface oculaire sont normales.

Recommandation n°26 : Elargir les compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes, formés explicitement à cet effet, à l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices ainsi qu'à l'adaptation des lentilles, sur prescription, dans des conditions qui devront être précisées dans un guide de bonnes pratiques élaborées sous l'autorité de la HAS.

Recommandation n°27 : Elargir aux lentilles correctrices le principe du renouvellement et de l'adaptation d'une correction optique par l'opticien-lunetier, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les lunettes, et sous réserve d'une information systématique de l'ophtalmologiste prescripteur en cas de modification de la prescription initiale[198].

4.2.5 Et le dépistage des pathologies de l'œil ?

On a vu plus haut que la formation des opticiens-lunetiers était fort hétérogène. Et que leurs conditions d'exercice n'étaient pas toujours de nature à leur permettre de la compléter

C'est l'ambition de la profession que d'y remédier, dans le cadre du développement professionnel continu.

C'est une condition nécessaire à la participation active des opticiens lunetiers à des opérations de dépistage, que la mission est loin de considérer comme inutiles.

Il peut s'agir de participation à des opérations de dépistage collectif, chez le jeune enfant par exemple ou chez la personne âgée en institution, dans le cadre de vacation. Ou encore de dépistage individuel, au magasin, dont le rythme et le prix pourraient être négociés avec les complémentaires.

Recommandation n°28 : Mettre à l'étude la participation d'opticiens lunetiers au dépistage des amétropies et autres pathologies de l'œil, en excluant que ce dépistage soit suivi d'un acte de vente quel qu'il soit et en précisant que ce dépistage ne saurait remplacer la consultation chez l'ophtalmologiste en cas de présomption d'anomalie réfractive ou de pathologie de l'œil.

4.2.6 Faut-il reconnaître l'optométrie ?

Il n'est pas abusif de décrire la situation comme ubuesque : l'optométrie existe, mais l'optométriste non ! Ou plutôt, l'optométriste n'est pas autorisé à pratiquer le métier pour lequel il a été formé.

La qualité d'optométriste est acquise à l'issue d'un parcours en deux temps : d'abord un BTS d'optique lunetterie, puis un cursus complémentaire :

197 On ne peut que donner raison à cette responsable du syndicat français des ophtalmologistes adaptateurs de lentilles de contact (SFOALC) qui souligne que « les ophtalmologistes médicaux spécialisés en contactologie ne voient pas d'objection à adresser leurs patients souffrant de cataracte ou de pathologies de la rétine à des confrères chirurgiens, qui, en revanche, dissuadent parfois leurs propres patients de faire appel à un contactologue ».

198 Cette disposition n'étant aujourd'hui pas respectée, certains suggèrent la mise en place de sanctions punissant tout manquement à cette règle.

- soit en faculté de sciences : licence en sciences de la vision[199] suivie d'un master biologie santé spécialité sciences de la vision[200]
- soit au sein d'écoles et instituts privés, qui offrent aux titulaires du BTS des formations de niveau II[201] ou I[202].

Mais la confusion règne en l'absence de définition claire des perspectives professionnelles. Les titulaires de la seule licence professionnelle d'optique professionnelle (accessible en formation continue aux titulaires du BTS d'optique lunetterie) sont-ils des optométristes ? Et celui d'un diplôme universitaire d'optométrie ? Et celui qui s'est vu décerner le titre professionnel d'optométriste ?

Les opposants à la reconnaissance de l'optométrie formulent en général deux types d'arguments :

- Leur formation serait trop exclusivement scientifique, insuffisamment médicale.

Le reproche, si c'en est un, est justifié… et les enseignants le reconnaissent, qui soulignent une autre réalité ; certains de ceux qui font mine de regretter la faible expérience physiopathologique et clinique de leurs étudiants ne ménagent pas leurs efforts pour dissuader les services d'ophtalmologie de les accueillir pour des stages cliniques... La mission a eu à connaître d'expériences de terrain, à Marseille par exemple, où ces difficultés sont en passe d'être surmontées. Et note, avec quelque malice, que cette formation jugée trop scientifique n'empêche pas les ophtalmologistes de travailler avec des optométristes salariés, au sein des cabinets ou des plateaux techniques…

- Opticiens-lunetiers, les optométristes seraient voués à cumuler un rôle de prescripteur (s'ils étaient autorisés à le faire) et de vendeur.

  Là encore, il est hasardeux de reprocher aux optométristes d'exercer dans des magasins d'optique-lunetterie quand l'absence de reconnaissance de l'optométrie réduit leurs perspectives d'évolution en dehors des magasins.

Ces critiques masquent une inquiétude qui, pour n'être que rarement formulée en ces termes, est bien réelle : les ophtalmologistes craignent l'émergence d'une 4ème profession, de niveau intermédiaire, qui assurerait les consultations de 1ère intention, menacerait le statut de praticien de 1er recours de l'ophtalmologiste et le conduirait à ne traiter que des pathologies graves et sur-spécialisées.

La mission ne nie pas que ce soit là le projet de certains de ses interlocuteurs…

Mais constate que cette option est loin d'être majoritaire chez les optométristes eux-mêmes. En vérité, la mission a constaté :

- que nombre de jeunes optométristes ont choisi de poursuivre leurs études après le BTS d'optique lunetterie… à la recherche d'une pratique moins commerciale, plus médicale. Ils souhaitent « sortir des magasins » ;
- que la plupart d'entre eux sont à la recherche d'un travail d'équipe, dans lequel chacun est reconnu et respecté, et qui leur permette d'utiliser leurs compétences. Non seulement ils ne remettent pas en cause le rôle spécifique – diagnostic et prescription – de l'ophtalmologiste, mais ils revendiquent sa validation et son arbitrage ;

199 À Orsay (Paris XI), Marseille… en tout 7 universités.
200 Initialement à Orsay (qui continue à proposer le master) et à Marseille (qui a cessé de proposer le master, compte tenu de l'impasse dans laquelle se trouvaient les étudiants). A noter que plusieurs écoles privées proposent une formation au diplôme européen d'optométrie, dédiée aux titulaires du BTS d'optique lunetterie, en formation continue.
201 Comme celle de « responsable en réfraction et équipement optique », délivré par l'Institut des Sciences de la Vision, inscrit au répertoire national des certifications professionnelles par l'arrêté du 17 novembre 2011.
202 Comme le « titre professionnels d'optométriste » délivré lui aussi par l'ISV, non inscrit au RNCP.

- que si besoin il y a, il est plutôt à rechercher du côté d'une montée en compétence et en autonomie des professionnels existants (orthoptistes d'une part, opticien lunetier optométriste ou non) leur permettant d'assumer des « pratiques avancées », moyennant une ré-articulation des rôles de l'auxiliaire et du médecin, que dans une vaine concurrence avec les ophtalmologistes.
- qu'il existe des besoins aujourd'hui non satisfaits dans la recherche et l'industrie, l'enseignement et la formation, qui peuvent tirer le meilleur parti de leurs compétences pointues en optique.

Si la mission ne retient pas l'hypothèse d'une « 4ème profession » – à ce stade – ce n'est pas parce que ça serait saugrenu ou scandaleux. C'est parce que cette solution :

1. N'apporte pas de solution à court ou moyen terme… parce qu'il n'y a pas davantage d'optométristes formés que d'orthoptistes !
2. Suppose de mener à bien un chantier considérable, dans un climat dont chacun devine qu'il ne serait pas consensuel : contenu de la formation, élaboration d'un référentiel métier, cadre juridique, modalités d'exercice, rémunération, régime de responsabilité, rémunération, et surtout conception d'un parcours de soins, pensant les interactions, les articulations avec chacune des autres professions et notamment avec l'ophtalmologiste ;
3. Contribue à rendre plus complexe encore pour l'usager une organisation de la filière visuelle dont il est permis de penser qu'elle évoluera encore au cours des années à venir, avec la généralisation du travail aidé (qui fera sans doute appel de façon plus ou moins différenciée à des assistants de l'ophtalmologistes, orthoptistes, optométristes ou infirmiers selon la patientèle ou la nature de l'activité), avec l'identifications de missions de santé visuelle confiées à des auxiliaires en pratique avancée, avec peut-être aussi une approche plus territorialisée.

Ecarter la perspective d'une « 4ème profession » ne signifie pas qu'il ne faille rien faire pour intégrer les optométristes à la filière de santé visuelle.

C'est juste, car il n'est pas acceptable que des centaines de jeunes formés soient voués à l'expatriation ou à des subterfuges variés permettant leur exercice[203] sous des montages divers.

C'est nécessaire car la filière de soins visuels a besoin de leurs compétences, le cas échéant en complétant leur formation clinique.

Le débat n'est pas nouveau. Depuis quelques années, il a pu prendre une tournure polémique, en dépit de la qualité de certains des travaux[204] réalisés sur le sujet, voire servir de prétexte à des affrontements aux arrière-pensées fort éloignées des préoccupations de santé publique.

Le sujet est difficile. Il ne sera pas clarifié par des effets de tribune, par les bras de fer entre administrations ou par des procès d'intention, mais par un travail soigneux sur les contours des différentes formations, sur les passerelles entre elles, sur les métiers auxquels elles préparent, sur les interactions et les façons de travailler des professionnels de la filière de santé visuelle.

4.2.7 Reconnaître le rôle des personnels des cabinets médicaux

Certains ophtalmologistes confient la prise de rendez-vous à une plate-forme téléphonique ou, pour une partie d'entre eux, à une plate-forme en ligne.

203 Y compris avec des ophtalmologistes, en général des chirurgiens, qui apprécient leurs compétences pointues en optique.
204 Il faut citer ici, parmi les nombreuses propositions de loi déposées sur le sujet, le travail réalisé par le sénateur Ronan Kerdraon.

D'autres ont pris conscience de l'importance d'une gestion dynamique du planning, avec une libération progressive d'une partie des plages de rendez-vous, voire avec des plages sans rendez-vous. Ils savent que la prise en charge des urgences dépend d'abord de la qualité de l'accueil téléphonique, de la précision des questions posées, de la capacité de régulation des secrétaires médicales. Ils ont compris que la qualité de la prise en charge dépend aussi de celle du dossier visuel, qui sera au rythme de la montée en puissance des coopérations, de plus en plus souvent partagé.

C'est là un chantier important, d'ores et déjà engagé.

La mission signale par ailleurs l'aboutissement du travail confié par la profession[205], en vue de la formation d'assistants médico-techniques, à Actalians[206].

D'ores et déjà, les référentiels d'activités et de compétences, le référentiel de certification et le référentiel de validation des acquis de l'expérience (VAE) ont été validés par la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle des cabinets médicaux (CPNEFP). Il s'agit d'une formation en alternance, avec 600 heures de cours répartis sur 2 ans, avec un recrutement au niveau du baccalauréat. Une première promotion devrait être recrutée en 2016.

5 VERS DES PRATIQUES AVANCEES ?

« … avant toute réingénierie des formations au-delà du métier socle, il importe de définir les besoins du système de santé, d'analyser les évolutions de ces besoins, et les compétences à acquérir pour répondre à ces besoins. Ce n'est qu'à l'issue de ces étapes que l'on pourra déterminer quelles sont les formations nécessaires. »

On ne peut que partager ces phrases de bon sens, issues du rapport commun IGAS-IGAENR[207] consacré aux formations paramédicales, dans un paragraphe dédié aux « modalités d'organisation des poursuites d'étude au-delà du diplôme de base ».

En vérité, ce qui frappe avec les professions de la filière visuelle, c'est le caractère artificiel de la distinction qui reste opérée entre elles, quand elles disposent en réalité d'un important socle commun.

Les « métiers-socles » hérités de l'histoire ne correspondent plus totalement aux connaissances, compétences et besoins d'aujourd'hui. Et les modalités de la formation non plus : il faut admettre que ce sont une série de hasards historiques qui ont conduit à assurer la formation des orthoptistes dans des écoles d'orthoptie d'emblée adossée aux facultés de médecine quand celle des opticiens-lunetiers se développait essentiellement dans le « post-bac privé ».

Qui s'intéresse aux pratiques avancées dans le secteur de la santé visuelle ne peut que s'interroger sur ces distinctions artificielles, qui expliquent une partie des tensions d'aujourd'hui, alors qu'à chaque profession correspondent sinon plusieurs métiers, du moins plusieurs pratiques professionnelles qui contribuent à brouiller les frontières d'exercice traditionnelles.

205 En fait 5 spécialités médicales et chirurgicales (outre l'ophtalmologie, la chirurgie maxillo-faciale et stomatologique, la dermatologie, la médecine esthétique, l'ORL) auxquels s'ajoutent les chirurgiens-dentistes.
206 Actalians est l'organisme paritaire collecteur agréé des professions libérales, des établissements de l'hospitalisation privée et de l'enseignement privé.
207 « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD » établi par V. Marsala, P Allal et I Roussel en juillet 2013.

Si la mission partage l'objectif, comme le demandent le rapport Berland comme le rapport Marsala-Allal-Roussel, d'un renforcement des métiers-socles, elle ne peut s'empêcher de penser que l'un des moyens les plus efficaces pour ce faire eût été de mettre en place une formation initialement commune à tous les auxiliaires médicaux de la filière visuelle, de 2 ans par exemple, permettant à chacun des étudiants de se doter de bases solides en optique, en physiologie de l'œil et en clinique. La 3ème année de choisir une orientation professionnelle : opticien-lunetier détaillant (en magasin), orthoptiste (rééducation visuelle), assistant ophtalmologiste, technicien en sciences de la vision (laboratoire et recherche).

L'alternative est bien sûr de mise en œuvre plus aisée, avec la coexistence en silo des différentes formations[208].

Recommandation n°29 : Diligenter une mission commune IGAS – IGAENR pour expertiser la faisabilité d'un socle commun aux études paramédicales du secteur visuel.

S'il est difficile, dans le cadre forcément limité de la mission, d'évaluer de façon précise les besoins qui ne pourraient pas être satisfaits grâce aux métiers-socles, ils semblent conséquents…

- dans l'industrie et la recherche ;
- dans la formation, notamment dans les écoles d'orthoptie ;
- dans le secteur hospitalier ;
- dans les cabinets ou les plateaux techniques où le besoin d'assistants de l'ophtalmologiste est en train d'émerger.

… et justifient de parachever l'intégration de la filière visuelle dans le dispositif LMD.

La mission préconise de mettre à l'étude sans tarder le chantier de définition d'un master de santé visuelle, dans les UFR de médecine, ouvert aux titulaires d'une licence d'optique-lunetterie, d'une capacité professionnelle d'orthoptie, d'une licence de sciences optiques, voire aux IDE[209]. On voit bien l'intérêt d'une telle évolution qui permettrait, sans préjuger de la diversité des modes d'exercice ultérieur, de répondre aux besoins d'une population plus âgée et moins autonome, de faciliter la réalisation et l'analyse d'actes techniques plus complexes, de développer des coopérations de haut niveau dans le domaine de l'enseignement et de la recherche, et dont ce ne serait pas le moindre des mérites que d'offrir une perspective d'intégration à la filière de santé visuelle des jeunes titulaires d'une licence en sciences de la vision, mettant ainsi un terme à une guerre fratricide qui interdit toute réflexion sereine sur l'avenir.

Dans le domaine de la santé visuelle comme dans tous les domaines de la médecine et de la chirurgie, la question se posera sans doute à moyen terme de la reconnaissance d'une « profession intermédiaire[210] » entre les professions socles (Bac + 3) et la spécialité chirurgicale d'ophtalmologie (Bac + 11). A quoi ressemblera demain l'exercice de ces nouveaux professionnels ? Comment coopèreront-ils concrètement, dans l'intérêt des patients ? Comment se feront le partage des rôles et des responsabilités, en milieu hospitalier ou en pratique de ville, au sein d'équipes pluridisciplinaires en pratiques avancées[211] ?

208 Soient le BTS (et demain la licence) d'opticien-lunetier ; la capacité d'orthoptiste (au grade de licence) ; et la licence de sciences optiques.
209 Moyennant un examen d'optique.
210 La mission précise, pour éviter les procès d'intention, qu'il ne saurait s'agir d'une reconnaissance pure et simple de la profession d'optométriste, qui évoque des modèles étrangers hétérogènes parfois très éloignés des choix faits en France.
211 On lira avec profit sur le sujet les réflexions du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire » présenté par Y Berland, D Cadet et L Hénart en janvier 2011.

Recommandation n°30 : Mettre à l'étude sans tarder le chantier de définition d'un master de santé visuelle, dans les UFR de médecine, ouvert aux titulaires d'une licence d'optique-lunetterie, d'une capacité professionnelle d'orthoptie ou d'une licence de sciences optiques.

6 CONCLUSION

En 2003 déjà, Gérard de Pouvourville dénonçait la faiblesse de la marge de manœuvre qui résultait, sans échappatoire, d'une absence totale d'anticipation : « compte tenu de la durée de formation des spécialistes, **il est déjà trop tard** pour ajuster les flux de formation de façon à faire face au déficit prévisionnel d'offre et à son accélération dans les années 2008-2009. En revanche, il est d'ores et déjà possible de jouer sur les autres variables d'action, en particulier le rôle potentiel des opticiens et des orthoptistes dans la prise en charge de la réfraction ».

Malgré cette alerte, le nombre de postes formateurs en ophtalmologie fut fixé à un niveau historiquement bas dans les années qui ont suivi, passant en dessous de 50 par an ! En revanche, la question des coopérations entre professionnels de la santé visuelle commença à émerger à cette époque, dans le prolongement du travail du Pr Y Berland au nom de l'Observatoire démographique des professions de santé.

Douze ans plus tard, les difficultés sont là, entières ou presque. Le nombre des ophtalmologistes actifs à part entière (APE) a commencé à décroître ; le phénomène va, on l'a décrit plus haut, s'accélérer au cours des années qui viennent.

Elles appellent des mesures fortes dont, pour résolues qu'elles soient, et dût leur déploiement être engagé sans délai, nous savons de façon certaine qu'elles n'auront pas un impact immédiat mais qu'elles permettront d'éviter que des constats identiques à ceux d'aujourd'hui ne soient dressés dans dix ans.

Il ne suffira pas de poser des rustines sur un système à bout de souffle mais bien de repenser la cohérence de la filière de santé visuelle et la lisibilité du parcours de soins. C'est là un chantier ambitieux et complexe qui suppose, au-delà de choix techniques qui devront être affinés, de construire de la confiance, de mobiliser des expertises variées, de convaincre des milliers de professionnels de modifier leur façon de travailler.

Un certain nombre de choix stratégiques ont été faits au cours de la dernière décennie, qui n'ont pas été – et ne se sont pas - présentés en tant que tels ; les motivations objectives et les arrière-pensées[212] des principaux acteurs de la décision n'ont pas été explicitées au moment même où ils furent faits, nourrissant l'impression d'une série de mesures au coup par coup, faites de concessions juxtaposées aux différents corps de métier.

Il n'était demandé à la mission ni de les confirmer ni de les infirmer. Mais peut-être de les rendre plus lisibles, plus explicites, dans la mesure où ils éclairent les choix du passé et sous-tendent un certain nombre d'orientations, et au premier plan d'entre elles l'architecture du plan d'actions en cours d'élaboration.

Il est ici nécessaire de rappeler que, face à deux scénarios d'évolution de la filière de santé visuelle,

- Le premier réaffirmant le rôle de l'ophtalmologiste, pivot et « maître d'œuvre » de la filière de santé visuelle, accessible en 1ère intention, la délégation de certains actes et la généralisation du partage des tâches et du travail aidé étant fortement encouragés et accompagnés ;

212 Ainsi de la réforme de la formation des orthoptistes et de l'élargissement de leur décret d'actes, pour permettre le développement du travail aidé, qui ont permis de conjurer la perspective d'une reconnaissance de l'optométrie.

- Le second confiant aux orthoptistes, aux opticiens lunetiers, optométristes ou non, voire aux médecins généralistes, la prise en charge des soins de 1ère intention, au risque de détecter moins rapidement ou moins systématiquement des pathologies oculaires, réservant l'accès à l'ophtalmologiste aux situations pathologiques avérées ;

des choix ont été faits qui contribuent à consolider le premier scénario.

Quelle que soit la stratégie retenue pour l'avenir – restauration d'un effectif d'ophtalmologistes en nombre suffisant, délégations de tâches et généralisation du travail aidé ou reconnaissance de professions intermédiaires capables d'assurer les consultations de 1ère intention - il faudra expliquer qu'elle ne peut constituer une réponse aux difficultés immédiates.

C'est là une réalité agaçante, mais implacable : le relèvement du nombre de postes à l'ECN en année n se traduit par une installation au mieux en année n+5 et souvent bien au-delà, ce qui ne permet pas d'espérer une compensation des départs en retraite avant une bonne décennie. Et si le choix de reconnaître une profession intermédiaire devait être fait, il faudrait là encore des années avant de disposer d'un cadre complet articulant les différents métiers, précisant les modalités de formation, d'exercice, de rémunération…

Il paraît sage de travailler sur un « premier paquet » de mesures largement admises et parallèlement, de ne pas céder sur la mise en place d'une formation complémentaire à celle des métiers socles permettant, le moment venu et si le renforcement du nombre de postes offerts en ophtalmologie à l'ECN et la généralisation du travail aidé portent insuffisamment leurs fruits, de faire des choix structurels plus lourds.

Dr. Dominique VOYNET

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation
Renforcer l'offre de soin ophtalmologique	
3	Encourager les ophtalmologistes qui le souhaitent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans.
4	Inciter fortement à l'accroissement de la part d'activité réalisée à tarif opposable, avec fixation d'un seuil minimal de 30 % au moins de l'activité à tarif opposable.
5	Impulser l'élargissement du champ des coopérations au titre de l'article 51 de la loi HPST au suivi des pathologies chroniques.
6	Mettre à l'étude un mécanisme de soutien au travail aidé en secteur 1, dans les seules zones sous-denses, réservé aux praticiens s'engageant sur des critères précis d'accueil et de permanence des soins. Mettre à l'étude un mécanisme incitant à la constitution de provisions dédiées à l'indemnisation des salariés au moment de la cessation d'activité.
7	Limiter la cotation des actes en AMY de l'orthoptiste aux seuls actes de rééducation visuelle et aux actes qui ne sont pas suivis de la cotation d'une consultation ou de deux actes techniques par l'ophtalmologiste.
10	Accompagner l'expérimentation de pôles ophtalmologiques multi-sites, chargés d'une mission de santé sur un territoire ou en direction d'une population.
11	Réévaluer la cotation du bilan de la vue, moyennant une limitation stricte de la cotation d'actes techniques pour cette indication.
Conforter le travail de l'orthoptiste	
8	Permettre explicitement, en modifiant à cet effet l'article L4342-1 du code de la santé publique, la réalisation par l'orthoptiste des actes prévus dans des protocoles de prise en charge écrits et signés par le médecin selon les recommandations de la HAS.
9	Autoriser et simplifier les procédures de transmission de données concernant l'identité de l'assuré (par l'auxiliaire médical qui réalise l'examen) et la facturation de l'acte d'interprétation (par l'ophtalmologiste qui le réalise à distance et hors de la présence du patient).
14	Reconnaître aux orthoptistes le droit de prescrire le matériel de rééducation orthoptique (caches oculaires pour rééducation de l'amblyopie, prismes provisoires, filtres d'occlusion partielle, aides visuelles, pansements, petit matériel).
15	Impulser la mise en place d'un (ou de) protocole(s) de coopération « bilan visuel et prescription de corrections visuelles », associant la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste libéral, la télé-expertise et la prescription par l'ophtalmologiste.
16	Elargir le décret d'acte des orthoptistes, pour permettre la montée en puissance des coopérations, en précisant les modalités de prescription (ordonnance ou protocole de prise en charge) et les conditions de réalisation.
17	Confier à la Haute autorité de santé le soin d'élaborer des recommandations pour le parcours de soins des patients, tant pour les demandes de renouvellement de prescriptions optiques que pour les principales pathologies, afin de clarifier ce qui peut être réalisé dans le temps de la pré-consultation par l'orthoptiste et ce qui doit rester du champ exclusif de l'ophtalmologiste.

18	Elargir la nomenclature des actes d'orthoptie aux actes permettant de consolider la place de l'orthoptiste dans les coopérations.
Clarifier le rôle de l'opticien	
21	Systématiser, en sanctionnant la violation répétée des bonnes pratiques, le compte-rendu d'intervention à l'ophtalmologiste et le retour vers l'ophtalmologiste en cas de modification de la vue supérieure à 1 dioptrie et/ou de suspicion de pathologie associée.
22	Abroger l'obligation de mentionner l'écart inter-pupillaire sur l'ordonnance.
23	Autoriser explicitement l'opticien-lunetier à conserver, avec l'accord du patient, une copie des ordonnances pendant leur durée de validité.
24	Revenir pour toute délivrance d'un équipement de vue correcteur à une obligation de fournir une ordonnance dont la durée de validité doit tenir compte de l'âge du patient et de son état de santé.
25	Revenir sur l'inscription dans l'article L4362-10 du code de la santé publique de toute référence au délai pendant lequel l'opticien-lunetier peut renouveler et adapter une prescription de lunettes ; fixer ce délai par décret, en l'adaptant à l'âge et à l'état de santé du patient.
26	Elargir les compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes, formés explicitement à cet effet, à l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices ainsi qu'à l'adaptation des lentilles, sur prescription, dans des conditions qui devront être précisées dans un guide de bonnes pratiques élaborées sous l'autorité de la HAS.
27	Elargir aux lentilles correctrices le principe du renouvellement et de l'adaptation d'une correction optique par l'opticien-lunetier, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les lunettes, et sous réserve d'une information systématique de l'ophtalmologiste prescripteur en cas de modification de la prescription initiale.
28	Mettre à l'étude la participation d'opticiens lunetiers au dépistage des amétropies et autres pathologies de l'œil, en excluant que ce dépistage soit suivi d'un acte de vente quel qu'il soit et en précisant que ce dépistage ne saurait remplacer la consultation chez l'ophtalmologiste en cas de présomption d'anomalie réfractive ou de pathologie de l'œil.
Compléter la formation des acteurs de la filière visuelle	
1	Généraliser les stages à l'extérieur du service formateur du CHU, avec au moins deux semestres à l'extérieur, l'un dans un hôpital général, l'autre chez un « praticien agréé - maître de stage ». Modifier à cet effet la maquette du DES d'ophtalmologie.
2	Augmenter le nombre de contrats d'engagement de service public offert aux étudiants à l'issue des ECN dans les régions sous-dotées en ophtalmologie.
12	Augmenter le nombre des places offerts aux étudiants en orthoptie en l'adaptant à la réalité géographique et démographique de la profession. Assurer le financement des écoles d'orthoptie et de la coordination entre elles, et notamment des dotations horaires d'enseignement et des plate-formes en ligne développées pour faciliter la mutualisation des ressources.
13	Accélérer la mobilisation pour adapter les enseignements des écoles d'orthoptie aux exigences du décret d'actes. Lever l'incertitude quant à la reconnaissance du grade de licence et à l'intégration dans le schéma LMD.
19	Sans attendre, la mission préconise de mettre de l'ordre dans l'offre surabondante et inégale de formation au BTS d'opticien-lunetier.

20	Procéder, dans le respect des travaux antérieurs, à la refonte de la formation des opticiens-lunetiers et à leur intégration dans le schéma LMD.
29	Diligenter une mission commune IGAS – IGAENR pour expertiser la faisabilité d'un socle commun aux études paramédicales du secteur visuel.
30	Mettre à l'étude sans tarder le chantier de définition d'un master de santé visuelle, dans les UFR de médecine, ouvert aux titulaires d'une licence d'optique-lunetterie, d'une capacité professionnelle d'orthoptie ou d'une licence de sciences optiques.

LETTRE DE MISSION

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
23 DEC. 2014
N°

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 22 DEC. 2014

CAB POS – FM/IK/Mc D14-3145

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission d'appui relative à la concertation sur la structuration de la filière visuelle

La filière de santé visuelle s'articule autour de trois professions de santé, qui ont des compétences spécifiques pour délivrer des soins concernant les pathologies de l'œil : les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers. Son organisation actuelle est marquée par d'importantes difficultés d'accès aux médecins ophtalmologistes, notamment du fait des délais d'attente.

Afin d'améliorer l'accès aux soins ophtalmologiques, je souhaite mettre en place un plan pour la filière visuelle, avec pour objectif de réduire de moitié le délai moyen constaté pour une prise de rendez-vous avec un ophtalmologiste, d'ici 2017. Plusieurs leviers ont été identifiés par les services du ministère compétents sur cette problématique.

Pour finaliser ce plan d'actions en liaison avec les administrations concernées, je souhaite que vous puissiez désigner un membre de l'inspection générale des affaires sociales qui sera placé auprès de la direction de la sécurité sociale et s'appuiera sur les services du ministère concernés et de l'assurance maladie.

Le pilote du plan réunira au cours du mois de janvier les représentants des professions concernées pour recueillir leur diagnostic et leurs propositions. Il conduira ensuite une série de réunions techniques avec les services compétents de la Haute autorité de santé, de l'Assurance maladie et du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, afin de préciser les conditions de réussite du plan d'actions proposé, et leurs engagements sur les chantiers qui les concernent spécifiquement.

Sur la base d'un point d'avancement, il réunira ensuite l'ensemble des acteurs pour définir d'ici la fin du mois de février des propositions partagées, qui pourraient être, le cas échéant, intégrées dans le projet de loi de santé.

Marisol TOURAINE

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

OPHTALMOLOGISTES

- Mr Thierry BOUR, président du Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) et Mr Jean-Bernard ROTTIER, vice-président.
- Pr Béatrice COCHENER, chef du service d'ophtalmologie au CHU de Brest et présidente de l'Académie française d'ophtalmologie.
- Mr Bahram BODAGHI, président de la sous-section Ophtalmologie du Conseil National des Universités (CNU-Santé) et chef de service d'ophtalmologie de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris (XIII).
- Mr François PELEN, responsable du groupe Point Vision.
- Mr Vincent DEDES, médecin gérant du Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres (COF) à Lille, et Mme Debora LYLON, directrice administrative et responsable qualité.
- Mr Olivier D'AMALRIC, ophtalmologiste à Marseille (XII).
- Mme Louisette BLOISE, présidente de la société française des ophtalmologistes adaptateurs de lentilles de contact (SFOALC).
- Mr Marc MURAINE, chef du service d'ophtalmologie au CHU de Rouen.
- Mme Dominique BREMOND-GIGNAC, chef du service d'ophtalmologie du CHU d'Amiens et responsable de l'école d'orthoptie d'Amiens, puis chef de service d'ophtalmologie au CHU Necker - Paris V.
- Mr Damien GATINEL, chef de service à la Fondation ophtalmologique A de Rothschild à Paris (XIX).
- Mr Olivier D'AMALRIC, ophtalmologiste à Marseille (XII).

AUTRES MEDECINS

- Pr Yvon BERLAND, président de l'Université d'Aix Marseille et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, et Mr Thierry PAUL, vice-président de l'université d'Aix Marseille en charge des formations.
- Mr Patrick BOUET, président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).
- Mr Jean-Paul ORTIZ, président de la Confédération syndicale des médecins français (CSMF).
- Mr Lionel LEROY, membre du bureau du Bloc.
- Mr Claude LEICHER, président de MG France et Mr François WILTHIEN, vice-président.
- Mr Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des Médecins de France (FMF).
- Mr Philippe VERMESCH, secrétaire général du Syndicat des Médecins Libéraux (SML).

ORTHOPTISTES

- Mr Laurent MILSTAJN, président du Syndicat national autonome des Orthoptistes (SNAO) et Mme Maria PLAZA, secrétaire générale du SNAO, ainsi que Mmes Karoline

COURSAGET, Laurence DELANNOY, Véronique DISSAT, Véronique DUBERGE, Colette GRAFFEILLE, Nadine JAULIN, Laurence PACHE, membres du bureau du SNAO.

- Mme Nicole JEANROT, présidente du Syndicat des Orthoptistes de France (SOF) et de l'Association française d'Orthoptique, et chargée d'enseignement à la Faculté de médecine de Toulouse, Mme Valérie DUCRET, vice-présidente et Mmes Anne ALBY, Christine BONNEVAL, Viviane LUCADOU, Estelle SERNY-DANEY, membres du bureau du SOF ainsi que Gregori CORTES, représentant des étudiants en orthoptie de l'Ecole d'orthoptie de Toulouse.
- Mme Christine DESCLAUX, présidente de l'URPS des orthoptistes de Midi-Pyrénées et déléguée du SNAO en Midi-Pyrénées.
- Mr Corentin FRETE, orthoptiste au service d'ophtalmologie du CHU de Rouen.

REPRESENTANTS DES OPTICIENS

- Mr Alain GERBEL, président de la Fédération nationale des Opticiens de France (FNOF) et Mr Jean-François BRACQ, membre du bureau.
- Mr Kulmie SAMANTAR, président du Syndicat national des opticiens mutualistes (SYNOM) et Véronique BAZILLAUD, directrice des relations institutionnelles et mutualistes de Visaudio.
- Mr Christian ROMEAS, président du Syndicat national des Opticiens entrepreneurs (SYNOPE) et Mme Alexandra DUVAUCHELLE, déléguée générale du SYNOPE.
- Mme Catherine de la BOULAYE, présidente de l'Union des Opticiens de France (UOF) et Mr Bruno DEPYPER, administrateur.

OPTOMETRISTES

- Mr Yannick DYANT, président de l'Association des Optométristes de France, Mme Nathalie MEZANGE, vice-présidente, Mr Philippe VERPLAETSE et Mr François GUELEC, membres du bureau.
- Mr Sébastien CRAVAGEOT, directeur et Mr Romain HATIER, optométriste, du centre laser de la clinique la Phocéanne à Marseille.
- Mme Imène SALAH, doctorante-chercheuse en optométrie et Mme Hélène ROUGER, technicienne en ophtalmologie, à la Fondation ophtalmologique A de Rothschild à Paris (XIX).

REPRESENTANTS DES USAGERS

- Mme Danièle DESCLERC DULAC, présidente du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS), Mr Marc MOREL, directeur et Mme Nathalie LEO, chargée de mission
- Mme Marianne BINST, directrice générale de Santéclair.

REPRESENTANTS DE LA FILIERE OPTIQUE

- Mr Yves GUENIN, secrétaire général, Mme Sandrine LADOUX, directrice des affaires institutionnelles et de l'innovation santé et Mme Aurélie SABATIER, chargée de mission du groupe Optic 2000 ; Mr Nicolas SERIES, directeur général de Zeiss France, au nom du Comité filière optique d'excellence.

- Mr Ludovic MATHIEU, directeur général d'Essilor France, Mr Vincent BRENCKMANN, président du Syndicat des fabricants et fournisseurs d'optique de contact, Mr Philippe LAFONT, PDG de O.Ph.L et Mr Nicolas SERIES, directeur général de Zeiss France, au nom du Groupement des Industriels et Fabricants de l'Optique (GIFO).
- Mr Jean-Pierre CHAMPION, directeur général du groupe Krys.
- Mr Pierre BILLARDON, président directeur général, Mr Eric GUIGNARD, directeur du marketing et des relations institutionnelles et Mme Anne-Solène WESTPHAL, directrice scientifique d'Alcon France.
- Mr Marc SIMONCINI, fondateur du site d'optique en ligne Sensee.

CABINETS

- Mr Bruno MACQUART, directeur de cabinet, Mr Raymond LE MOIGN, adjoint au directeur de cabinet, Fabrice MASI, conseiller technique en charge des relations avec les professionnels de santé de 1er recours, Mme Christine GARDEL, conseillère technique en charge des professionnels de santé hospitaliers, au Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.
- Mr Yves MATILLON, chargé de mission pour les questions « formations des métiers de santé » au cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.
- Madame Maëva LEVEL, conseillère parlementaire et Mr Etienne CHANTREL, conseiller technique en charge des réformes structurelles et de la concurrence, au cabinet du ministre de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique.

ADMINISTRATIONS

- Mr Thomas FATÔME, directeur de la Sécurité sociale, Mr Thomas WANECQ, sous-directeur en charge du financement du système de soins à la direction de la Sécurité sociale du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
- Mme Hélène MONASSE, chef du bureau Relations avec les professions de santé (DSS-1B) de la sous-direction du financement du système de soins, Mr Laurent BUTOR, adjoint à la chef de bureau, Mmes Eve SINTAS et Myriam BENAHMMOU, chargées de mission
- Mme Michèle LENOIR-SALFATI, sous-directrice en charge des ressources humaines du système de santé au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; Mr Guy BOUDET, chef du bureau Exercice, déontologie et développement professionnel continu (DGOS-RH2) , Mme Carole MERLE, adjointe au chef du bureau, Mme Pilar VERDONCQ, conseillère technique pour l'exercice des professions paramédicales, Mme Marion SAUVAGE, chargée de mission et Mr Pascal PFISTER, chargé de mission ; Mme Evelyne BELLIARD, chef du bureau Démographie et formation initiale et Mr Edouard JULLIAN, chargé de mission ; Mr Christopher POISSON, chargé de mission et Mme Isabelle MANZI, chargée de mission (DGOS-SDPF3)
- Mme Nathalie FOURCADE, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Mme Fanny MIKOL, chef du bureau des professions de santé à la DREES.
- Yann BOURGUEIL, directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES).
- Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) de la CNAMTS ; Mr Philippe ULMANN, directeur de l'Offre de Soins

(DOS) à la DDGOS de la CNAMTS et Mme Laure PRESTAT, du département des professions de santé à la DOS : Mr Eric HAUSHALTER, responsable du département des actes médicaux et Mr Gonzague DEBEUGNY, chargé de mission.

- Mr Thomas LE LUDEC, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) à la Haute autorité de santé (HAS), Mr Rémy BATAILLON, adjoint au directeur de la DAQSS, Mme Marie-Hélène RODDE DUNET, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS et Mr Jean-François THEBAUT, membre du Collège de la HAS.
- M. Stanislas MARTIN, chef du service Protection des consommateurs et Régulation des marchés à la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), Mme Raphaëlle BOVE, chef du bureau en charge des produits de santé et Mme Catherine ARGOYTI, adjointe au chef de bureau Produits et Prestations de santé et Services à la personne à la DGCCRF.
- Mme Catherine KERNEUR, chef du département des formations du cycle licence au ministère de l'Education nationale.
- Mme Dominique ACKER, présidente du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP).
- Mme Monique CAVALIER, directrice générale de l'Agence régionale de Santé de Midi-Pyrénées, Mme Nadine PASCON, responsable de la coordination et du suivi de projets au département premier recours de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie de l'ARS Midi-Pyrénées et Mr Thierry GODET, en charge des protocoles au sein de l'ARS.

PARLEMENTAIRES

- Mme Catherine GENISSON, sénatrice du Pas-de-Calais et co-auteure d'un rapport sur la coopération entre professionnels de santé (janvier 2014).
- Mme Dominique ORLIAC, députée du Lot.
- Mr Richard FERRAND, député du Finistère.
- Mr Olivier SIGOLOTTI, sénateur de la Haute-Loire et Mme Anne BEINIER, assistante parlementaire.

SIGLES UTILISES

ADELI	pour Automatisation Des Listes, c'est le nom du fichier des professionnels de santé
AFO	Académie Française d'Ophtalmologie
APE	Actifs à Part Entière
AOF	Association des Optométristes de France
BTS	Brevet de technicien supérieur
CAS	contrat d'accès aux soins
CCAM	Cotation Commune des Actes Médicaux
CES	Certificat d'études spécialisées
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNU	Conseil National des Universités
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CNP	Collège National Professionnel d 'Ophtalmologie
COUF	Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France
CPNEFP	commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle des cabinets médicaux
CREGAS	Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé
DDR	Décollement de rétine
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGOS	Direction générale de l'Organisation et des Soins du ministère des Affaires sociales, des Droits des Femmes et de la Santé
DSS	Direction de la Sécurité sociale du ministère des Affaires sociales, des Droits des Femmes et de la Santé
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Affaires sociales, des Droits des Femmes et de la Santé
ECN	Examens Classants Nationaux qui interviennent en fin de 2ème cycle des études médicales
FNOF	Fédération Nationale des Opticiens de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HCPP	Haut Conseil des Professions Paramédicales
HPST	Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IVT	Injection intra-vitréenne
LMD	Dispositif Licence Master Doctorat du processus de Bologne
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation Anticipée de l'activité
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels des auxiliaires médicaux
OCAM	Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
OCT	Tomographie par cohérence optique
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
ROSP-MT	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique – Médecin Traitant
RPPS	Réseau Partagé des Professionnels de Santé, qui a remplacé le SNIR à partir de
SCM	Société Civile de Moyens
SELIP	Société d'Exercice Libéral Inter-Professionnelle
SCP	Société Civile Professionnelle
SFO	Société française d'ophtalmologie
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SNAO	Syndicat National Autonome des Orthoptistes
SOF	Syndicat des Orthoptistes de France
UFR	Unités de Formation et de Recherche
SNIR	Système National Inter-Régimes, qui enregistre les professionnels de santé libéraux, y compris à titre partiel.
SNOF	Syndicat National des Ophtalmologistes Français
SYNOM	Syndicat des Opticiens Mutualistes
SYNOPE	Syndicat des Opticiens Entrepreneurs
UDO	Union Des Opticiens
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience