

## Synthèse du Rapport IGAS/IGAENR – Septembre 2020

---

### Synthèse

La France ne dispose pas d'une stratégie de santé formalisée pour les troubles et pathologies visuels, ni de données épidémiologiques précises. En dépit des délégations croissantes de tâches sous supervision médicale, l'organisation de la filière est demeurée traditionnelle.

**Elle repose avant tout sur les 5 882 ophtalmologistes**, médecins de premier et de second recours, qui assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil.

Ils sont **assistés par 5 185 orthoptistes**, qui interviennent sur la rééducation et de plus en plus sur des fonctions de pré-examen auprès des ophtalmologistes.

Pour leur part, 38 506 opticiens lunetiers, qui travaillent dans 12 350 points de vente, adaptent et vendent les lunettes et lentilles de contact.

**La filière visuelle reste structurée autour du passage obligatoire, et qui est consommateur de temps médical, au cabinet de l'ophtalmologiste, y compris pour les troubles les plus simples**, ceux de la réfraction, à la différence des solutions que beaucoup de pays ont mises en œuvre et qui sont **plus soucieuses du bon usage des ressources rares** que sont les ophtalmologistes.

**Cette organisation traditionnelle** des soins en France, combinée à une répartition géographique très inégale et aux obstacles financiers persistants, **se traduit par des résultats incertains en matière de dépistage et de très sérieuses difficultés d'accès aux soins**, y compris pour la prescription de verres correcteurs.

Les délais d'attente et les refus de rendez-vous restent excessivement élevés, suscitant l'insatisfaction des patients et provoquant des comportements de contournement.

Le travail aidé a été considérablement facilité, en élargissant le rôle des orthoptistes auprès des ophtalmologistes, en favorisant les coopérations entre acteurs de la filière et en créant le métier d'assistant médical, et les cabinets de groupe se sont développés.

**Mais le nombre de patients ayant fait l'objet d'une consultation n'a pas progressé à un rythme compatible avec la progression de la demande et les délais de prise de rendez-vous restent excessifs** dans la quasi-totalité des régions.

Par ailleurs, l'organisation actuelle des soins ne permet pas, en toute hypothèse, de prendre en charge beaucoup plus de patients, notamment tous ceux ayant des problèmes de réfraction.

Ainsi, même si la démographie des orthoptistes est dynamique, la filière sera extrêmement contrainte par la démographie des ophtalmologistes, qui baissera pendant les dix prochaines années avant d'entamer une remontée.

En outre, le modèle français du travail aidé et de l'équipe de soins pluri-professionnelle est fondamentalement consommateur de temps médical, parce que l'ophtalmologiste est un passage obligé.

Les mesures [énoncées dans le rapport] visent à confier

- **Davantage de responsabilités propres en matière de dépistage et de traitement des troubles simples de la réfraction aux orthoptistes** et aux opticiens-lunetiers
- **Davantage de rôle aux orthoptistes**, sous supervision médicale, **pour le suivi des patients dont la pathologie est stabilisée**
- **Des compétences accrues** aux titulaires d'un **master en pratique avancée** pour les patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives.

Le rapport préconise de **lancer des campagnes d'information annuelles sur la possibilité de renouvellement par les opticiens et les orthoptistes**, d'autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à **communiquer** en dehors de leur magasin et de leur cabinet **sur la possibilité de renouvellement des équipements, de rappeler cette possibilité sur les ordonnances.**

Le rapport préconise encore la **création d'un protocole de coopération nationale « filière visuelle »**, le développement de la **prise en charge et le suivi au long cours par les orthoptistes des patients non pathologiques ou stabilisés**, sous supervision médicale, conformément à leur décret de compétences.

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

## Extraits du Rapport

Comme l'IGAS, la Cour des Comptes a établi clairement, en 2018, **l'absence de politique nationale de prévention des troubles visuels** à destination de la population à tous les âges de la vie, soulignant que les programmes de suivi de la santé visuelle sont essentiellement organisés pour les jeunes enfants, les personnes atteintes de diabète et dans une moindre mesure pour les personnes âgées. Le dépistage organisé est partiel pour les enfants, limité à la rétinopathie diabétique pour les adultes, et avec des résultats encore limités et ponctuel chez les personnes âgées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Cette organisation** a un coût d'infrastructures particulièrement lourd, puisqu'elle nécessite trois postes de travail par ophtalmologiste. Elle **suppose que le patient passe deux fois plus de temps devant l'orthoptiste que devant le médecin.**

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

La spécificité du modèle français de travail aidé est le passage obligé par l'ophtalmologiste, en consultation ou par l'examen de dossier. D'autres modèles d'organisation s'appuient sur des professionnels de santé paramédicaux plus autonomes, et des médecins en position de

recours. **La conséquence très directe du modèle français est qu'il est fondamentalement consommateur de temps médical.** Dès lors qu'un cabinet est arrivé à une situation d'équilibre, chaque nouvel aidant crée un besoin de temps médical. Cette situation a pour conséquence qu'à pratiques constantes, **la démographie médicale contraint la capacité de développement du travail aidé.**

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

Pour sortir de ces contradictions et permettre au travail aidé de produire ses pleins effets et de compenser la diminution de la démographie des ophtalmologistes, **il serait nécessaire d'ouvrir une réflexion sur les pratiques médicales et les organisations dans le suivi des patients non pathologiques et à faible risque,** en particulier les jeunes adultes ne présentant pas de signes d'alerte.

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

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

Ces propositions constituent un ensemble dont il est attendu d'une part **un accès plus simple et plus direct aux corrections** de la vue et s'appuyant davantage sur des **professionnels de santé non-médecins**, d'autre part une concentration des consultations d'ophtalmologistes sur les situations de diagnostics et de pathologies, qui appellent une expertise médicale, avec des délais d'accès réduits.

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

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

La future organisation devrait **prévoir une prise en charge coordonnée et graduée des patients**, proposer des parcours de dépistage, de suivi et de soins en fonction de l'âge et des pathologies des patients (enfants, jeunes adultes, patients vieillissants, etc.).

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

Le décret d'actes des orthoptistes permet, de façon générale, « *le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé* » (article R4342-1-2 CSP).

Dans ce cadre, **un protocole de coopération national** pourrait définir la façon dont un patient pourrait être confié par un ophtalmologiste à un orthoptiste, pour son **suivi au long cours**, avec des critères d'inclusion, de **prise en charge et des signes d'alerte**, ainsi que, conformément au décret d'actes, le **renouvellement et l'adaptation des verres correcteurs**.

Ce dispositif pourrait être adapté aussi bien à **des patients non pathologiques qu'à des patients dont la pathologie est stabilisée**. Il reviendrait à l'ophtalmologiste de définir la nature et la durée de la prise en charge. Il serait de bonne pratique que dans le cadre d'un cabinet, les ophtalmologistes organisent régulièrement des revues de cas avec les orthoptistes avec lesquels ils collaborent régulièrement.

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

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

Elle permettrait également de contribuer à lever la contradiction du travail aidé à la française qui, en liant fortement temps médical et temps paramédical, limite sa propre capacité de développement et contingente la démographie des orthoptistes par celle des ophtalmologistes.

Si cette contradiction n'était pas levée, il deviendrait au demeurant assez rapidement nécessaire d'organiser la diminution des promotions d'orthoptistes en formation

Afin d'améliorer la communication sur les possibilités ouvertes par la réglementation, trois initiatives sont souhaitables :

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

**Le droit d'adaptation de la primo-délivrance pourrait être accordé aux orthoptistes.**

**Si les mesures précédentes ne permettent pas d'améliorer significativement l'accès aux soins visuels**, en particulier pour les troubles de la réfraction, **avant la fin de l'année 2021, les orthoptistes pourraient être autorisés à prescrire**, et les opticiens-lunetiers à prescrire et délivrer **les verres correcteurs sans ordonnance**, sur la base d'un examen de la réfraction et des critères d'inclusion et d'exclusion actuellement pratiqués pour le renouvellement avec adaptation.

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

La pratique avancée est, en revanche, adaptée à la prise en charge du suivi au long cours de patients atteints de pathologies complexes et/ou évolutives (glaucome, DMLA, rétinopathie diabétique, neuro-vision pour les patients neuro-lésés, troubles des apprentissages, basse vision, etc.). Elle ne sera toutefois susceptible de concerner qu'un

nombre limité de professionnels. Pour autant, la pratique avancée est une option intéressante, qui trouvera sa place dans des cabinets importants et offrira une évolution de carrière à des professionnels confirmés.

## Assistants médicaux et « optométristes »

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

Les Allemands ont choisi de recourir prioritairement à des assistants médicaux, les *Praxisgehilfen*, présents également dans d'autres disciplines, pour le travail aidé ; d'autre part, les optométristes ont été reconnus et autorisés à effectuer des examens des pathologies de l'œil, et en particulier des examens d'acuité visuelle, des examens internes et externes de l'œil, des tests de tonométrie, de périmétrie et de sensibilité chromatique. Ce faisant, ils délestent les ophtalmologistes d'une partie des patients de premier recours.

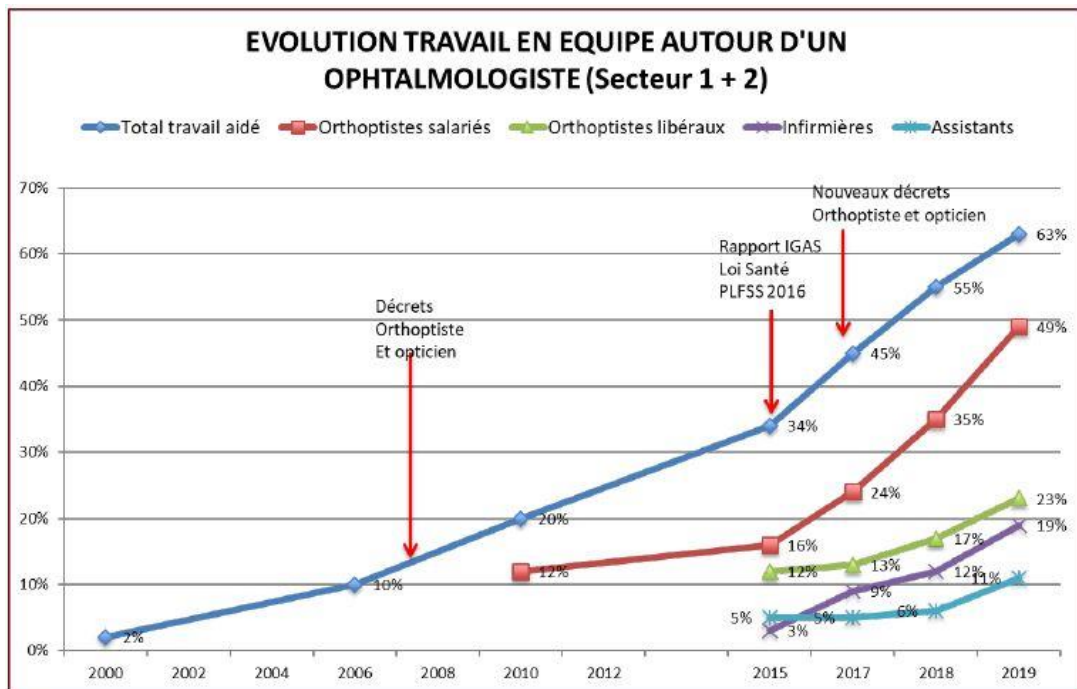
**L'analyse des offres d'emploi** adressés aux étudiants des deux formations en optométrie met en évidence une offre de postes de travail qualifiés d'« aide à la consultation » et en vue d'assurer, par exemple, la réfraction et « les examens complémentaires (*Topographies, Spéculaire, Biométrie, OCT,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

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

**En 2019**, selon une enquête auprès des adhérents du SNOF, ce serait désormais près de deux ophtalmologistes sur trois (63 %) qui serait en travail aidé, avec des proportions allant de 37 % seulement en Ile-de-France à 79 % en Bretagne. **49 % des ophtalmologistes auraient recours à un ou plusieurs orthoptistes salariés et 23 % des orthoptistes libéraux, 19 % des infirmiers et 11 % des assistants ou des opticiens salariés.**



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



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

**La fréquence affichée par l'enquête des ophtalmologistes travaillant avec des infirmiers (23 % dans le secteur 2) est un peu surprenante.**

Enfin, les éléments précis manquent pour savoir si l'échantillon de l'enquête réalisé par le SNOF auprès de ses seuls adhérents est réellement représentatif et ce que recouvre exactement, quantitativement et qualitativement, le recours aux orthoptistes, aux infirmiers etc. pour la pratique des ophtalmologistes concernés.

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