



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 prenantes¹.

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 réglementaires 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 décret² ;
- 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 Pouvoirville 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 mission³ - 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 médicale⁴, 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, fussent-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.

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.