

## **Chapitre VII**

# **Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser**



---

## PRÉSENTATION

---

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la prise en charge des troubles et des pathologies de la vue était confiée à 46 308 professionnels de santé. Ces derniers comprenaient 5 947 ophtalmologues (13 % du total), dont 85,8 % en exercice libéral ou mixte (libéral et salarié), 4 643 orthoptistes (10 %, dont 63 % en exercice libéral ou mixte)<sup>303</sup>, profession paramédicale réalisant des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision sur la prescription d'un médecin, généralement d'un ophtalmologue et 35 718 opticiens-lunetiers (77 %)<sup>304</sup>. Les compétences respectives de ces trois professions sont définies par le code de la santé publique.

Avec près de 9,6 Md€ de dépenses au total<sup>305</sup>, les soins visuels constituent une charge importante et en forte hausse pour l'assurance maladie, les assurances maladie complémentaires et directement pour les ménages, notamment pour l'optique médicale. Près de 60 % des habitants de notre pays ont un dispositif de correction de la vue (lunettes, lentilles).

Les soins visuels se caractérisent par des dysfonctionnements emblématiques de certaines spécialités médicales : en dépit d'une forte croissance des dépenses, la population est confrontée à de fortes inégalités d'accès aux soins d'ordre géographique et financier.

Contrairement à d'autres pays, les ophtalmologues constituent le premier recours aux soins visuels. Or ils sont inégalement répartis sur le territoire et pratiquent généralement des dépassements d'honoraires. Alors que les complémentarités entre les différentes professions de la filière visuelle ont une portée limitée, la forte contraction prévisible de la démographie des ophtalmologues jusqu'en 2030 risque d'exacerber les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées dans certains territoires.

Malgré une forte augmentation des dépenses, les besoins de la population en soins visuels sont inégalement couverts (I). Au-delà de la mise en place annoncée d'offres d'équipements d'optique médicale sans reste à charge, la définition par les pouvoirs publics d'une politique d'ensemble des soins visuels s'impose désormais (II).

---

---

<sup>303</sup> L'exercice salarial, notamment dans des cabinets d'ophtalmologues, se développe rapidement (+16 points entre 2000 et 2017).

<sup>304</sup> Les opticiens-lunetiers n'exercent pas tous dans les magasins d'optique. Ils peuvent être salariés dans des cabinets d'ophtalmologie ou travailler dans l'industrie optique.

<sup>305</sup> On entend par dépenses totales les dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire par les assurés, qui comprennent les parts prises en charge par l'assurance maladie, par les assurances maladie complémentaires et par la CMU-C, ainsi que les dépenses restant à la charge des ménages.

## **I - Des besoins inégalement couverts malgré des dépenses croissantes**

La hausse générale des dépenses ne s'est pas accompagnée d'une amélioration de l'accès de la population aux soins visuels, qui se heurte dans de nombreuses zones géographiques à la rareté de l'offre de soins ou à son prix élevé. Alors que la démographie des ophtalmologues décline, les autres acteurs de la filière visuelle - orthoptistes et opticiens-lunetiers - bénéficient de délégations encore limitées d'activité, ce qui concourt à la rareté de l'offre de soins.

### **Les principales pathologies visuelles**

Parmi les pathologies les plus courantes, la cataracte se caractérise par une opacification de la vue ; en 2016, elle concernait 574 000 patients<sup>306</sup>. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)<sup>307</sup> touche 10 % de la population de plus de 85 ans ; elle provoque l'apparition de taches dans le champ visuel central et, à terme, une cécité. La rétinopathie, qui affecte de nombreux patients diabétiques, entraîne la baisse de l'acuité visuelle ; elle endommage progressivement la rétine.

## **A - Une hausse générale des dépenses liées aux soins visuels**

Contrairement aux soins bucco-dentaires, les dépenses liées aux soins visuels, en dehors de l'optique, ne sont pas retracées en tant que telles dans les comptes nationaux de la santé. Ainsi, les dépenses d'ophtalmologie sont incluses de manière indistincte dans celles liées à l'activité des médecins spécialistes et celles d'orthoptie dans celles relatives aux auxiliaires médicaux.

<sup>306</sup> « Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales », Études et résultats, n° 1056, mars 2018, DREES.

<sup>307</sup> Il existe deux types de DMLA. La forme la moins répandue mais la plus dangereuse est la DMLA exsudative (ou humide) qui peut conduire à une perte totale de la vue. La DMLA atrophique ou sèche représente 90 % des cas et a des conséquences moins graves sur la vision.

L'absence de suivi consolidé des dépenses liées aux soins visuels, malgré la disponibilité des informations nécessaires, ne permet pas d'apprécier la part de celles-ci prise en charge par les assurances maladie complémentaires, ni celle restant à la charge des ménages.

À partir des éléments d'information publics ou qu'elle a sollicités auprès de la CNAM et de l'ATIH, la Cour a établi une synthèse des dépenses liées aux soins visuels, présentée dans le tableau ci-dessous. Les dépenses totales de soins visuels s'élevaient à 9,6 Md€ en 2016, dont 2,9 Md€ financées par l'assurance maladie. Compte tenu de la place de l'optique dans l'ensemble des dépenses, les assurances maladie complémentaires sont le principal financeur des soins visuels.

**Tableau n° 55 : dépenses liées aux soins visuels (2010 et 2016, en M€)**

Dépenses	2010		2016		Variation 2010-2016 € courants	Variation 2010-2016 € constants	TCAM 2010-2016 € constants
	Total	Dont remboursées par l'assurance maladie	Total	Dont remboursées par l'assurance maladie	Total	Total	Total
Ophthalmologie	1 362	787	1 726	1 034	26,7 %	21,6 %	3,3 %
Orthoptie	82	53	114	74	39,0 %	33,3 %	4,9 %
Optique médicale	5 475	197	6 170	201	12,7 %	8,1 %	1,3 %
<b>Soins de ville</b>	<b>6 919</b>	<b>1 037</b>	<b>8 010</b>	<b>1 309</b>	<b>15,8 %</b>	<b>11,0 %</b>	<b>1,8 %</b>
Établissements de santé	961	961	1 012	1 012	5,3 %	1,0 %	0,2 %
Molécules onéreuses pour la DMLA	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>	583	583	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>
<b>Total</b>	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>	<b>9 605</b>	<b>2 904</b>	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>	<i>Information non disponible</i>

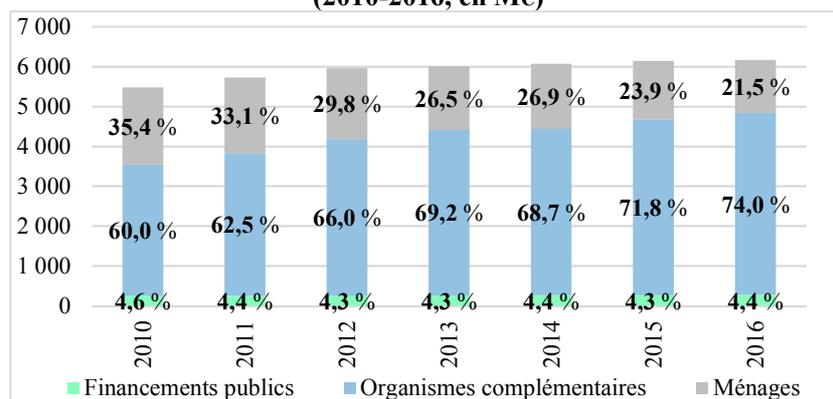
Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES, de la CNAM et de l'ATIH.

### 1 - Une hausse des dépenses d'optique permise par une prise en charge croissante par les complémentaires santé

Après une période de forte croissance, dont les déterminants ont été analysés par la Cour en 2013<sup>308</sup>, les dépenses totales d'optique médicale<sup>309</sup> ont augmenté de façon plus modérée depuis 2012. Elles ont atteint 6,2 Md€ en 2016, soit une augmentation par rapport à 2010 de 12,7 % en euros courants et de 8,1 % en euros constants (soit +1,3 % en moyenne annuelle).

En 2016, les organismes d'assurance maladie complémentaires couvraient 74 % de leur coût, contre 60 % en 2010. Parallèlement, les dépenses restant à la charge des ménages se sont réduites de 35,4 % à 21,5 %, tout en restant plus élevées que pour nombre d'autres biens médicaux : pour les lunettes, elles s'établissaient ainsi à 95 € en moyenne. La part des financements publics reste mineure (4,4 % en 2016).

**Graphique n° 18 : dépenses d'optique par financeur direct (2010-2016, en M€)**



Source : DREES, comptes de la santé.

<sup>308</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre XIV La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>309</sup> L'optique médicale couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) ou non (lentilles correctrices) et exclut les lunettes solaires, les lentilles esthétiques ou les produits d'entretien des équipements optiques.

La hausse des dépenses d'optique médicale<sup>310</sup> s'explique par celle des quantités totales vendues (+44 % depuis 2006). L'augmentation globale de la population et son vieillissement ne rendent compte que d'une part limitée de cette évolution (+4,6 % et +3,4 % respectivement).

Le prix moyen des équipements d'optique a légèrement diminué, de 0,3 % en 2015 et de 0,5 % en 2016. La libéralisation progressive du marché de l'optique, le développement des réseaux de soins et l'instauration de plafonds à la prise en charge des dépenses d'optique dans le cadre des contrats responsables<sup>311</sup> pèsent, encore insuffisamment, sur son évolution.

## **2 - Des dépenses en ville en forte augmentation sous l'effet de la croissance des actes et des dépassements d'honoraires**

Entre 2010 et 2016, les dépenses liées à l'ophtalmologie et à l'orthoptie en ville ont augmenté de 27 % en euros courants et de 22,2 % en euros constants (soit +3,4 % en moyenne annuelle), pour atteindre 1,8 Md€. Les dépenses relevant des ophtalmologues en représentent la quasi-totalité (1,7 Md€), le solde correspondant aux orthoptistes.

La croissance rapide des dépenses liées à l'activité libérale des ophtalmologues (+21,6 % en euros constants, soit +3,3 % en moyenne par an) est soutenue tant par la part des dépenses laissée à la charge des assurés (dépassements d'honoraires et ticket modérateur) que par le volume des actes. Les dépassements représentaient 25,6 % des dépenses en 2016.

---

<sup>310</sup> Selon le rapport annuel de 2016 de l'observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.

<sup>311</sup> Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats d'assurance complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a instauré des plafonds et des plafonds de prise en charge. Pour les verres, les fourchettes vont de 50 à 470 € et de 200 à 850 € en fonction de l'importance de la correction de la vue. En application du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, les contrats souscrits par les entreprises pour le compte de leurs salariés, qui sont obligatoirement des contrats responsables, ont des plafonds plus élevés (100 à 200 en fonction de la correction de la vue). Dans tous les cas, la prise en charge des montures est plafonnée à 150 €. Par ailleurs, l'achat de nouvelles lunettes n'est pris en charge que par période de deux ans (un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue).

**Tableau n° 56 : évolution des dépenses liées à l'activité libérale des ophtalmologues (2010-2016, en M€)**

	2010	2016	Variation 2010-2016 € courants	Variation 2010-2016 € constants	TCAM 2010-2016 € constants
Quantité d'actes	33,3	41,2	+23,7 %	-	-
Honoraires totaux, dont :	1 362	1 726	+26,7 %	+21,6 %	+3,3 %
Dépassements	340	442	+30,0 %	+24,7 %	+3,7 %
Tickets modérateurs	235	371	+57,9 %	+51,4 %	+7,2 %
Honoraires remboursés par l'assurance maladie*	787	1 034	+15,9 %	+11,2 %	+1,8 %

\* Y compris participations forfaitaires à la charge des assurés.

Sources : CNAM, SNIIRAM.

La hausse du nombre moyen d'actes effectués par ophtalmologue (8 787 en 2016 contre 6 932 en 2010, soit +24 %) résulte de l'augmentation du nombre moyen non seulement de patients par ophtalmologue, mais aussi d'actes par séance ou par patient<sup>312</sup>. Elle est particulièrement importante pour les actes techniques<sup>313</sup>, qui représentent en 2016 près des trois quarts de l'activité des ophtalmologues et des dépenses associées, alors qu'ils étaient encore minoritaires avant 2010.

Alors que la hausse du nombre moyen d'actes par séance dénote d'importants gains de productivité, les tarifs restent stables.

### 3 - Des dépenses hospitalières contenues par la substitution de prises en charge en ambulatoire à des hospitalisations classiques

En 2016, l'activité d'ophtalmologie en établissement de santé a engendré 1 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie<sup>314</sup>. En 2016, 66 % des séjours ont été réalisés dans les établissements privés à but lucratif pour près de 51 % des dépenses, soit 513 M€. L'activité de ces établissements

<sup>312</sup> La CNAM impute à cette intensification du recours aux soins 13,3 % des 18 % d'augmentation du nombre total d'actes entre 2012 et 2016. Les effets liés à la démographie sont marginaux (4,2 %, dont 2,2 % au titre de l'augmentation de la population totale et 1,9 % au titre de son vieillissement).

<sup>313</sup> Les principaux actes techniques font partie intégrante de l'examen clinique ophtalmologique comme l'examen de la vision binoculaire ou le fond d'œil. D'autres sont des examens complémentaires courants, comme les actes d'imagerie de la rétine ou du glaucome grâce à des appareils de tomographie par cohérence optique (OCT), dont le nombre a augmenté à un rythme annuel moyen de 13 % depuis trois ans.

<sup>314</sup> Soit 3 % des dépenses d'assurance maladie liées à la tarification à l'activité des établissements publics et privés de santé (soit 38,9 Md€ en 2016).

est fortement spécialisée : ils assuraient notamment 73 % des interventions pour la cataracte en 2016.

Entre 2010 et 2016, les dépenses d'assurance maladie liées à l'activité d'ophtalmologie en établissement ont augmenté dans une mesure limitée (+5,3 % en euros courants et +1 % en euros constants). La substitution croissante de prises en charge ambulatoires en chirurgie à des hospitalisations classiques avec nuitée explique ce résultat : la part des séjours sans nuitée, soit 86 % en 2016, a augmenté de 13 points depuis 2010. La DMLA est presque intégralement traitée en ambulatoire, la cataracte à 93 % et le glaucome à 70 %.

#### **La politique tarifaire au service du virage ambulatoire à l'hôpital**

L'augmentation de la part de l'ambulatoire dans l'activité des établissements de santé a été favorisée par la réduction, voire la suppression de l'écart des tarifs des séjours de faible sévérité (niveau 1) en hospitalisation conventionnelle par rapport à ceux des séjours ambulatoires.

Il en est ainsi pour les interventions sur la rétine. En 2010, le tarif du niveau 1 en hospitalisation conventionnelle dans le secteur public s'élevait à 2 718 €, tandis que celui des séjours ambulatoires était fixé à 1 826 € (1 206 € et 874 € respectivement pour le secteur privé lucratif). En 2012, les tarifs du niveau 1 et ceux de la prise en charge ambulatoire ont été alignés dans les deux secteurs tarifaires. En 2017, s'appliquaient des tarifs uniques de 2 435 € pour le secteur public et de 1 098 € pour le secteur privé lucratif. Le tarif du séjour pour l'opération de la cataracte de moindre sévérité est aligné sur celui de l'ambulatoire depuis 2009. Entre 2010 et 2017, il a diminué de 10,6 % dans le secteur public et de 19,9 % dans le secteur privé lucratif, pour s'établir respectivement à 1 253 € et à 720 €.

## **B - Un accès aux soins affecté par la rareté et le coût de l'offre sanitaire**

Les ophtalmologues et les autres professionnels de la filière visuelle sont très inégalement répartis sur le territoire. Dans de nombreuses zones, les patients se heurtent à des délais importants, y compris dans des cas d'urgence, pour obtenir une consultation, voire à une impossibilité quand ils ne sont pas déjà suivis. La chute de la démographie des ophtalmologues va accentuer ces difficultés et les étendre à des territoires qui en sont aujourd'hui exempts. Les dépassements d'honoraires pratiqués par une

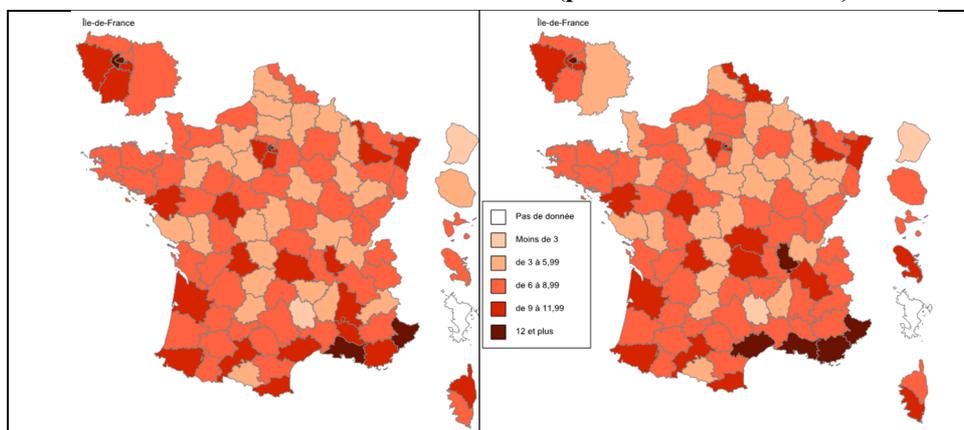
majorité d'ophtalmologues et le coût des équipements d'optique médicale constituent d'autres obstacles, cette fois financiers, à l'accès aux soins.

### 1 - Une répartition inégale des ophtalmologues sur le territoire

Les effectifs d'ophtalmologues, soit 5 947 début 2017, ayant augmenté depuis 2000 à un rythme voisin de celui de la population globale, leur densité moyenne est restée relativement stable, autour de 8,8 pour 100 000 habitants tous modes d'exercice confondus et de 7,5 pour l'exercice libéral ou mixte.

Cette moyenne s'inscrit dans celle des pays de l'OCDE, mais recouvre de fortes disparités territoriales : en 2017, la densité départementale d'ophtalmologues en exercice libéral ou mixte allait de 2,1 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 21 pour 100 000 habitants à Paris. Ces disparités s'accroissent : en 2017, 45 départements (notamment la Seine-Saint-Denis, le Pas-de-Calais, la Seine-et-Marne, la Moselle, La Réunion, l'Oise et le Loiret), contre 42 en 2000, comptaient moins de six ophtalmologues libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants.

#### Cartes n<sup>os</sup> 7 et 8 : densité comparée des ophtalmologues en exercice libéral ou mixte en 2000 et en 2017 (pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, Adeli pour 2000, RPPS pour 2017 ; Insee pour la population.

Selon la DREES, les 10 % des habitants les mieux lotis ont six fois plus de chance d'accéder à un ophtalmologue que les 10 % les moins bien lotis et l'accessibilité des populations résidant dans des zones sous-denses s'est dégradée. Plus on s'éloigne des grands pôles urbains, plus il est difficile d'accéder à un ophtalmologue.

Ces disparités ne sont compensées ni par l'offre hospitalière, ni par les autres professionnels libéraux de la filière visuelle dont l'activité est très largement prescrite par les ophtalmologues. L'exercice hospitalier est, en effet, fortement concentré dans certains pôles urbains qui accueillent des centres hospitaliers universitaires et dans la région francilienne<sup>315</sup>. De plus, la plupart des départements ayant une densité libérale inférieure à la moyenne nationale connaissent aussi des taux de vacance en établissement de santé public plus élevés. La densité des orthoptistes, profession paramédicale dont l'intervention est principalement prescrite par des ophtalmologues, est corrélée à celle de ces derniers.

## 2 - Des risques en augmentation pour les patients

Les délais d'attente pour obtenir une consultation par un ophtalmologue ne sont pas encore suivis par la voie d'enquêtes publiques<sup>316</sup>.

Selon une récente enquête de l'IFOP, effectuée pour le compte d'un réseau de centres d'ophtalmologie auprès d'un échantillon de 2 679 praticiens libéraux<sup>317</sup>, il fallait attendre en moyenne 87 jours en 2017 pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue, soit 10 jours de plus qu'en 2013. Ce délai moyen varie en fonction des secteurs conventionnels (76 jours en secteur 2 et 102 jours en secteur 1), de la structure d'exercice et de l'âge du praticien<sup>318</sup> et, avant tout, de la densité d'ophtalmologues : il allait ainsi de 47 jours en Île-de-France à 168 jours dans le Finistère.

En outre, les refus de nouveaux patients pour des consultations de routine augmentent : en 2017, 23 % des ophtalmologues de l'échantillon refusaient d'accorder une première consultation, contre 11 % en 2013.

Par ailleurs, les enfants semblent être les grands perdants de la prise de rendez-vous : seules 38 % des demandes<sup>319</sup> au titre d'un strabisme donnent lieu à un rendez-vous avec un délai médian de 36 jours en hausse par rapport à 2013 (+12 jours), contre 46 % en 2015. Près d'un tiers des

---

<sup>315</sup> 23 établissements regroupent à eux seuls 50 % des effectifs hospitaliers.

<sup>316</sup> Une étude engagée par la DREES en 2016 pourrait combler cette lacune.

<sup>317</sup> Dépêche APM du 18 décembre 2017.

<sup>318</sup> Les ophtalmologues en début et en fin de carrière sont plus disponibles (74 et 75 jours d'attente) que les 40-65 ans (plus de 90 jours d'attente).

<sup>319</sup> Selon une enquête financée par une entreprise pharmaceutique auprès de 100 centres, répartis dans cinq régions, pour apprécier la réponse des secrétariats à une demande de rendez-vous urgent d'un patient inconnu.

patients ne bénéficient d'aucune solution, à défaut d'une orientation vers des consultations spécialisées à l'hôpital ou vers des orthoptistes.

Dans les territoires les moins bien pourvus en ophtalmologues, ces délais d'attente suscitent des risques de prise en charge tardive pour les patients. Au regard des projections démographiques de la profession d'ophtalmologue effectuées par la DREES, ils sont appelés à s'amplifier.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'âge moyen des ophtalmologues s'élevait à 54 ans (contre 48 ans en 2000), soit 2,6 années de plus que celui de l'ensemble des médecins. Compte tenu des flux de formation, cette situation devrait entraîner une diminution des effectifs d'ophtalmologues jusqu'en 2030 et une baisse encore plus marquée de leur densité, sous l'effet de l'augmentation de la population. Vers 2030, la densité des ophtalmologues libéraux s'établirait ainsi en moyenne à 6 pour 100 000 habitants, soit une réduction de 20 % par rapport à 2016.

La baisse de la densité des ophtalmologues libéraux aura un effet plus que proportionnel sur le temps médical disponible par patient, sous l'effet de la croissance des besoins de soins visuels (vieillesse de la population, incidences des modes de travail et de vie sur la santé visuelle, faute d'une prévention suffisante) et de la modification des temps de travail et des comportements des praticiens induite par leur renouvellement générationnel (préférence pour l'exercice salarié ou mixte, féminisation).

La situation n'est pas meilleure dans les établissements de santé publics : les délais d'attente pour des consultations externes en ophtalmologie sont ainsi en moyenne de 103 jours en 2016<sup>320</sup>.

#### **Une sollicitation croissante des urgences ophtalmologiques en établissement**

Les pouvoirs publics n'ont pas structuré la prise en charge des urgences ophtalmologiques par les établissements de santé dans le cadre territorial. Ni le nombre de structures assurant un accueil dans un service d'urgences spécialisé ou généraliste, ni leur répartition territoriale, ne sont d'ailleurs connus de manière certaine. En 2016, selon les données déclaratives de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 39 établissements, dont 30 du secteur public, disposaient d'une structure d'urgence consacrée à l'ophtalmologie, contre 47 en 2013.

<sup>320</sup> DREES, SAE.

Le nombre de passages aux urgences au titre de problèmes de la vue n'est pas recensé au niveau national. Selon des données partielles, environ 80 % des urgences ophtalmologiques en établissement donneraient lieu à une consultation médicale, sans intervention chirurgicale. Au cas particulier de l'Île-de-France, le nombre de passages au service spécialisé d'urgence du centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts (CHNO) a augmenté de 9 % en 2016. Cette hausse a atteint 12 % pour la Fondation Rothschild (FOR), deuxième service d'urgence spécialisé sur le territoire national<sup>321</sup>. Selon une étude de la société française d'ophtalmologie, 40 % des passages aux urgences ophtalmologiques des Hospices civils de Lyon<sup>322</sup> concernaient des motifs non urgents. La moitié n'aurait pas été justifiée.

### 3 - Des obstacles financiers : les dépassements d'honoraires et le coût des équipements d'optique

La pratique des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs de l'assurance maladie est répandue chez les ophtalmologues. Près de 58 % exercent en secteur 2 (ou 1 avec un droit permanent à dépassement). Les effectifs du secteur 2 ont augmenté de 4,5 % depuis 2010, tandis que ceux en secteur 1 sans dépassement ont baissé de 11 %.

Après une phase d'augmentation soutenue jusqu'en 2007 (où il a culminé à 60,8 %), le taux moyen de dépassement d'honoraires s'est réduit à partir de 2012 pour s'établir à 54,3 % en 2017. S'il est proche de celui constaté pour l'ensemble des médecins, il recouvre de fortes disparités, s'étageant en 2016 de 2 % dans l'Aveyron à 104 % à Paris. Il varie aussi en fonction des actes, de 38 % pour les actes techniques à 98 % pour les consultations cette même année.

Le coût des équipements d'optique médicale, malgré une diminution du reste à charge moyen des ménages, constitue toujours un facteur de renoncement aux soins. Selon l'enquête biennale « santé et protection sociale » de l'IRDES<sup>323</sup>, 27,5 % des renoncements aux soins ont concerné des lunettes ou des lentilles en 2014, contre 46 % pour les soins dentaires. Au total, 10 % des assurés ont renoncé à des équipements d'optique pour

<sup>321</sup> 58 000 passages enregistrés pour le CHNO et 39 000 passages pour la FOR.

<sup>322</sup> 25 000 passages ont été enregistrés en 2017, soit 2 % des urgences générales. Cette étude a été conduite en janvier 2018 sur les 1 035 patients reçus.

<sup>323</sup> Cette enquête, qui est depuis 2014 le volet français de l'enquête santé européenne, mesure sur une base déclarative le renoncement aux équipements d'optique médicale.

un motif financier<sup>324</sup>. Les 20 % de ménages les plus modestes étaient 17 % à déclarer un renoncement pour ce motif, soit trois fois plus que pour les 20 % des ménages les plus aisés, qui étaient moins de 5 % à en faire état.

### **Un prix élevé des équipements d'optique en France**

Le prix moyen d'une paire de lunettes (verres et montures) variait en 2014 entre 316 € pour un équipement complet unifocal<sup>325</sup> et 613 € pour un équipement multifocal<sup>326</sup>. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, les équipements les plus courants au titre de l'offre à tarifs opposables dont ils bénéficient sont compris entre 55 € pour une paire de lunettes pour adulte avec verres unifocaux et 110 € avec verres multifocaux.

La France se situe dans la moyenne haute de l'Union européenne, avec un prix moyen des lunettes progressives de 570 € contre 280 € au Royaume-Uni et un prix global moyen de 437 € contre 400 € en Espagne<sup>327</sup>.

## **C - Une organisation des soins qui engendre des rentes de situation**

La démographie des autres professionnels de la filière visuelle diverge de celle des ophtalmologues. Entre 2000 et 2017, le nombre d'orthoptistes a plus que doublé (4 643 contre 2 176, tous modes d'exercice confondus) et celui des opticiens-lunetiers a plus que triplé (35 718 contre 10 118). En principe favorable à la concurrence, la dispersion des points de vente (12 700 magasins d'optique en 2013 contre 8 300 en 2003 selon l'Insee) induit des déséconomies d'échelle qui concourent aux prix élevés des équipements d'optique médicale. À cet égard, ce prix varie

<sup>324</sup> Les rapports de l'IRDES n° 566, « L'enquête santé européenne – enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », N. Célant, T. Rochereau, octobre 2017.

<sup>325</sup> Les verres unifocaux ont pour objet de corriger un seul trouble de la vue (myopie, hypermétropie). À l'inverse, les verres multifocaux corrigent plusieurs troubles de manière simultanée et sont donc composés de deux ou trois zones de correction.

<sup>326</sup> Rapport 2016 de l'observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique. Créé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables d'assurance maladie complémentaire, cette instance placée auprès du ministre chargé de la santé a pour mission d'analyser les évolutions du marché des équipements d'optique et d'évaluer l'accès des assurés à ces équipements.

<sup>327</sup> FNMF « Pour des soins de qualité accessibles à tous », contribution de la Mutualité française aux débats sur le reste à charge zéro, décembre 2017. Les données portent sur l'année 2014.

considérablement d'un département à l'autre en fonction d'une carte assez proche de celle de la densité des magasins.

Si ces évolutions démographiques contrastées ont incité les pouvoirs publics à étendre les champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, les ophtalmologues demeurent le pivot de la prise en charge des soins visuels, ce qui concourt à la rareté de l'offre et s'accompagne de rentes de situation.

### **1 - Un premier recours aux soins reposant toujours sur les ophtalmologues**

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux ophtalmologues, les pouvoirs publics ont adopté à partir de 2007 des mesures visant à étendre les champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a amorcé ce mouvement, amplifié par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation et par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Un plan de restructuration de la filière visuelle en ville<sup>328</sup> a été annoncé en 2015. Ces évolutions ont néanmoins préservé pour l'essentiel le rôle de premier recours aux soins des ophtalmologues.

#### *a) Une extension des compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes aux effets marginaux*

Les opticiens-lunetiers bénéficient de délégations d'actes portant sur le renouvellement et l'adaptation des prescriptions d'optique médicale. À la suite d'une récente extension, ils sont désormais<sup>329</sup> habilités à renouveler et à adapter les ordonnances de verres correcteurs et de lentilles de contact pendant un certain temps, fonction de l'âge du patient. La durée de validité de l'ordonnance est par exemple fixée à cinq ans pour les patients de 16 à 42 ans mais à trois ans pour ceux de plus de 42 ans et à un an pour ceux de moins de 16 ans, avec des obligations strictes d'information à la charge de l'opticien-lunetier. L'ophtalmologue conserve la faculté de s'opposer au renouvellement et à l'adaptation par l'opticien-lunetier ou d'en limiter la durée, par la voie d'une mention sur l'ordonnance.

---

<sup>328</sup> À la suite du rapport de l'IGAS, *Restructuration de la filière visuelle*, juillet 2015.

<sup>329</sup> Aux termes du décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016.

La délivrance d'équipements d'optique médicale, qui a augmenté de 48 %<sup>330</sup> entre 2008 et 2014, continue cependant à reposer pour l'essentiel sur les ophtalmologues. Ainsi, la CNAM estimait, à partir d'une enquête *ad hoc* sur le premier semestre 2013, que les renouvellements par les opticiens ne concernaient que 10 % des délivrances d'équipements.

Par ailleurs, des expérimentations ont été menées afin d'étendre le champ de compétences des orthoptistes et recentrer ainsi l'activité des ophtalmologues sur des actes à plus forte valeur médicale. À cette fin, huit protocoles de coopération dérogatoires au décret d'actes des orthoptistes ont été mis en œuvre depuis 2012 en application de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009. Ils ont concerné la réalisation par un orthoptiste soit de bilans visuels, soit de certains actes comme le dépistage de la rétinopathie diabétique. Cependant, au cours de la période récente, moins de 1 % des bilans visuels ont été effectués par un orthoptiste dans un cadre expérimental<sup>331</sup>.

Un décret du 5 décembre 2016 a élargi le champ de compétences des orthoptistes et de nouveaux actes ont en conséquence été inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), comme les mesures de l'acuité visuelle et de la réfraction. Mais les conditions posées sont restrictives : ainsi, ces nouvelles compétences, au premier chef la réalisation d'un bilan visuel<sup>332</sup>, ne peuvent être exercées par les orthoptistes que dans une structure où est présent un médecin (ophtalmologue le plus souvent ou généraliste dans les maisons de santé pluri-professionnelles)<sup>333</sup> et non dans leur propre cabinet libéral.

Par ailleurs, les orthoptistes ne sont pas habilités à prescrire des équipements d'optique, même au stade de leur renouvellement.

---

<sup>330</sup> Selon des chiffres du syndicat national des ophtalmologistes de France.

<sup>331</sup> Entre août 2015 et fin 2017, seuls 47 141 bilans visuels réalisés par des orthoptistes ont été facturés à l'assurance maladie.

<sup>332</sup> Récemment inscrite à la NGAP par une décision de l'UNCAM du 10 juillet 2018 (Journal officiel du 24 juillet 2018).

<sup>333</sup> Articles R. 4342-1-1 et R. 4342-2 du code de la santé publique.

*b) Des innovations organisationnelles de portée limitée*

Le décret d'actes des orthoptistes a été adapté à la suite de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 afin de favoriser le développement du « travail aidé », qui consiste en la réalisation par un orthoptiste, généralement salarié, des examens préparatoires et complémentaires aux consultations effectuées par les ophtalmologues.

Le ministère chargé de la santé et l'assurance maladie ont défini deux contrats-types de coopération<sup>334</sup>, qui sont mis en œuvre depuis l'été 2017 pour inciter les ophtalmologues de secteur 1 ou adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, voir *infra*), à embaucher ou à former un orthoptiste. Des aides financières forfaitaires leur sont versées à ce titre par l'assurance maladie<sup>335</sup>.

Par ailleurs, des protocoles organisationnels, également prévus par la loi de modernisation du système de santé, définissent *ex ante* des modalités de prise en charge partagées entre les ophtalmologues et les orthoptistes pour le suivi de certaines catégories de patients<sup>336</sup>. Toutefois, ils s'adressent eux aussi aux seuls orthoptistes qui interviennent dans une structure garantissant la présence d'un médecin.

La généralisation du « travail aidé » et des délégations d'actes aux orthoptistes se heurte notamment à des obstacles juridiques, comme l'interdiction du partage de patientèle et d'honoraires entre des professionnels de santé libéraux<sup>337</sup>, qui en restreignent la diffusion aux seuls orthoptistes salariés d'ophtalmologues libéraux.

---

<sup>334</sup> En application de l'article 67 de la LFSS 2016.

<sup>335</sup> Sous réserve de respecter des engagements sur l'augmentation de leur patientèle, le respect des tarifs conventionnels et la participation à la continuité des soins.

<sup>336</sup> Non dérogoires au décret d'actes des orthoptistes, ils peuvent être mis en œuvre de manière beaucoup plus souple que les protocoles de l'article 51 de la loi HPST : leur définition et leur application ne requièrent pas d'avis préalables de la HAS et des ARS, mais relèvent exclusivement d'initiatives individuelles.

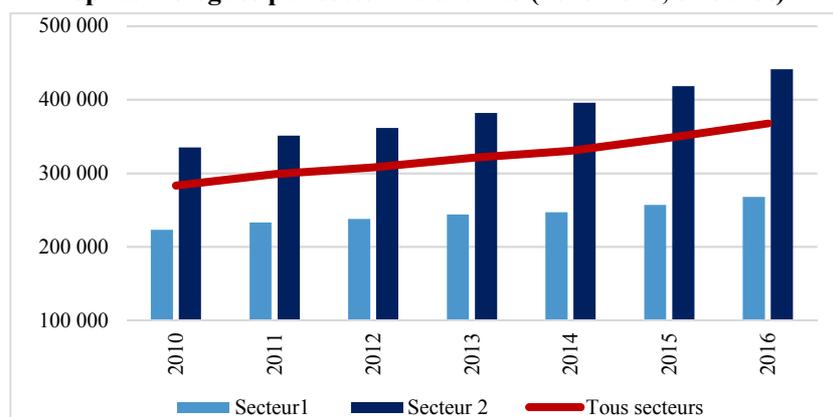
<sup>337</sup> En application des articles R. 4127-22 et 23 du code de la santé publique.

## 2 - Des revenus élevés et dynamiques pour les ophtalmologues libéraux

Avec un revenu global d'activité de 169 530 € en moyenne en 2014<sup>338</sup>, loin devant celui des médecins pris dans leur ensemble (111 760 €), l'ophtalmologie figure à la quatrième place des spécialités médicales les plus rémunératrices, derrière la radiologie, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie. Cette moyenne recouvre des situations très diverses (praticien en secteur 1, démarrage ou fin d'activité...). Le revenu fiscal des 20 % d'ophtalmologues dotés des revenus les plus élevés atteignait 326 000 € en 2015.

Entre 2005 et 2014, le revenu moyen d'activité des ophtalmologues a augmenté de 1,9 % par an en euros constants, contre 0,9 % pour les médecins spécialistes pris dans leur ensemble.

**Graphique n° 19 : évolution des honoraires moyens des ophtalmologues par secteur d'activité (2010-2016, en euros)**



Sources : SNIR et AMOS. Champ : France entière.

<sup>338</sup> Ce revenu global d'activité est calculé à partir d'un rapprochement entre les données relatives à l'activité de chaque médecin, fournies par la CNAM, et celles relatives à ses différents types de revenus issues de sa déclaration de revenus professionnels (bénéfices non commerciaux), fournies par la DGFIP.

Les montants moyens d'honoraires par praticien diffèrent selon le secteur conventionnel, qui influence le nombre d'actes effectués<sup>339</sup> et détermine la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires.

Enfin, les écarts de rémunération<sup>340</sup> concourent à la faible attractivité de l'ophtalmologie dans les hôpitaux publics et à un taux élevé de vacance de postes<sup>341</sup>.

## **II - Une politique d'ensemble des soins visuels à définir**

Au-delà de la suppression du reste à charge supporté par les ménages sur certains équipements d'optique médicale (voir encadré), l'état de la santé visuelle de la population française appelle la mise en œuvre d'une politique d'ensemble, qui conjugue prévention accrue, amélioration de la qualité des prises en charge, maîtrise renforcée des coûts et amélioration de l'accès aux soins grâce à une redéfinition des périmètres respectifs d'intervention des professionnels de la filière visuelle.

---

<sup>339</sup> Les ophtalmologues de secteur 2 et 1 avec droit permanent à dépassement ont pratiqué en 2016 11 892 actes en moyenne, contre 6 593 en secteur 1 sans dépassement.

<sup>340</sup> Selon la dernière enquête disponible, réalisée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière en 2011, la rémunération annuelle moyenne brute des ophtalmologues, hors prise en compte de l'activité libérale et des gardes et astreintes, s'élevait à moins de 95 000 € pour un praticien hospitalier à temps plein dans un centre hospitalier et à moins de 88 000 € dans un CHU. L'activité libérale à l'hôpital réduit pour partie les écarts de rémunération précités. Elle concernait 37 % des praticiens qui y sont éligibles (contre 9 % pour la moyenne des spécialités).

<sup>341</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, ce taux de vacance était de 40 % pour les praticiens hospitaliers à temps plein en ophtalmologie (46 % pour les temps partiels), soit 13 points de plus que pour l'ensemble des spécialités chirurgicales (4 de plus pour les temps partiels).

### **La mise en place d'offres sans reste à charge en optique**

Les pouvoirs publics ont pris l'engagement que des offres sans reste à charge après intervention de l'assurance maladie et des assurances complémentaires seront proposées aux patients, d'ici à 2020, en matière d'optique médicale, de prothèses dentaires et d'audioprothèses.

En application d'un protocole d'accord de juin 2018 avec deux des trois syndicats d'opticiens, chaque opticien devra proposer à compter de 2020 sur son point de vente au moins 17 modèles différents de montures pour les adultes (10 pour les enfants) et, compte tenu des coloris, au moins 35 montures différentes pour les adultes (20 pour les enfants). Ces offres sans reste à charge devront couvrir tous les troubles visuels et comporteront obligatoirement un amincissement proportionnel au trouble de la vue, un durcissement destiné à éviter les rayures et un traitement anti-reflet.

En fonction de l'importance de la correction de la vue, les prix limite de vente des lunettes (verres et montures) seront compris entre 95 € et 265 € (TTC) pour celles à verres unifocaux et entre 180 € et 370 € (TTC) pour celles à verres progressifs. Dans le cadre de ces prix limite de vente, le prix de vente des montures sera lui-même plafonné à 30 € (TTC). Pour leur prise en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, les patients auront néanmoins la faculté d'associer des verres à prix plafonné<sup>342</sup> à des montures à prix libre, le cas échéant plus conformes à leurs goûts.

Un premier enjeu porte sur la place qu'occuperont les offres sans reste à charge dans les ventes d'équipements d'optique, au regard notamment de celles à « reste à charge maîtrisé » que s'approprient à introduire les complémentaires santé. Afin que les restes à charge qui subsisteront après 2020 ne résultent plus que de choix esthétiques des patients, le ministère chargé de la santé devrait assurer une large information sur les offres sans reste à charge et vérifier leur disponibilité effective.

Un autre enjeu, lié au précédent, concerne le coût des offres sans reste à charge pour l'assurance maladie, les assurances complémentaires et les entreprises et les ménages qui les financent. L'assurance maladie prendra en charge 18 % de ce coût (contre 4 % environ pour l'ensemble des équipements d'optique à l'heure actuelle). Les assurances complémentaires couvriront l'écart avec les prix limite de vente des offres sans reste à charge. L'impact du « reste à charge 0 » sur leurs cotisations et primes dépendra notamment de l'évolution globale du volume des ventes et, en son sein, de la portée de la substitution des offres sans reste à charge et à « reste à charge maîtrisé » aux offres plus coûteuses qu'elles prennent en charge.

<sup>342</sup> Correspondant à l'écart entre les prix limite de vente des équipements (verres et montures) et, en leur sein, celui des montures, uniformément fixé à 30 €.

## A - Un enjeu de santé publique à mieux reconnaître

Bien qu'ils affectent une majorité de nos concitoyens, les troubles et pathologies de la vue sont insuffisamment reconnus en tant qu'enjeu de santé publique. Renforcer la prévention et créer les conditions d'une qualité et d'une sécurité accrues des soins, en ville comme en établissement de santé, contribueraient à remédier à ce constat paradoxal.

### 1 - Renforcer la prévention

À l'instar d'autres pathologies<sup>343</sup>, aucune enquête portant spécifiquement sur la santé visuelle n'est conduite en France. Les données disponibles sur l'origine et la fréquence des troubles visuels dans la population française sont intermittentes et parcellaires. Elles résultent d'enquêtes déclaratives essentiellement orientées vers le handicap<sup>344</sup>. Selon ces enquêtes, en 2014, 78,5 % des femmes et 68 % des hommes déclaraient être concernés par un trouble de la vision et 32 % des élèves de CM2 étaient porteurs d'un dispositif de correction de la vue.

Les troubles de la vue donnent lieu à des actions limitées de prévention et de dépistage. Les dépistages organisés visent essentiellement les nourrissons et les jeunes enfants, notamment dans le cadre scolaire à 6 ans et à 12 ans<sup>345</sup>. Depuis le début des années 2000, le ministère chargé de la santé a soutenu une seule fois, en 2009, la diffusion auprès de l'ensemble des professionnels de santé d'un outil de formation sur le repérage des troubles visuels chez les enfants. Des actions purement ponctuelles de sensibilisation visent par ailleurs les personnes âgées, sans toutefois cibler les populations les plus dépendantes qui résident en établissements d'hébergement spécialisé. S'agissant de la population adulte, seul le dépistage de la rétinopathie diabétique fait l'objet d'actions spécifiques, mais variables selon les régions en fonction des financements attribués par les ARS dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR).

---

<sup>343</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VI Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245-286, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>344</sup> Les données sont essentiellement disponibles par les résultats de l'enquête « handicap santé » réalisée en 2014 par l'Insee et la DREES et de l'enquête « santé et population » réalisée par l'IRDES en 2017.

<sup>345</sup> En application de l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

L'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes du 19 avril 2017 prévoit plusieurs expérimentations, à ce stade non mises en œuvre, visant à renforcer les actions de dépistage et de prévention, en particulier à destination des enfants<sup>346</sup>.

Les déficiences visuelles et leurs complications sont souvent évitables lorsqu'elles sont dépistées à un stade précoce. Leurs incidences sur l'autonomie et la vie quotidienne comme professionnelle des individus justifieraient que le ministère chargé de la santé réalise des campagnes périodiques de dépistages individuels, de sensibilisation et de promotion de la santé visuelle tout au long de la vie. Il devrait notamment renforcer les actions de dépistage en direction des personnes âgées dépendantes et des enfants de moins de six ans afin de corriger les troubles de la vue tels que l'amblyopie<sup>347</sup>, dont les incidences sur l'apprentissage et le parcours scolaires sont démontrées quand ils ne sont pas traités dès le plus jeune âge.

## **2 - Garantir la qualité et la sécurité des soins visuels**

Le programme national d'amélioration de la pertinence des soins mis en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) et par l'assurance maladie à la demande du ministère chargé de la santé ne comporte que peu d'orientations relatives à l'ophtalmologie. Seul le taux de chirurgie ambulatoire dans le traitement de la cataracte fait l'objet d'un suivi précis.

En matière de soins visuels, peu de recommandations de bonnes pratiques et de référentiels actualisés ont été établis par la HAS. Les dispositifs médicaux tels que les implants, les prothèses et les lentilles ainsi que les lasers donnent lieu à des évaluations ponctuelles, dont le renouvellement est souvent tardif au regard des innovations. En tout état de cause, les évaluations médico-économiques des équipements d'optique et de leurs traitements seraient à développer.

---

<sup>346</sup> Dépistage individuel des troubles visuels en maison de santé pluri-professionnelle pour les adultes et les enfants, dépistage collectif en période scolaire pour les enfants des zones d'éducation prioritaire et suivi d'enfants handicapés à l'école.

<sup>347</sup> L'amblyopie est une différence d'acuité visuelle entre les deux yeux, qui ne peut être expliquée (ou n'est que partiellement expliquée) par une lésion organique. Elle a pour principale forme le strabisme.

Depuis juillet 2016, le dispositif d'accréditation<sup>348</sup> des médecins organisé par la HAS afin d'améliorer les pratiques et la qualité des soins conformément à des référentiels de pratiques professionnelles n'est plus mis en œuvre en ophtalmologie, l'agrément ayant été retiré à l'organisme chargé de le gérer. À ce jour, aucun autre organisme ne s'est porté candidat. L'ophtalmologie devrait figurer au nombre des spécialités retenues pour expérimenter un autre dispositif, en cours de définition : la confirmation ou « recertification »<sup>349</sup> périodique des compétences en fonction des pratiques et du respect des obligations de formation professionnelle continue.

Enfin, l'activité d'ophtalmologie en établissement de santé, y compris chirurgicale, n'est soumise ni à une autorisation particulière de l'ARS, ni à des seuils d'activité. En 2016, près de 200 établissements sur les 856 qui en ont effectué ont pratiqué moins de 100 interventions chirurgicales. Cette absence d'encadrement est nuisible à la qualité et à la sécurité des prises en charge. Dans le cadre de la réforme en cours des autorisations sanitaires accordées aux établissements de santé, il est indispensable de définir rapidement des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes invasifs les plus courants.

## **B - Peser plus fortement sur les coûts**

Dans le contexte d'une offre inégalement répartie et peinant de plus en plus à répondre aux besoins, mais de dépenses et de revenus des professionnels en forte hausse, les pouvoirs publics doivent peser plus fortement sur les coûts liés aux consultations ophtalmologiques et aux équipements optiques pris en charge par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires. Il convient de surcroît de réduire les effets d'aubaine propres aux modalités de traitement de certaines pathologies.

---

<sup>348</sup> L'accréditation est une démarche volontaire de gestion des risques pour les médecins exerçant dans une spécialité ou activité à risque dans un établissement de santé. Ce dispositif est mis en œuvre depuis 2002 par la HAS en application de l'article L. 1414-3-2 du code de la santé publique en tant que contrepartie à la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des primes d'assurance en responsabilité civile.

<sup>349</sup> Cette recertification reposerait sur une évaluation régulière des professionnels de santé, fondée sur l'analyse de leur pratique d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et sur leur engagement à participer à des actions de formation continue.

## 1 - Maîtriser les dépassements d'honoraires

En 2017, le taux moyen de dépassement d'honoraires des ophtalmologues<sup>350</sup> atteignait 54,3 %, soit un niveau légèrement supérieur à celui des médecins pris dans leur ensemble (51,4 %<sup>351</sup>).

Confirmant de précédentes observations de la Cour<sup>352</sup>, l'impact du contrat d'accès aux soins instauré par la CNAM fin 2013 en vue de maîtriser les dépassements d'honoraires apparaît d'autant plus limité au cas particulier de l'ophtalmologie que le nombre d'adhérents est très faible. Ainsi, seuls 260 ophtalmologues avaient adhéré à ce dispositif fin 2016, soit 9,6 % des praticiens éligibles à ce dernier et 5,6 % des ophtalmologues conventionnés. Ils pratiquaient des dépassements moins élevés que les non-adhérents : en 2016, le montant moyen des dépassements par ophtalmologue adhérent, stable par rapport aux années précédentes, s'élevait ainsi à 90 000 €, contre près de 157 000 € pour les non-adhérents.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, en application de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). En contrepartie d'une prime valorisant son activité réalisée à tarif opposable, chaque médecin qui y adhère s'engage sur un taux moyen d'activité à tarif opposable<sup>353</sup> et sur un taux moyen de dépassement qui ne peut excéder 100 % (soit un peu moins du double du taux moyen pratiqué par la profession). En juin 2018, seuls 516 ophtalmologues avaient adhéré au nouveau dispositif, qui s'accompagne de l'ouverture de possibilités de dépassement d'honoraires pour les médecins de secteur 1, soit l'équivalent de 10 % des praticiens exerçant à titre libéral ou mixte. La CNAM ne dispose pas encore d'éléments d'appréciation sur son impact.

---

<sup>350</sup> En secteur 2 et 1 avec droit permanent à dépassement d'honoraires.

<sup>351</sup> Taux moyen de dépassement en 2015.

<sup>352</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>353</sup> Ce taux prend en compte les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, auxquels des dépassements ne peuvent être appliqués.

Parallèlement à ces dispositifs conventionnels aux effets limités, les pouvoirs publics ont plafonné les prises en charge de dépassements d'honoraires par les assurances complémentaires dans le cadre des contrats responsables<sup>354</sup>. Les dépassements des médecins non adhérents aux dispositifs conventionnels de maîtrise des dépassements ne peuvent ainsi être pris en charge que dans la double limite d'un taux de dépassement maximal de 100 % des tarifs opposables et de remboursements inférieurs d'au moins 20 % à ceux des adhérents aux dispositifs conventionnels.

À défaut d'une réduction significative, dans les cinq ans, du niveau des dépassements et d'une offre suffisamment étendue de soins visuels à tarif opposable ou maîtrisé dans l'ensemble des départements, une autre mesure devrait alors être envisagée : une adhésion obligatoire à l'OPTAM pour les ophtalmologues libéraux conventionnés qui souhaitent s'installer dans des zones géographiques caractérisées par des niveaux élevés de dépassement, comme la Cour l'a recommandé<sup>355</sup>.

## 2 - Abaisser le prix des équipements d'optique

Comme la Cour l'a montré en 2013<sup>356</sup> et comme le soulignent régulièrement les associations de patients et de consommateurs, le prix des équipements d'optique médicale en France dépasse celui observé dans de nombreux pays européens. Ainsi, le prix moyen d'une paire de lunettes progressives revenait en 2014 à 570 € en France contre 280 € au Royaume-Uni (voir encadré *supra*).

Bien que le reste à charge des ménages ait diminué ces dernières années pour s'élever à 21,5 % en 2016, la plupart des recommandations formulées par la Cour en 2013 pour améliorer le fonctionnement du marché de l'optique, opaque et insuffisamment concurrentiel, restent d'actualité.

---

<sup>354</sup> Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

<sup>355</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>356</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*, chapitre XIV La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393-420, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

Le développement des réseaux de soins en optique<sup>357</sup> - qui représentent en 2016 plus du tiers du marché total de l'optique et couvrent près de 70 % des bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire - a permis de réduire le reste à charge des ménages. Ces réseaux exercent en effet une pression à la baisse sur les prix des équipements, de l'ordre de 20 % en moyenne sur les verres correcteurs pour les adultes et de 10 % sur les montures, selon l'IGAS<sup>358</sup>. La différenciation du niveau des remboursements par les assurances maladie complémentaires ayant été autorisée en 2013, suivant une recommandation de la Cour, les ménages qui recourent à un opticien agréé peuvent bénéficier de remboursements plus élevés. De plus, les réseaux de soins encadrent les tarifs, harmonisent l'offre et facilitent le contrôle de la qualité des produits et des pratiques, ainsi que la lutte contre la fraude, par l'exercice de contrôles aux différentes étapes clés de la relation opticien-consommateur-assureur.

Afin de peser plus fortement sur le prix des dispositifs d'optique, la Cour avait recommandé de plafonner les dépenses prises en charge à ce titre par les contrats responsables des assurances maladie complémentaires. Le décret du 18 novembre 2014 précité a fixé de tels plafonds, mais à un niveau trop élevé. Ainsi, seuls 10 % des prix moyens les plus élevés des lunettes à verres simples ou complexes les dépassaient en 2014<sup>359</sup>.

Suivant la décision des pouvoirs publics, le déploiement d'offres sans reste à charge à compter de 2020 s'accompagnera, pour les autres offres, à prix libre de vente, d'un abaissement de 150 € à 100 € du plafond de prise en charge des montures et d'une réduction à due concurrence de celui des équipements d'optique (verres et monture) dans le cadre des contrats responsables. Cette mesure doit contribuer à modérer l'évolution des tarifs des assurances complémentaires.

---

<sup>357</sup> Les réseaux de soins sont constitués par un ou plusieurs organismes complémentaires qui, directement ou par l'intermédiaire d'une plateforme, concluent avec des professionnels ou des établissements de santé des conventions comportant des engagements relatifs aux tarifs des équipements (grille tarifaire et référencement de verres) et à la qualité de la relation avec les clients.

<sup>358</sup> Rapport IGAS n° 2016-107R, *Les réseaux de soins*, juin 2017.

<sup>359</sup> Selon le rapport annuel de 2016 de l'observatoire de l'optique, déjà cité.

La prise en charge des équipements d'optique par les assurances complémentaires devrait être plus nettement recentrée sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine. Ainsi, la fréquence<sup>360</sup> des renouvellements des équipements d'optique médicale pris en charge par les contrats responsables devrait être portée de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue.

Enfin, améliorer l'accessibilité financière à l'optique médicale et plus largement aux soins visuels impliquerait de généraliser le tiers payant pour les professionnels de la filière visuelle, y compris pour la part relevant des assurances maladie complémentaires, que le magasin d'optique soit ou non affilié à leurs réseaux. Elle nécessiterait aussi l'adoption par les pouvoirs publics de mesures contraignantes à même d'améliorer la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire afin de permettre aux assurés et à leurs employeurs (en tant que souscripteurs et financeurs des garanties de leurs salariés) de mieux orienter leurs choix.

### **3 - Lutter contre les effets d'aubaine propres aux modalités de traitement de certaines pathologies**

La montée en charge de l'ambulatoire dans les établissements de santé a réduit les temps de prise en charge et s'accompagne d'innovations dans les parcours de soins. Cependant, l'importance des volumes de séjours pour traitement de la cataracte et la progression rapide et continue des dépenses liées au traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ont créé des rentes de situation coûteuses et préjudiciables à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Deuxième cause d'hospitalisation après les accouchements et première intervention chirurgicale réalisée en établissement de santé, l'opération de la cataracte représentait, en 2016, 76,8 % des séjours hospitaliers d'ophtalmologie et, selon une fraction stable depuis 2010, 69 % des dépenses d'ophtalmologie en établissement, soit 715 M€ de dépenses d'assurance maladie. Les écarts significatifs qui demeurent entre les tarifs versés aux établissements publics et privés et le coût moyen de l'opération de la cataracte<sup>361</sup> constituent autant de pistes d'économies. Un

---

<sup>360</sup> Elle est aujourd'hui de deux ans dans le cas général, ramenée à un an pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue pour les adultes.

<sup>361</sup> De l'ordre de 300 € pour les établissements publics et de 100 € pour les établissements privés (*Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie*, CNAM, 2015).

alignement des tarifs sur les coûts de prise en charge des établissements les plus efficaces permettrait de les mobiliser.

L'utilisation massive des médicaments les plus coûteux dans le traitement de la DMLA exsudative (humide) pèse lourdement sur les dépenses d'assurance maladie<sup>362</sup>. En 2016, les dépenses ont atteint 583 M€ à ce titre. Jusqu'en 2015, seules deux molécules disposaient d'une autorisation d'utilisation et de remboursement. La publication en 2015 d'une recommandation temporaire d'utilisation pour une troisième molécule<sup>363</sup>, à un tarif fixé en 2016 à un niveau sept fois inférieur aux deux médicaments jusque-là autorisés<sup>364</sup>, n'a pas eu d'effet notable : seuls les établissements hospitaliers sont habilités à prescrire cette molécule, dont la préparation nécessite des moyens techniques et un environnement particulier, et les quantités concernées ont un caractère marginal.

Depuis lors, la commission de la transparence de la HAS s'est prononcée en octobre 2017 sur le recours possible en première intention aux trois molécules pour le traitement de la DMLA humide. De plus, la Cour de justice de l'Union européenne<sup>365</sup> a jugé contraire au droit européen l'entente en Italie entre deux entreprises pharmaceutiques visant à réduire l'utilisation de la molécule la moins onéreuse dans le traitement de la DMLA par la diffusion d'informations trompeuses sur les effets indésirables de sa prescription. Enfin, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a renouvelé à l'identique, en septembre 2018, la recommandation temporaire d'utilisation de la molécule la moins onéreuse.

Ce contexte doit inciter les pouvoirs publics à engager rapidement une action volontariste de forte révision à la baisse des prix de l'ensemble des molécules de cette classe thérapeutique, ainsi que de diffusion de la molécule la moins onéreuse, préparée en établissement hospitalier, aux patients habituellement pris en charge en ville. Environ 500 M€ d'économies annuelles pourraient être réalisées à ce titre.

---

<sup>362</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>363</sup> Il s'agit du Bevacizumab (Avastin®) de Roche.

<sup>364</sup> Il s'agit du Ranibizumab (Lucentis®) de Novartis et d'Aflibercept (Eylea®) de Bayer.

<sup>365</sup> Arrêt dans l'affaire C-179/16 F. Hoffmann-La Roche Ltd e.a./Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, 23 janvier 2018.

Par ailleurs, les établissements ayant une activité de chirurgie en ophtalmologie fixent librement les prix des interventions par laser, lesquelles ne sont pas inscrites à la classification commune des actes médicaux (CCAM), à caractère tarifaire. Le reste à charge pour les patients peut représenter plusieurs milliers d'euros, ce qui accentue les inégalités d'accès aux innovations technologiques. À tout le moins, l'instauration d'un régime de déclaration de ces équipements permettrait aux ARS de suivre les investissements correspondants et l'évolution du recours à ces techniques à des fins d'évaluation médico-économique.

Enfin, l'inflation du nombre d'actes par patient, notamment techniques, observée en ophtalmologie justifierait une extension du périmètre des contrôles effectués par l'assurance maladie.

#### **Des contrôles défectueux de l'assurance maladie**

Les contrôles effectués par l'assurance maladie, en ville et en établissement, apparaissent gravement insuffisants et sans effet dissuasif sur la commission d'irrégularités ou d'abus.

Depuis mars 2011, c'est seulement pour 35 ophtalmologues libéraux que la CNAM, au regard des critères restrictifs de sélection des contrôles qu'elle a posés, a décelé une « hyperactivité » suspecte dans le cadre d'un programme national de contrôle. L'assurance maladie a analysé l'activité de 27 praticiens (soit cinq par an en moyenne). Au regard de l'émission de factures injustifiées par 21 praticiens (soit un préjudice de 0,5 M€ au détriment de l'assurance maladie donnant lieu à la constatation de créances d'indus), elle a uniquement appliqué trois pénalités administratives (pour un montant agrégé de 43 200 €).

S'agissant des dépassements d'honoraires, seuls sept praticiens ont été contrôlés en 2017 dans le cadre d'un programme national de contrôle. Pour des dépassements allant de 160 % à 470 % du tarif opposable, ils ont reçu un simple courrier d'information les invitant à modifier leur pratique.

Dans les établissements de santé, les contrôles effectués par l'assurance maladie sur le codage de l'activité à l'origine de ses concours financiers ne ciblent pas spécifiquement des pathologies ou des spécialités. Dès lors, les soins visuels n'ont jamais fait l'objet d'un programme de contrôle particulier.

## C - Transformer l'organisation des prises en charge

Outre les mesures destinées à réduire les coûts excessifs supportés par l'assurance maladie et les assurés, rendre les soins visuels plus accessibles à l'ensemble de la population nécessite une action résolue visant à mieux réguler les flux de formation et l'installation des professionnels de la filière visuelle et à élargir le champ des compétences reconnues aux professionnels de santé autres que les ophtalmologues.

### 1 - Mieux réguler les flux de formation et d'installation

Les difficultés d'accès aux soins visuels et leur aggravation prévisible dans les prochaines années résultent notamment des décisions de réduction du *numerus clausus* et du nombre de places à l'internat d'ophtalmologie adoptées par les pouvoirs publics de la fin des années 1980 à 2010, alors que les ophtalmologues sont demeurés le pivot du recours aux soins visuels et ont conservé une totale liberté d'installation.

Comme la Cour l'a souligné<sup>366</sup>, ces décisions ont été adoptées dans une logique malthusienne de court terme, sans analyse des besoins à venir de la population ou du système de santé. L'absence d'anticipation par le ministère chargé de la santé des incidences du vieillissement des ophtalmologues en exercice et la création de postes dans de nouvelles spécialités ont ainsi entraîné une diminution des places ouvertes à l'internat, puis aux épreuves nationales classantes en ophtalmologie.

Facteur aggravant, le nombre de places aux épreuves classantes en ophtalmologie et les quotas en orthoptie restent définis indépendamment les uns des autres et de la généralisation souhaitable de la réalisation par les orthoptistes des examens nécessaires aux consultations effectuées par les ophtalmologues (« travail aidé »).

Par ailleurs, les mesures visant à améliorer la répartition territoriale des professionnels de la filière visuelle se sont avérées insuffisantes. Censée atténuer les inégalités territoriales, la détermination à l'échelle régionale des places aux épreuves classantes en ophtalmologie se heurte à des difficultés non seulement d'évaluation des besoins de la population,

---

<sup>366</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

mais aussi de détermination de stages de qualité dans des établissements publics, faute de praticiens exerçant dans cette spécialité.

La régulation des flux de formation et d'installation devrait reposer sur des projections démographiques actualisées et territorialisées et sur une analyse fine des besoins en soins visuels de la population, qui font aujourd'hui défaut. Elle devrait par ailleurs s'inscrire dans une approche transversale et dynamique de la filière visuelle, dépassant le clivage ville-hôpital et prenant en compte l'évolution, désormais indispensable, des compétences respectives de ses différentes professions.

## **2 - Élargir l'offre de soins de premier recours en redéfinissant les compétences des différents acteurs**

À ce jour, les risques pour la santé visuelle induits par la répartition territoriale et les évolutions de la démographie des ophtalmologues n'ont pas conduit les pouvoirs publics à s'inspirer des exemples étrangers qui privilégient l'intervention d'auxiliaires médicaux en premier recours. À la différence du Royaume-Uni, la filière visuelle reste structurée en France autour d'un médecin spécialiste, l'ophtalmologue, pivot de la prise en charge, accessible en première intention, qui s'appuie sur deux autres professions, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers.

### **Des organisations différentes au Royaume-Uni et en Allemagne**

Le rôle, le cadre réglementaire et la formation des professionnels de la filière visuelle diffèrent entre la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Les ophtalmologues disposent tous d'une formation universitaire longue et complète (9 années au Royaume-Uni, 11 années en France et en Allemagne), mais ont en revanche des fonctions variables.

Si l'ophtalmologue est en France le principal acteur des soins primaires, le Royaume-Uni accorde une place centrale aux optométristes, qui réalisent l'essentiel des examens de la vue<sup>367</sup>, tandis que les

---

<sup>367</sup> Formés (au niveau licence) pour identifier et traiter des anomalies oculaires et certaines maladies ophtalmiques, les optométristes assurent un service oculaire et visuel complet. Ils peuvent prescrire et ajuster des lunettes, des lentilles de contact et des aides à la vision, ainsi que des exercices, une thérapie et, s'ils sont formés, des médicaments pour certaines maladies. En revanche, ils ne peuvent pas pratiquer d'acte chirurgical et adressent à un ophtalmologue les patients connaissant une situation complexe.

ophtalmologues interviennent uniquement dans les cas complexes. En Allemagne, le système est mixte et les interventions des deux types de professionnels fournissent l'essentiel de l'offre de soins primaires.

En France et en Allemagne, la profession d'optométriste n'est pas reconnue en tant que telle. Ainsi, elle ne figure pas parmi les professions de santé définies par le code de la santé publique français. En France, la plupart des optométristes, qui seraient au nombre de 3 000, sont opticiens-lunetiers.

Les opticiens-lunetiers ont des formations et des fonctions similaires en France et en Allemagne ; ils peuvent néanmoins poursuivre leur formation initiale pour devenir optométriste<sup>368</sup>. Au Royaume-Uni, les opticiens-lunetiers ont une formation identique à celle des optométristes.

Afin de prévenir une dégradation encore plus profonde de l'accès aux soins visuels sous l'effet de la démographie des ophtalmologues, les bilans visuels et les consultations simples de premier recours<sup>369</sup> devraient également être confiés aux orthoptistes, qu'ils exercent dans un cabinet d'ophtalmologue en tant que salarié ou dans leur propre cabinet en libéral. Cette extension du champ de compétences des orthoptistes serait réservée à ceux qui entreprendraient une formation complémentaire de niveau master, conformément à la définition des pratiques avancées<sup>370</sup>.

Pour sa part, le rôle des opticiens-lunetiers devrait être élargi à la prescription en première intention des équipements d'optique médicale, sous réserve d'une formation complémentaire de niveau master leur permettant d'acquérir des compétences en optométrie et en diagnostic clinique des troubles de la réfraction. Afin de prévenir des conflits d'intérêt, un patient ne pourrait acquérir un équipement d'optique dans le point de vente où il lui a été prescrit. Cette extension du champ de compétence des opticiens-lunetiers justifierait une réingénierie globale de leur formation initiale, voire son attribution à l'université<sup>371</sup>.

<sup>368</sup> À l'issue de leur BTS (bac +2), certains opticiens-lunetiers suivent des formations complémentaires, de niveau master (bac +5), pour devenir optométristes.

<sup>369</sup> Selon l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, les soins de premier recours comprennent notamment la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ainsi que l'éducation pour la santé.

<sup>370</sup> La durée de la formation des orthoptistes en pratiques avancées serait ainsi portée de bac +3 à bac +5.

<sup>371</sup> La formation initiale des opticiens-lunetiers repose actuellement sur un BTS, à bac +2. Elle serait portée à bac +5 pour ceux en pratiques avancées.

Enfin, des formations complémentaires, notamment dans le domaine clinique, seraient proposées à titre transitoire aux optométristes en activité<sup>372</sup> afin de leur permettre, dans des conditions juridiques sécurisées, de prendre en charge des troubles de la réfraction dans les mêmes conditions que ceux des opticiens-lunetiers dont la formation serait approfondie. Cette évolution ne conduirait pas à reconnaître la profession d'optométriste dans le code de la santé publique, mais à intégrer les optométristes ayant approfondi leur formation à l'étage de la profession d'opticien-lunetier correspondant au plus haut niveau de formation.

L'argument avancé à l'encontre d'une nouvelle extension du champ d'intervention des orthoptistes et des opticiens-lunetiers en premier recours, dans le cadre des pratiques avancées autorisées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, est que les consultations pour les troubles de la réfraction permettent également de dépister des pathologies de la vue. Toutefois, la préservation du rôle central de l'ophtalmologue pour la prise en charge de l'ensemble des soins visuels, quelle que soit la complexité de la situation des patients, n'apparaît pas compatible avec les retards de prise en charge d'ores et déjà constatés pour une partie d'entre eux, ni, *a fortiori*, avec la chute prévisible des effectifs d'ophtalmologues et, plus encore, du temps médical qu'ils pourront consacrer à chaque patient, au cours des quinze prochaines années.

En tout état de cause, ces extensions des champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers seraient limitées à la prise en charge de situations simples. En cas de présomption de situations excédant leur champ de compétences ainsi élargi, ils devraient obligatoirement adresser les patients concernés à un ophtalmologue.

Sous réserve d'une adaptation du contenu et de la durée des formations des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, du temps médical pourrait alors être libéré et l'intervention des ophtalmologues se réorienter vers des actes à plus forte valeur médicale, notamment les situations pathologiques et les interventions chirurgicales. La définition réglementaire des compétences reconnues aux orthoptistes et aux opticiens-lunetiers ainsi que la nomenclature et la cotation des actes correspondants devraient être adaptées en conséquence.

---

<sup>372</sup> Qui sont dotés d'une formation de niveau bac +5.

### **3 - Créer des filières de prise en charge graduée des soins visuels reliant la ville et l'hôpital**

Alors qu'il s'en est jusqu'à présent abstenu, le ministère chargé de la santé devrait fixer des orientations et mettre en place des instruments à même d'organiser l'offre de soins visuels en une filière liant les consultations de premier recours, les interventions chirurgicales courantes et les prises en charge plus spécialisées, afin de garantir l'accès à des consultations de premier niveau et à la chirurgie la plus courante, dans une logique d'accessibilité et de gradation des soins.

À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) devraient être dotées des leviers réglementaires - autorisation spécifique, seuils d'activité - qui leur font aujourd'hui défaut pour structurer l'offre en établissement de santé.

En outre, elles devraient favoriser l'émergence d'initiatives tendant à regrouper l'ensemble des professionnels de la filière visuelle, quel qu'en soit le statut, en particulier les ophtalmologues libéraux et les orthoptistes, autour de plateaux techniques de référence reconnus au niveau régional, en contrepartie de la mise en œuvre par les professionnels concernés de tarifs maîtrisés et de consultations avancées.

Ces regroupements ne seraient pas inédits, mais s'inspireraient des initiatives de plusieurs centres hospitaliers, centres mutualistes et cabinets libéraux<sup>373</sup>. Mis en place en priorité dans les territoires où l'offre est la plus tendue, ils présenteraient plusieurs avantages.

Ils permettraient tout d'abord de répondre aux difficultés physiques d'accès aux soins visuels par la mise en œuvre de consultations avancées dans un périmètre géographique cohérent. Ces consultations seraient réalisées par des ophtalmologues ou par des orthoptistes, en recourant en tant que de besoin à des téléconsultations, ou par d'autres professionnels en fonction de l'offre médicale ou paramédicale disponible, sous réserve d'une formation adéquate. Se déroulant dans des structures partenaires - EHPAD, maisons de santé pluri-professionnelles, cabinets secondaires -, elles garantiraient l'accès à une offre de proximité et une meilleure prise en charge de populations à risques élevés. Par ailleurs, ces regroupements

---

<sup>373</sup> Consultations avancées dans des zones dépourvues d'offre libérale ou hospitalière en ophtalmologie (CHU de Rouen, qui organise des consultations par des orthoptistes, adossées à des téléconsultations d'ophtalmologues); partenariats permettant des consultations adossées à un plateau technique (CHU de Saint-Étienne en lien avec d'autres hôpitaux et un centre de santé mutualiste, 100 000 patients annuels).

de professionnels de la filière visuelle auraient vocation à participer à la permanence des soins et à la prise en charge des soins non programmés.

Les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières seraient atténuées, les consultations de premier recours étant réalisées au tarif opposable de l'assurance maladie en contrepartie de la mise en commun du plateau technique et des équipements.

Enfin, la taille critique des regroupements en termes de nombre de professionnels, de patientèle et d'équipement faciliterait la mise en œuvre du partage des actes et de protocoles organisationnels à même de dégager du temps médical et de recentrer l'activité des ophtalmologues sur des activités à plus forte valeur médicale - comme la chirurgie, permise par la présence d'un plateau technique -, tout en permettant de répondre aux objectifs de qualité et de sécurité des soins.

Les ARS pourraient favoriser la constitution de ces regroupements par la voie d'appels à projet dans le cadre du projet régional de santé et le cas échéant des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT)<sup>374</sup>, lorsqu'une offre en ophtalmologie existe dans les établissements publics de santé concernés.

---

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*Les actions de promotion de la santé et de prévention des troubles de la vue mises en œuvre par les pouvoirs publics et par l'assurance maladie demeurent insuffisantes. Faute d'enquêtes épidémiologiques régulières, l'état de la santé visuelle de la population reste imparfaitement connu, ce qui prive les pouvoirs publics des éléments d'appréciation nécessaires à une action plus efficace de leur part. La place des considérations de santé publique dans l'organisation des soins apparaît elle-même réduite au regard de la faiblesse des normes réglementaires et de la rareté des recommandations et évaluations professionnelles visant à favoriser la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles.*

*Si la substitution croissante des prises en charge ambulatoires à des hospitalisations conventionnelles a contenu les dépenses en établissement de santé, les dépenses de soins de ville sont en forte augmentation, sous l'effet notamment de la hausse du nombre d'actes techniques des ophtalmologues, dont la nomenclature n'a pas été révisée pour prendre en compte les gains de productivité permis par les évolutions techniques et organisationnelles et des dépassements d'honoraires pratiqués par ceux, majoritaires, installés en*

---

<sup>374</sup> Alors que seuls 6 % des projets médicaux partagés élaborés par les GHT en 2017 abordaient les soins visuels.

secteur 2. Par ailleurs, les coûts de traitement médicamenteux de certaines pathologies, comme la DMLA, sont excessifs au regard des alternatives disponibles, à bénéfice égal pour le patient.

*La hausse des dépenses ne s'accompagne pas d'une amélioration de l'accès aux soins visuels. Au contraire, les inégalités d'accès s'accroissent dans le contexte de la liberté d'installation des ophtalmologues. Dans de nombreux territoires, l'offre ophtalmologique est notoirement insuffisante. Dans d'autres, les pratiques de dépassements d'honoraires affectent l'accès aux soins. Malgré un récent repli, sous l'effet du plafonnement des prises en charge par les assurances complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables bénéficiant d'aides fiscales et sociales, les niveaux moyens de dépassements d'honoraires continuent à s'inscrire à un niveau élevé.*

*Conséquence d'une mauvaise anticipation par les pouvoirs publics de l'évolution de la démographie de cette profession, l'insuffisance du nombre de places à l'internat d'ophtalmologie de la fin des années 1980 à 2010 va entraîner une réduction de l'ordre de 20 % de la densité moyenne des ophtalmologues d'ici à 2030. Le temps médical effectivement disponible par patient connaîtra une chute encore plus prononcée sous l'effet de l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population et à une prévention insuffisante des troubles de la vue.*

*Au regard de ces perspectives, les mesures graduelles adoptées par les pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000 pour faire participer les autres professionnels de santé de la filière visuelle - orthoptistes et opticiens-lunetiers - au diagnostic et à la prescription des équipements d'optique apparaissent insuffisantes pour prévenir un important allongement des délais d'attente à une consultation, y compris dans des territoires aujourd'hui exempts de délais excessifs.*

*Afin d'améliorer l'accès aux soins visuels, les pouvoirs publics se sont engagés à proposer à partir de 2020 des offres de matériels optiques comportant un reste à charge nul pour les patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Cependant, le niveau du reste à charge sur les équipements optiques n'est pas le seul, ni même le principal obstacle à l'accès aux soins. Alors que la démographie des ophtalmologues va chuter dans les années à venir, une modification de la répartition des compétences entre les différents acteurs de la filière visuelle s'impose pour accroître l'offre de premier recours et prévenir des retards croissants de prise en charge pour les patients. Par ailleurs, les équipements d'optique pris en charge par les contrats responsables des assurances complémentaires devraient être mieux ciblés en fonction des besoins effectifs de santé.*

*La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :*

19. *élargir l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu ;*

20. *recentrer la prise en charge des renouvellements d'équipements d'optique par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire sur les besoins médicaux qui en sont à l'origine, en en portant la périodicité de 24 mois à 36 mois dans le cas général, à moins d'une dégradation constatée de la vue ;*

21. *conditionner les installations des ophtalmologues en exercice libéral, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de dépassement d'honoraire, à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée de l'assurance maladie (OPTAM) ;*

22. *structurer une offre de soins graduée au niveau territorial, en soutenant financièrement des regroupements de l'ensemble des professionnels de la filière visuelle autour de plateaux techniques de référence, dans des centres spécialisés en soins visuels ;*

23. *réviser la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de répercuter dans les tarifs des actes de soins visuels les gains de productivité permis par les récentes innovations organisationnelles et technologiques propres à ce domaine ;*

24. *réviser fortement à la baisse les prix des médicaments utilisés pour le traitement de la DMLA humide et mettre en œuvre des modalités de distribution aux patients habituellement pris en charge en ville de la molécule la moins onéreuse préparée en établissement hospitalier ;*

25. *améliorer la santé visuelle en engageant des actions de promotion de la santé et de prévention, en priorité en direction des enfants de moins de six ans et des personnes âgées fragiles et en conduisant régulièrement des enquêtes épidémiologiques territorialisées ;*

26. *assurer la qualité et la sécurité des soins en établissant des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels à l'attention des professionnels concernés et en fixant des seuils d'activité par établissement ou par ophtalmologue pour les gestes les plus invasifs.*

---