



L'opticien en mobilité comme remède aux déserts médicaux et au renoncement aux soins visuels

Pour assurer notre fonctionnement et nos publications, nous développons des partenariats avec des organismes issus d'un éventail très large de secteurs. Ils nous soutiennent afin de faire vivre un débat d'idées dynamique, si nécessaire à notre pays.

La présente étude a été réalisée en partenariat avec l'association ROAD. L'objectif était d'évaluer la pertinence et l'impact de l'action des opticiens en mobilité dans l'amélioration de l'accès aux soins optiques en France.

Les équipes et les experts de l'IS ont joui d'une totale indépendance dans la poursuite de ce travail, et dans la rédaction des conclusions de cette étude. Ses résultats finaux n'engagent que ses auteurs.

Table des matières

A propos de l’Institut Sapiens	2
Introduction	3
I) La téléexpertise au service de l’optique	8
a) La téléconsultation en optique n’est pas une solution miracle	8
b) La téléexpertise comme outil efficace pour améliorer la santé visuelle	12
II) La délégation de tâches, un impératif pour l’avenir de l’optique	18
a) L’avenir de l’optique ne passera pas uniquement par les ophtalmologistes	18
b) La délégation de tâches en optique, une ambition à parfaire	22
III) Le modèle économique, un atout à prendre en charge	27
a) Une transformation du modèle économique du secteur de l’optique	27
b) La réduction des dépenses liées aux pathologies évitables grâce à la prévention	30
Conclusion	33
Annexes	35

A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un *think tank* (laboratoire d'idées) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **dix observatoires thématiques** : développement durable ; agriculture ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale ; droit social ; immobilier.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr





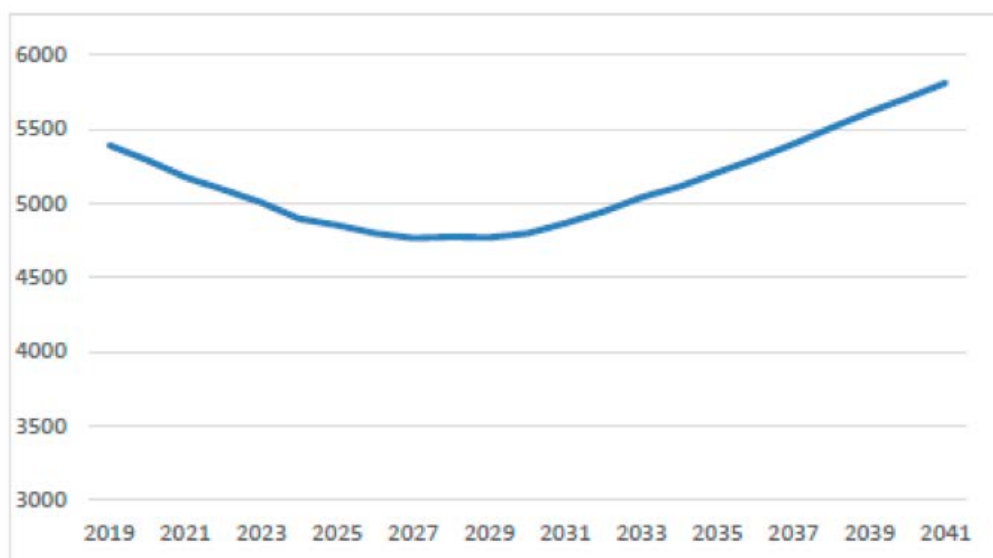
Introduction

La question des déserts médicaux ne cesse de prendre de l'ampleur dans le débat public. Signe d'une pénurie importante du nombre de médecins provoquée par des années de restriction sur les places disponibles en formation, cet obstacle à l'accès aux soins matérialise les difficultés démographiques et économiques de notre système de santé, qui semble de plus en plus éloigné des performances qu'on voulait lui prêter. Symptôme d'un affaiblissement généralisé, la désertification médicale connue aujourd'hui n'est pas près de s'inverser, et nous oblige à changer de logiciel en la matière.

Parmi les soins les moins accessibles aux patients, la santé visuelle figure malheureusement en bonne place. Dans notre précédente note sur le sujet¹, nous avons relevé que la mauvaise dynamique démographique des ophtalmologistes, ainsi que leur inégale répartition sur le territoire, étaient à l'origine d'importants délais d'attente provoquant un inquiétant renoncement aux soins.

¹ Un opticien qui se déplace comme solution au renoncement des soins, Institut Sapiens, janvier 2023

Graphique 1 – Scénario tendanciel d'évolution du nombre d'ophtalmologistes de moins de 70 ans²



Source : DREES présentation mission

Selon la DREES, il faut ainsi attendre en moyenne 80 jours (et 189 jours dans 10% des cas³) pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologiste (soit 19 jours de plus que pour un rendez-vous en dermatologie et 30 jours de plus qu'en cardiologie), à cause du manque de professionnels disponibles. Une estimation des délais remise en cause par Thierry Bour⁴ qui estime que le temps d'attente médian serait de nos jours de 30 jours (41 jours en moyenne) suivant une thèse récente réalisée en 2022⁵. Quel que soit le mode d'évaluation prise en compte, force est de constater que ces délais ne prennent en compte que les patients en capacité de se déplacer chez l'ophtalmologiste (ou n'ayant pas cédé au fatalisme les poussant à ne même plus tenter de prendre un rendez-vous). A noter que l'une des conséquences principales de cette attente engendre un phénomène de, renoncement aux soins, représentant un quart du total, contre 31% pour la médecine généraliste et 28% pour les prothèses dentaires.

Un constat qui selon Thierry Bour, « pourrait s'améliorer dans les prochaines années. En 2021 nous avons observé un pic de cessation d'activité à 291, mu notamment par la crise du COVID qui a poussé des praticiens de moins de 60 ans à prendre leur retraite anticipée. Ce phénomène ponctuel estompé, et grâce à des entrées sur le

2 Source : DREES

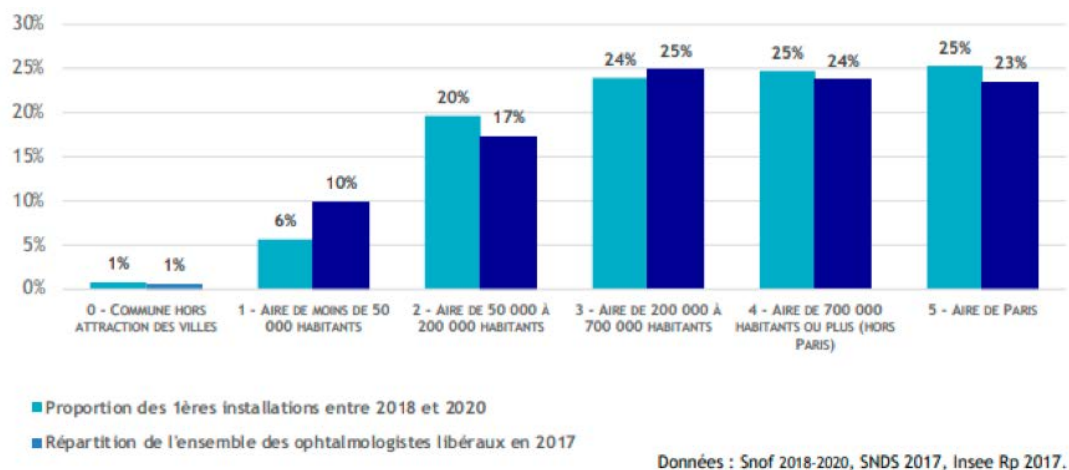
3 DREES, Études et Résultats, n° 1085, octobre 2018.

4 Président du SNOF (syndicat national des Ophtalmologistes de France, 1er syndicat de la profession – auditionné le 3 avril 2023

5 Thèse réalisée par S. Coisne, en février 2022

marché supérieures au nombre de départs, nous anticipons une augmentation des effectifs de 5% d'ici à 2030 et d'ici 2035 nous pourrions atteindre le seuil de 7000 professionnels en exercice ». Il ajoute que « les perspectives tracées par la DREES ne correspondent pas selon nous à la réalité démographique. Je rappelle qu'en 2002, elles avaient anticipé que nous ne serions que 3000 en 2025, or nous comptons aujourd'hui plus de 5800 professionnels en exercice. ». Il complète en précisant que « la pratique des spécialistes de plus de 70 ans doit aussi être prise en considération puisqu'ils ont une file active assez proche des autres médecins ». Une dynamique à saluer, mais qui risque de ne pas être suffisante en termes de volume, lorsque l'on évalue les besoins à venir en soins optiques.

Graphique 2 – Répartition des premières installations des ophtalmologistes en libéral, selon le zonage en aires d'attraction des villes (SNOF, 2020) ⁶



A cela s'ajoute des préférences d'installation qui restent prioritairement tournées vers les grandes métropoles, ne pouvant ainsi construire une réponse parfaite à la demande de soin dans les zones rurales (seuls 6% des premières installations entre 2018 et 2020 se sont faites dans des aires de moins de 50.000 habitants). Des préférences d'installation en contradiction avec le souhait des patients qui, pour près des ¾, désirent pouvoir se rendre chez l'ophtalmologiste en 30 minutes maximum⁷ « Une amélioration sur laquelle s'engage le SNOF dans les prochaines années » avance Thierry Bour.

⁶ Source du graphique : https://www.snof.org/sites/default/files/Pr%C3%A9sentation%20SNOF_Conf%C3%A9rence%20du%202805-2.pdf

⁷ Etude « Les Français et leur ophtalmologiste pour la santé visuelle », SNOF x IPSOS, Avril 2023

Malgré cette situation et le fait que « 80% des informations passent par la vue »⁸, la santé visuelle ne constitue pas une priorité en matière de politique publique. La seule tentative d'amélioration du secteur ne s'était concentrée que sur la tarification des équipements optiques à travers le 100% santé, et non sur les moyens d'accès. **Une situation qui nous incite à penser qu'il est devenu un parent pauvre de la médecine, alors qu'il conditionne le bien-être des personnes et leur maintien en autonomie.** « Le programme ICOPE⁹, porté par l'OMS pour prévenir au mieux la dépendance des personnes âgées, met l'accent sur le rôle de la santé visuelle comme premier signe d'alerte pour les seniors, à surveiller et à traiter pour éviter le déclin physique et cognitif » rappelle Lucas Martel¹⁰.

Pire, ces dysfonctionnements génèrent d'importants coûts cachés, que nous avons estimés à 30 milliards d'euros par an pour l'économie française, en perte en productivité d'une part (18 milliards d'euros) et en augmentation du nombre de troubles cognitifs provoqués par une mauvaise vue¹¹ (12 milliards d'euros) d'autre part. Face à cette situation qui ne risque aucunement de s'inverser vu les dynamiques démographiques contraires des professionnels et des patients, un changement de voie est indispensable.

A l'avenir, face à des besoins en santé visuelle croissants et sous l'effet d'une offre restreinte, l'augmentation de la surface potentielle des moyens d'accès aux soins, en élargissant le nombre de professionnels pouvant répondre à la demande, nous apparaît comme la meilleure réponse possible **Ainsi, deux solutions complémentaires s'affirment comme des recours, la première permise notamment grâce aux innovations technologiques, la téléexpertise, et la seconde grâce à une innovation organisationnelle, la délégation de tâches.** La philosophie derrière ces procédés est la même : en l'absence de spécialistes en nombre suffisant et non mobiles, il convient de déléguer auprès d'un professionnel compétent pour parvenir à réintégrer le plus de patients possibles dans le parcours de soins, au contact des spécialistes, tout en les soulageant d'une partie de leur tâche à faible valeur ajoutée. Changer les procédés et les acteurs représente une révolution culturelle importante, qui n'est pas encore plébiscitée par tous les spécialistes. Néanmoins, c'est à cette condition que nous parviendrons à répondre aux impératifs en matière de soins visuels et notamment auprès des publics les plus fragiles (Grand Age et handicap).

8 « Comment voyons-nous ? » S. Chkron et C. Marendaz, édition Le Pommier - 2010

9 <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

10 Responsable grands comptes, en charge des partenariats au sein d'une enseigne d'optique en mobilité- auditionné le 30 novembre 2022

11 Rogers, M.A.M., & Langa, K.M. (2010). Untreated poor vision: A contributing factor for late-life dementia. *American Journal of Epidemiology*, 171, 728-735.

A travers cette note, nous apportons une réflexion sur l'avenir de la filière optique, en montrant comment l'élargissement de la base de professionnels en santé visuelle, en s'appuyant sur les opticiens, constitue une réponse à la désertification médicale. Nous présenterons ainsi dans un premier temps les ressorts de la téléexpertise et son intérêt pour les soins visuels, avant de discuter dans un deuxième temps de l'importance de la délégation de tâches, pour enfin avancer des pistes sur le financement de cette révolution de la filière visuelle dans un troisième temps.



I) La téléexpertise au service de la santé visuelle

Dans l'optique de poursuivre l'objectif de « mieux déléguer » le pouvoir des ophtalmologistes auprès d'autres professionnels de santé de la filière visuelle ou via de nouveaux procédés, il convient de discuter des intérêts de deux procédés en vogue, à savoir la téléconsultation et la téléexpertise.

a) La téléconsultation en optique n'est pas une solution miracle

La téléconsultation a connu un saut quantique durant la crise du COVID. A l'instar du télétravail, elle est devenue une pratique adoptée quotidiennement par les Français. Alors qu'il n'y avait que 80.000 téléconsultations en 2019, l'Assurance Maladie en a

dénombré près de 10 millions pour l'année 2021¹². Un procédé qui permet de répondre à l'inégale répartition géographique des professionnels de santé, notamment généralistes, en les faisant directement venir vers les patients grâce aux outils numériques. Une aubaine pour les 10 millions de Français vivant dans un territoire où l'accès aux soins est de quantité inférieure à la moyenne française, et pour les 80% des cantons qui ont vu leur densité médicale baisser depuis 2010¹³.

Si ce procédé fonctionne à merveille pour les soins de base, il est plus difficile à répliquer pour les soins visuels, et ce pour trois raisons.

Tout d'abord la téléconsultation peut représenter un frein pour les seniors. Premiers bénéficiaires des soins visuels, ils sont pourtant les plus rétifs à utiliser ces outils technologiques. L'INSEE estime que si 16,5% de la population française souffre d'illectronisme¹⁴, 67% des plus de 75 ans sont concernés par ce fléau. En sus, il s'agit de la population avec le plus grand besoin d'accompagnement et d'écoute. Une cible importante dans la lutte contre la perte d'autonomie et les désagréments qui en découlent, et qui n'est ainsi pas servie par la téléconsultation. Les personnes âgées plébiscitent ainsi majoritairement la relation humaine dans la santé¹⁵, car ils y voient une manière de répondre à leurs attentes en la matière. La faible part d'entre eux se montrant intéressée par la consultation à distance (9%)¹⁶ illustre bien leur préférence pour le contact physique.

12 Source : DREES

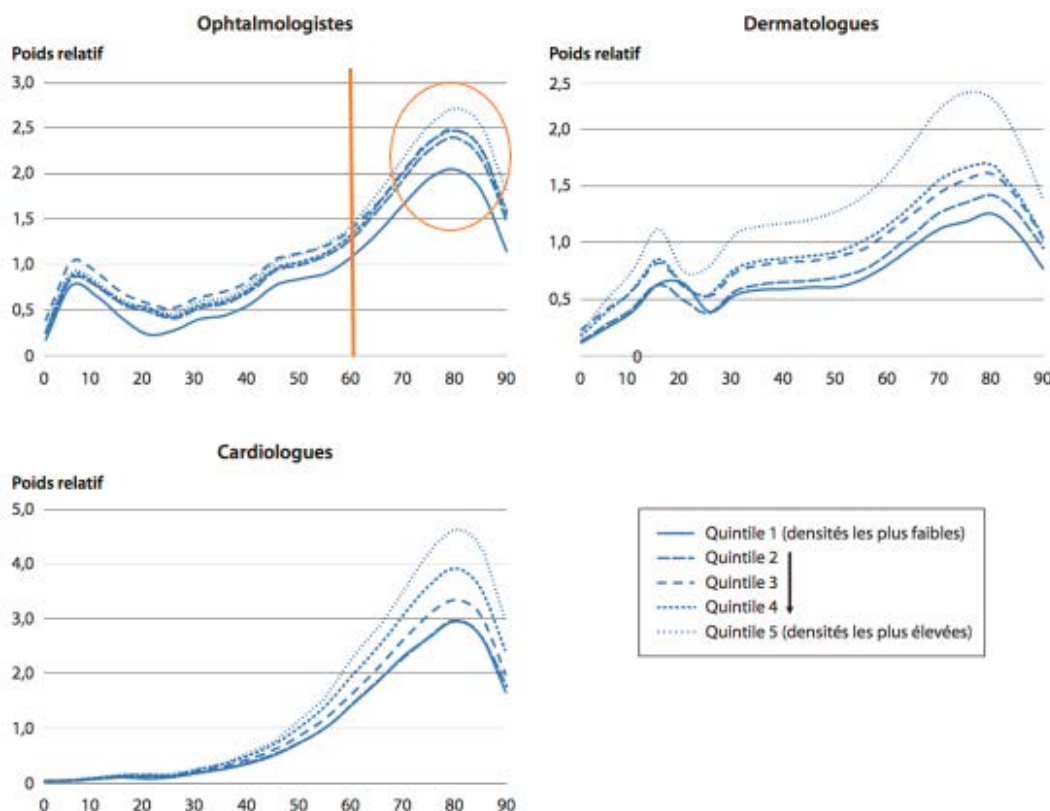
13 Accès aux soins en milieux ruraux : la bombe à retardement ? AMRF, septembre 2021 <https://fr.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>

14 Illectronisme = difficulté, voire l'incapacité, à utiliser les appareils numériques et les outils informatiques en raison d'un manque ou d'une absence totale de connaissances à propos de leur fonctionnement <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

15 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370022002683>

16 <https://www.frequenceoptic.fr/maher-kassab/teleconsultation-chez-les-opticiens-a-qui-ca-s-adresse-vraiment.html>

Graphique 3 – Variation de la consommation de soins selon l'âge et le niveau (quintiles) d'offres de soins (poids relatifs ¹⁷ ¹⁸)



La consommation de soins est beaucoup moins dispersée en ophtalmologie que dans d'autres spécialités. On observera la prévalence des besoins évoluant avec l'âge pour tous les types de profils, montrant ainsi une demande sensible à la démographie, spécifiquement en ophtalmologie, et illustrant les besoins importants à satisfaire pour une grande part de cette population, soit à partir de 60 ans.

Pour des raisons géographiques ensuite. Pour tenter de répondre à la demande croissante de soins visuels, et accompagner les personnes les moins connectées, de nombreux magasins ont tenté de développer des téléconsultations en ophtalmologie. Partant d'un bon sentiment mais d'un mauvais diagnostic, cette solution ne fait que reproduire les problèmes des déserts médicaux. En plaçant sur une localisation fixe le point de consultation, cette solution ne répond en rien à l'éloignement géographique et physique des patients. Une personne éloignée d'un opticien commerçant se retrouve ainsi tout autant privée de l'accès à un spécialiste comme celle en perte d'autonomie à domicile ou dans les établissements ou services social ou medico-social (ESMS).

¹⁷ Le poids appliqué correspond à la consommation (en nombre d'actes annuels par habitant) relative de chaque tranche d'âge et quintile de densité, comparativement à la moyenne annuelle.

¹⁸ Graphique issu du rapport « les résultats en France de la filière visuelle. Principaux indicateurs et comparaisons internationales – SNOF – mars 2023. Source des données : IRDES mai 2022

Capture d'écran montrant le service de téléconsultation proposé en magasin

Simple et rapide, cette solution inédite permet de consulter à distance et en vidéo un ophtalmologiste sans rendez-vous.



ACCÈS RAPIDE AUX SOINS SANS RDV



OPHTHALMOLOGISTES ET ORTHOPTISTES DIPLOMÉS



TARIFS CONVENTIONNÉS (pas de dépassement d'honoraires)



MATÉRIEL 100% CONNECTÉ



ESPACE CONFIDENTIEL DÉDIÉ DANS VOTRE MAGASIN

LES ÉTAPES DE VOTRE TÉLÉCONSULTATION

- 1 Inscription sur la borne**
Créez votre compte en présentant votre carte vitale.

- 2 Consultation en vidéo avec un orthoptiste**
Réalisez une consultation avec un orthoptiste grâce au matériel connecté.

- 3 Consultation en vidéo avec un ophtalmologiste**
Réalisez une consultation complémentaire avec un ophtalmologiste.

- 4 Remise du compte-rendu**
À la fin de votre consultation, récupérez votre compte-rendu. Vous pouvez bénéficier des conseils de nos opticiens, pour vous accompagner dans le choix de vos lunettes de vue, lunettes de soleil à la vue ou lentilles de contact.



Ce service est disponible depuis votre magasin :

La téléconsultation proposée directement en magasin peut même provoquer un important conflit d'intérêt. En faisant du vendeur un point de passage obligatoire pré et post téléconsultation, on introduit un biais nuisible aux mécanismes de concurrence et de libre choix, pouvant provoquer à la fois des pratiques commerciales déviantes, une hausse des tarifs et une captivité du patient concerné. Pouvoir scinder les deux activités sur deux instants temporellement différenciés demeure donc essentiel pour la vitalité et la crédibilité du secteur.

Enfin, si la téléconsultation est une chance pour de nombreuses personnes isolées d'avoir accès à un généraliste, elle ne représente pas la panacée pour les métiers où les effectifs sont contraints, ne faisant que reproduire le manque de disponibilité. C'est ainsi le cas en optique, où la densité de 8,2 ophtalmologistes pour 100.000 habitants (soit 5800 professionnels répartis sur le territoire, dont 3454 en libéral exclusif et 1314 en mixte libéral-hôpital¹⁹) est 18 fois moins importante à celle des médecins généralistes (149 pour 100.000 habitants²⁰). Une tension qui pousse 29%²¹ des cabinets libéraux à ne plus accepter de nouveaux patients tant ils sont contraints par leurs effectifs et leur patientèle. Ce qui se justifie

¹⁹ Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022

²⁰ <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>

²¹ <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/ophtalmologie-deserts-medicaux-de-lais-attente-moyens>

dans un cas ne peut ainsi s'appliquer à toutes les spécialités, la téléconsultation en optique, par son côté synchrone, souffre du manque d'ophtalmologistes. « Une téléconsultation synchrone, avec l'ophtalmologiste en vidéo, à partir d'un magasin d'optique se heurte à la non-disponibilité des ophtalmologistes. Cela suppose de solliciter des ophtalmologistes qui ne sont plus en activité dans un cabinet (retraite) mais qui restent contraints par la durée de la consultation, notamment par leur présence tout au long de la téléconsultation, donc entre 10 et 15 minutes au mieux. Les évolutions technologiques du matériel utilisé devraient permettre à un plus grand nombre de professionnels de santé de prendre des mesures nécessaires aux ophtalmologistes pour mener leur consultation » souligne Véronique Lorthiois²².

Parce qu'elle ne peut s'affranchir des affres de la démographie, elle ne peut représenter une solution pérenne. Pire encore, à l'aune de ces critères, la téléconsultation en optique se destine plus aux jeunes générations résidant en ville qu'aux seniors, aux ruraux ou les personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement ou service social ou médico-social (ESMS). Ce procédé risque ainsi, pour la santé visuelle, de creuser encore un peu plus l'écart existant entre les catégories de patients.

b) La téléexpertise comme outil efficace pour améliorer la santé visuelle

En optique, les dynamiques d'offre et de demande de soins optiques sont inverses. Alors qu'en 2048 on pourrait attendre 59 millions d'actes ophtalmologiques réalisés annuellement (soit une augmentation de 60% en l'espace de 30 ans)²³, le nombre de spécialistes connaîtra au mieux une stagnation voire une importante inflexion. Le fait que la moitié des médecins ophtalmologistes en exercice aient plus de 55 ans va conduire 50% d'entre eux à partir à la retraite d'ici 10 à 15 ans, créant un vide ne pouvant être comblé immédiatement par les effets de la fin du numerus clausus. « Les dispositifs de cumul emploi-retraite ont fait leur preuve pour notre profession et nous ont permis de bien résister ces dernières années. Depuis 2000 nous sommes grâce à cela sur un plateau en termes d'ETP » affirme Thierry Bour. Pourtant, force est de constater qu'ils ne représentent pas une solution pérenne. Face à une augmentation des besoins et à une baisse des ressources disponibles, revoir notre approche des soins visuels est un préalable. D'un point de vue technologique, la téléconsultation ne permettant d'offrir la pérennité nécessaire, nous conseillons de prioriser le recours à la téléexpertise²⁴.

22 Experte Santé chez « PlusFactory – auditionnée le 27 mars 2023

23 Source : L'avenir de la santé visuelle : innover pour compenser le manque d'ophtalmologues, Asterès, avril 2020

24 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf

A l'inverse de la téléconsultation, la téléexpertise peut être asynchrone et fait intervenir systématiquement un professionnel de santé requérant qui va réaliser pour le compte du médecin spécialiste un ensemble d'examens en présentiel. La phase de relevée (mesures et réalisation de l'imagerie) ainsi déléguée, le spécialiste peut se concentrer sur le diagnostic, à l'aide des informations recueillies et transférées via un logiciel privé et sécurisé, habilité à faire transiter des données de santé²⁵. L'échange n'étant ni immédiat, ni direct entre le patient et le spécialiste, la relation médicale est rendue asynchrone et n'est plus conditionnée à la disponibilité immédiate de l'ophtalmologiste qui a la liberté d'organiser son temps de travail comme il le souhaite. « A Mayotte, lors de l'ouverture de notre cabinet, et face à une pénurie de spécialistes et d'orthoptistes, nous avons misé sur la téléconsultation et la téléexpertise, en pensant que nous aurions recours aux deux de manière équivalente. Finalement, la téléexpertise représente 99% de nos actes non présentsiels » relate Jean-Bernard Rottier²⁶.

La téléexpertise en ophtalmologie, incluant la réfraction, offre la possibilité de réaliser de nombreuses mesures de façon non invasives, tels que la prise de tension intraoculaire à l'aide d'un tonomètre (pour diagnostiquer un glaucome à angle ouvert) ainsi que l'instillation de gouttes dilatantes (après avis médical). La photo du segment antérieur à l'aide d'une lampe à fente, la photo du fond d'œil à l'aide du rétinographe²⁷ (pour dépister et suivre des pathologies rétinienues comme la DMLA, la rétinopathie diabétique, le glaucome). « Un professionnel formé à la téléexpertise non-ophtalmologue peut ainsi réaliser plus de 80% des actes se déroulant actuellement dans le cabinet d'un ophtalmologue » souligne Véronique Lorhiois. « A part les examens nécessitant de toucher l'œil, ou qui sortent du protocole, tout est techniquement réalisable ». Caroline Pelisson²⁸ confie de son côté que « grâce au matériel, je peux faire gagner du temps à un ophtalmologiste en l'assistant. On pourrait se rapprocher de ce que fait un orthoptiste, notamment en termes de mesure de la pression oculaire, si j'étais équipé d'un tonomètre ou de la photo du fond d'œil si j'étais équipé d'un rétinographe ».

Pour les patients situés dans des territoires sous-médicalisés, la téléexpertise représente une nouvelle chance d'accéder rapidement et facilement à des soins ophtalmologiques, par le biais d'une expertise réalisée par un autre professionnel de santé qui se déplacerait à domicile, en établissements médico-sociaux ou dans

25 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9expertise%20n'exige%20pas,une%20messagerie%20s%C3%A9curis%C3%A9e%20de%20sant%C3%A9.>

26 Ophtalmologiste exerçant au Mans, ancien Président du SNOF, président de l'association Unonno Wa Masto (Mayotte) – auditionné le 3 mai 2023

27 <https://www.nidek.fr/retinographes/>

28 Opticienne de santé en mobilité – auditionnée le 30 novembre 2022

des maisons de santé pluridisciplinaires. L'action d'un opticien en mobilité, telle que décrite dans nos précédents travaux, matérialise ainsi cette chance d'accéder à un bilan médical complet via un expert tiers. « La première de nos motivations est la transformation du système pour y apporter un service nouveau répondant à des besoins omniprésents, ayant un intérêt partagé et des avantages pour toutes les parties prenantes » avance Matthieu Gerber²⁹.

Pour les professionnels vivant dans ces zones sous-dotées, la téléexpertise a leur préférence. Quand il leur est demandé quelle solution ils préfèrent pour faire face à la désertification ophtalmologique, ils sont 75% à se déclarer en faveur de la réalisation en présentiel d'expertise de base dans un protocole déterminé par un professionnel de santé paramédical (i.e l'orthoptiste à date) installé dans un cabinet secondaire où l'ophtalmologiste se déplacera régulièrement, contre 24% pour l'installation d'un poste d'orthoptiste seul relié à un cabinet d'ophtalmologiste et seulement 2% à voir une solution dans la téléconsultation dans les magasins d'optique³⁰. Des chiffres qui montrent que le contact humain est plébiscité par les spécialistes, quel que soit sa dimension et le lieu de prise en charge.

Pour les seniors, la téléexpertise représente une aubaine à plusieurs titres. Tout d'abord, elle permet de privilégier la relation humaine, en garantissant un contact en présentiel et un accompagnement personnalisé lors du diagnostic, à l'inverse de ce que pourrait proposer une téléconsultation. Ensuite, elle est réalisable facilement à domicile ou en ESMS. Par exemple, en EHPAD, au lieu d'imposer aux résidents de se déplacer tour à tour dans un cabinet éloigné ou saturé, ou dans un magasin équipé d'une télécabine, la téléexpertise offre une inversion de logique. Ainsi, il suffit qu'un professionnel de santé se rende sur place pour effectuer plusieurs évaluations d'un coup et apporter par ce biais l'expertise au domicile des patients. Il peut alors en découler d'importantes économies par la diminution de l'utilisation du recours aux taxis ou transports sanitaires et une réduction sensible des émissions de CO2 liées aux déplacements individuels. A titre d'exemple, un déplacement d'un opticien pour rencontrer 10 résidents en EHPAD sur une journée fait ainsi économiser à la collectivité et à la planète 9 déplacements. « A cela s'ajoute une importante dimension « confort » découlant de ce procédé. En effet, les patients âgés visités sur leur lieu de vie s'évitent un voyage long et pénible, source de stress, parfois très difficile à réaliser vu leur état de santé. Ce confort concerne aussi les soignants que les aidants, qui par la même occasion font l'économie d'un déplacement devenant évitable » ajoute Matthieu Gerber.

29 Président du Regroupement des Opticiens à Domicile (ROAD) – auditionné le 25 avril 2023
30 Enquête SNOF sur les modalités préférées des sites secondaires – juin 2020

Enfin, il s'agirait d'un dispositif qui, selon certaines études, permet d'améliorer fortement l'acuité visuelle des patients concernés par l'apport d'une nouvelle correction optique ou par un traitement médical ou chirurgical. L'expérience menée par le CHRU de Rennes³¹ en collaboration avec un EHPAD a montré que la réalisation d'un examen en téléexpertise, qui s'est avéré interprétable à distance par un médecin ophtalmologiste dans 84,1% des cas a permis de diagnostiquer une pathologie chez 57,5% des résidents et ensuite leur offrir les soins adéquats. Selon les auteurs « ce projet, ayant significativement amélioré l'acuité visuelle, a permis de valider la faisabilité d'une téléexpertise d'ophtalmologie dans les EHPAD. Elle pourrait par la suite s'ouvrir à d'autres centres de soins (centres pénitenciers, établissements de santé mentale...) ».

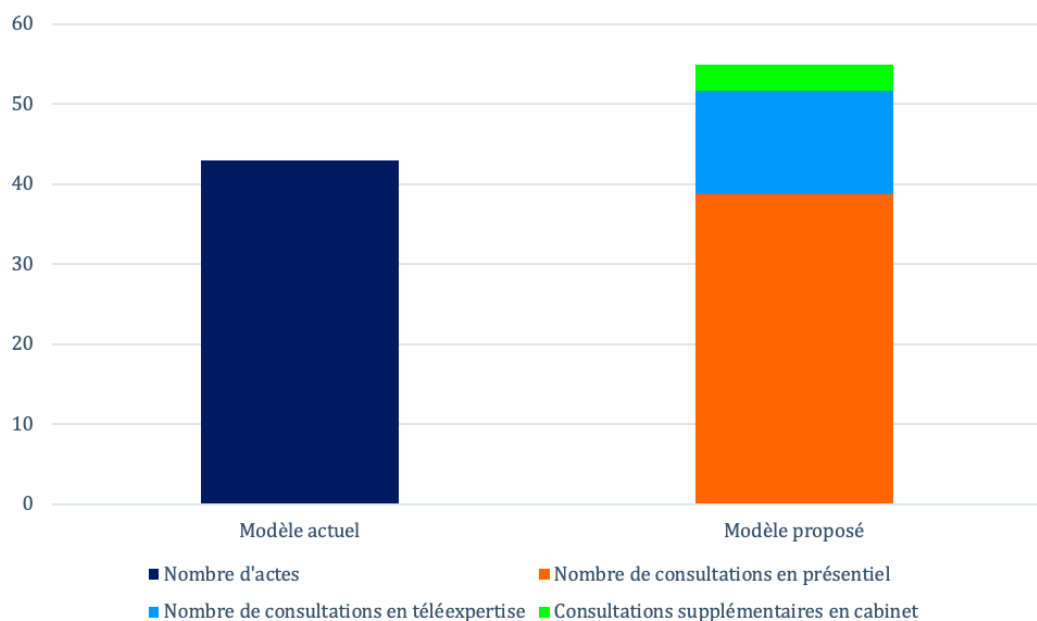
Pour les ophtalmologistes, cette aide représente un important gain de temps et un levier pour augmenter leur patientèle. Dans un contexte démographique tendu pour la profession, la ressource la plus précieuse est le temps. Or, en externalisant la phase de relevés et d'imagerie et en permettant au spécialiste de se concentrer sur le diagnostic, là où sa valeur ajoutée est la plus importante, on optimise ainsi son temps et on oriente en cabinet les patients nécessitant un suivi médical complémentaire auprès des spécialistes. Selon les données du SNOF, une téléexpertise réalisée sous supervision d'un spécialiste dure en moyenne 15 minutes, contre 20 minutes pour une consultation. Les experts du domaine que nous avons pu approcher dans le cadre de cette étude nous font savoir que la durée d'une téléexpertise dont la phase de relevés a été réalisée par autrui ne sera que de 5 à 7 minutes maximum pour le spécialiste examinant. Ainsi, pour une même durée, grâce au procédé de téléexpertise, un ophtalmologiste peut traiter 3 à 4 fois plus de patients, de manière non-linéaire, en dehors des heures d'ouverture de son cabinet. Même si la pratique de la téléexpertise peut être vécue pour certains praticiens comme « rapidement ennuyeuse et peu satisfaisante notamment lorsqu'il s'agit de patients qu'ils ne connaissent pas antérieurement » selon Thierry Bour. Cela démontre que la pratique de la téléexpertise en ophtalmologie doit avant tout venir d'une volonté commune partagée par le patient et/ou son entourage et le médecin spécialiste, qui, dans une démarche professionnelle individuelle alloue une partie de son temps professionnel pour le bénéfice des patients isolés ou fragiles.

A la lumière du gain de temps inhérent, le nombre de consultations d'ophtalmie pourrait nettement augmenter par an, à temps médical constant et notamment auprès des patients qui désertent les salles

31 **T. Rodriguez, Q. Delepine, P. Fantou, M. Costes, D. Somme, F. Mouriaux, M. Soethoudt,** [Validation d'un protocole de téléexpertise d'ophtalmologie en EHPAD](#), Journal Français d'Ophtalmologie, Volume 44, Issue 10, 2021, Pages 1516-1522, ISSN 0181-5512.

d'attente des médecins ophtalmologistes pour des raisons physiques ou géographiques. Notre modèle construit à cette occasion nous permet d'estimer que le recours à la téléexpertise, dans les conditions nommées ci-dessus, à savoir la réalisation d'actes non invasifs et sans contact direct avec l'œil du patient, et en considérant que dans un premier temps 10% des 43 millions d'actes d'ophtalmologie annuels seraient réalisables de cette manière (le temps que l'organisation soit optimale sur le territoire et que les spécialistes l'acceptent), permettrait une augmentation de 8,7 millions de consultations³² ophtalmologiques en distanciel à temps constant, d'ici cinq ans. Si l'on part de l'hypothèse qu'une téléexpertise sur quatre devra faire l'objet d'une consultation face à un ophtalmologiste, en présentiel (pour des raisons d'approfondissement médical), alors dans ce cas le volume de consultations augmentera encore de 3,2 millions d'unités supplémentaires faisant passer le surplus total de consultations à 12 millions. Le modèle présenté ici permettra donc d'atteindre un total de 55 millions de consultations ophtalmologiques par an tout mode d'accès confondu, soit une augmentation de 28% des consultations réalisées chaque année.

Graphique 4 – comparaison du volume de consultations³³ annuels entre le modèle actuel et modèle proposé



32 Notre modèle a permis d'estimer ce volume en partant de la décomposition des actes d'ophtalmologie par an. Nous avons appliqué aux actes pouvant relever de la téléexpertise, un coefficient « gain de temps potentiel » découlant de l'introduction de ce nouveau procédé. Nous avons ensuite obtenu un volume de consultations et de suivi pouvant être réalisé en sus, chaque année, en ne demandant aucun effort supplémentaire à chaque spécialiste pour absorber cette hausse du nombre d'actes.

33 Pour les estimations de notre modèle, nous sommes partis de l'hypothèse « 1 consultation = 1 acte », proche des données publiées par la DREES

A raison de 1,6 consultation par patient tous les 5 ans, la téléexpertise permettrait à 5,4 millions de nouveaux patients supplémentaires d'être soignés à cet horizon. En sachant que la croissance « naturelle » annuelle des nouveaux patients est de 500.000, la téléexpertise déléguée permettrait d'absorber largement ce volume.

A cette augmentation des consultations s'ajoutent d'importantes économies de structure, découlant de la diminution des déplacements, de l'amélioration de la prévention, de la diminution des coûts de consultation et un allègement des contraintes pour des aidants à bout de souffle³⁴. « Dans notre cabinet situé dans la Sarthe, nous avons recours à la téléexpertise. Grâce à elle, nous avons réalisé 46.000 actes sur l'année 2022. Pour seulement 3,5 spécialistes » relate Jean-Bernard Rottier.

Tableau 1 – Comparaison entre les caractéristiques de la téléexpertise et de la téléconsultation en ophtalmologie

Caractéristiques	Téléexpertise	Téléconsultation
Réduit les déplacements des patients	Oui	Non (la plupart des cabines permettant de réaliser ces consultations sont installées dans les grandes agglomérations, laissant ainsi les territoires ruraux sans solutions)
Facilite l'accès à une expertise médicale pointue	Oui (par l'intermédiaire du professionnel de santé habilité et requérant)	Oui
Nécessite la disponibilité immédiate du spécialiste	Non	Oui
Fait gagner du temps au spécialiste	Oui	Non (sauf dans le cas où le spécialiste est assisté par un orthoptiste)
Durée moyenne	Entre 5 et 7 minutes (15 minutes si elle est sous supervision)	20 minutes

³⁴ Nous rappelons à ce titre comme nous l'avions démontré dans notre précédente note, que pour le cas de la démence par exemple (dont 63% des cas sont provoqués ou aggravés par une mauvaise vue), la facture pour les aidants est de 14 milliards d'euros par an (matérialisée par de l'aide informelle, des prises de congés, des déplacements importants, etc.)



II) La délégation de tâches, un impératif pour l'avenir de l'optique

a) L'avenir de l'optique ne passera pas uniquement par les ophtalmologistes

Pour assumer l'augmentation à venir du nombre de consultations et ainsi garantir un égal accès à la santé visuelle par le développement de la téléexpertise, la délégation de tâches représente un levier incontournable. Son recours est de plus en plus présenté comme une solution concrète à la désertification médicale par de nombreux experts, dont ceux de l'observatoire santé et innovation de l'Institut Sapiens³⁵. En l'absence d'un spécialiste ou d'un généraliste, l'appel à un professionnel maîtrisant les bases techniques du superviseur

³⁵ <https://www.institutsapiens.fr/observatoire/technologie-et-capital-humain-des-moyens-accessibles-pour-resorber-les-deserts-medicaux/>

est une occasion d'augmenter l'offre. Les infirmières en pratique avancée, statut créé en 2018 exigeant des infirmières une année de spécialisation supplémentaire pour accéder à de nouvelles fonctions, en se rendant au domicile des patients (très souvent dans des déserts médicaux) réalisent des soins généralistes grâce à cette délégation de tâches.

Déléguer des tâches ne revient pas à déléguer les compétences.

Ainsi le professionnel profitant de la délégation doit répondre tout de même au professionnel déléguant. Contrairement à ce que certains détracteurs de cette pratique pourraient avancer, il agit en autonomie et non en totale indépendance. Comme l'indique une récente étude menée par la SNOF et l'IPSOS, 75 % des Français considèrent l'ophtalmologiste comme garant de la santé visuelle³⁶. La délégation de tâches ne vise pas à remettre en question la place de l'ophtalmologiste qui conserve une place centrale. « L'ophtalmologiste, en tant que spécialiste de sa discipline, doit rester la clé de voute de la prise en charge du patient, l'opticien n'intervenant qu'en soutien de celui-ci. Chaque patient passera à un moment ou à un autre devant le spécialiste, la question c'est de savoir s'il le fera en direct, ou via la téléexpertise réalisée par un professionnel de santé auxiliaire médical. » rappelle Matthieu Gerber.

C'est en gynécologie que la délégation de tâches a été la plus répandue ces dernières années. Face aux carences en nombre de spécialistes par rapport aux besoins exprimés, les sages femmes peuvent maintenant « s'occuper du suivi de grossesse et articuler la prise en charge hospitalière et ambulatoire, dans un exercice coordonné pluriprofessionnel »³⁷. Si cette « coopération doit encore être accrue », force est de constater qu'elle porte ses fruits, en apportant des solutions de soins sans en dégrader la qualité. L'IGAS souligne même que l'accroissement du temps alloué au patient en découlant est générateur d'un dialogue et d'une confiance envers le professionnel qui n'existait pas forcément précédemment avec le spécialiste. Autre exemple de la délégation de tâches, cette fois-ci envers les pharmaciens, qui, en ayant eu l'autorisation de vacciner contre le COVID 19, ont aidé à atteindre un rythme de protection de la population française bien supérieur à ce qu'il aurait été si cet acte avait été réservé aux seuls généralistes.

36 Etude « Les Français et leur ophtalmologiste pour la santé visuelle », SNOF x IPSOS, Avril 2023 <https://www.opticien-presse.fr/2023/05/09/de-plus-en-plus-dophtalmologistes-salarient-des-opticiens-en-cabinet/>

37 L'évolution de la profession de sage-femme, rapport de l'IGAS, juillet 2021 <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-020r.pdf>

En optique, la délégation de tâches commence elle aussi à prendre de plus en plus de corps. Les spécialistes deviennent de plus en plus assistés dans la pratique de leur art en cabinet, par des auxiliaires médicaux réalisant les examens préliminaires au rendez-vous, permettant à l'ophtalmologiste le soin de livrer son diagnostic en présentiel au patient. Ce sont ainsi 77% des ophtalmologistes qui travaillent aujourd'hui en équipes pluridisciplinaires, constituées d'orthoptistes et d'infirmiers (contre 2% en 2006). Pour les praticiens de moins de 40 ans, cette proportion monte à 97%. Dans la moitié des cas (58%), ce sont les orthoptistes salariés qui composent cette aide de camp (les infirmiers représentent 30% du travail aidé, et les assistants médicaux 21%). Parmi les assistants médicaux, on compte des opticiens. Ils sont 19% à faire travailler des opticiens contre 14% en 2021. Ce partage permet au cabinet d'augmenter son activité de 30%³⁸ et de diminuer les délais d'attente de 7 jours en moyenne³⁹. Selon le SNOF⁴⁰, la mise en place de ce travail aidé a permis à 3 millions de patients supplémentaires d'être pris en charge (entre 2015 et 2018). « Le travail avec l'orthoptiste est validé par la grande majorité de la profession » analyse Jean-Bernard Rottier.

Depuis 2015, le nombre de patients traités pour un glaucome a bien augmenté, passant de 1,38 millions en 2015 à 1,51 millions en 2021⁴¹. Ainsi, avec 2,24% de la population traité, la France est devant le Royaume-Uni (0,9%⁴²) et l'Allemagne (1,2%⁴³). Si corrélation ne vaut pas causalité, nous pouvons tout de même avancer que cette division des tâches a sans aucun doute joué un rôle dans cette amélioration.

38 <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/grace-au-travail-aide-et-la-delegation-de-taches-les-ophtalmos-voient-l'horizon-seclaircir#:~:text=Le%20travail%20aid%C3%A9%20avec%20un,an%20dans%20les%20prochaines%20ann%C3%A9es.>

39 <https://snof.org/2021-ophtalmologistes-accelerariion-du-travail-aide#:~:text=Malgr%C3%A9%20la%20crise%20sanitaire%2C%20le,plus%20que%20l'ann%C3%A9e%20derni%C3%A8re>

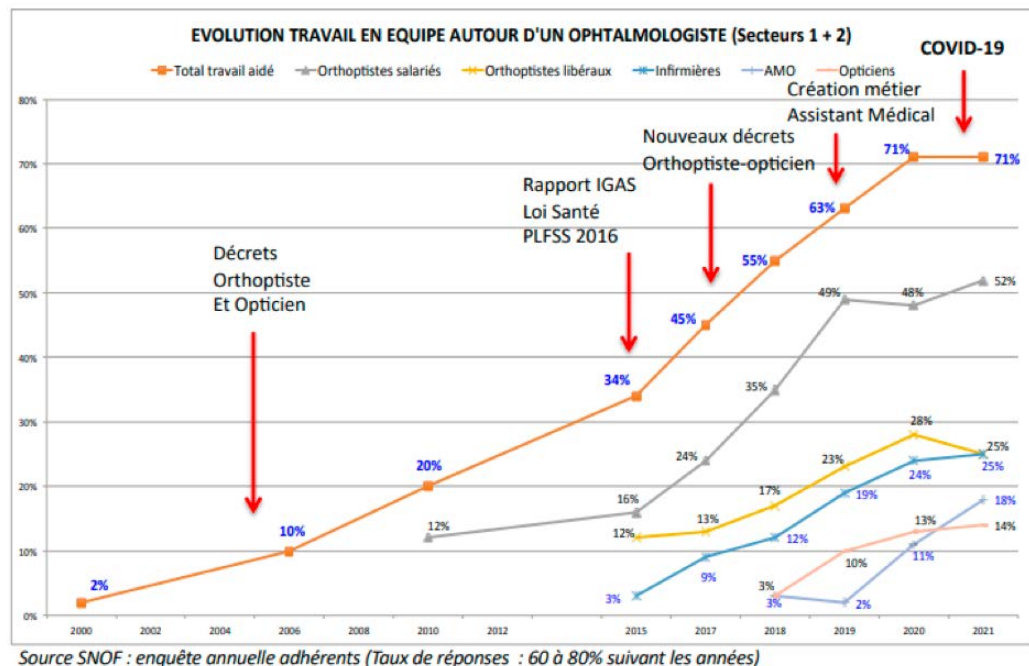
40 Syndicat national des ophtalmologistes Français, regroupant les deux tiers de la profession

41 Sources : rapport Charges et produits 2019, CNAM Evaluation Base Médic'AM pour 2019 et 2021

42 Source : NHS

43 Source BVA (syndicat des ophtalmologistes)

Graphique 5 – Evolution du travail en équipe autour d'un ophtalmologiste (Secteurs 1 et 2) ⁴⁴



Pour Thierry Bour, c'est en effet un succès. « Nous sommes très satisfaits **du développement du travail aidé**, que ce soit en secteur 1 ou en secteur 2. Les retours du terrain montrent que tout le monde **peut progressivement le mettre en place** et **est globalement satisfait** de cette opération, **même si elle génère des coûts de transformation et un changement profond des habitudes de travail**. En ophtalmologie, la délégation de tâches et le travail aidé avec les orthoptistes se sont beaucoup développés depuis 2015. Ces mesures ont participé à réduire les délais d'attente. Il nous reste encore quelques progrès à réaliser, notamment en termes d'explications de ces effets auprès du grand public. En effet, les effets de la baisse des délais d'attente récente est attribuée aux réformes **depuis** 2019, alors qu'elle est à mettre au crédit de ce qui a été fait en **2015-2016**. Il nous faudra attendre encore quelques années pour évaluer les conséquences des décisions récentes ». Il ajoute que « les jeunes qui entrent maintenant sur **en libéral** ont appris à travailler en travail aidé durant leurs études. Et ce phénomène avance au même rythme que le départ en retraite de l'ancienne génération. Ainsi, on pourrait atteindre 90% **d'ophtalmologistes en travail aidé** dans les prochaines années (ce reliquat sera incompressible pour des raisons d'organisation). Nous allons arriver **probablement** à 1,8 assistant par médecin, contre 1,3 actuellement. En 2030 nous visons la réalisation du plein potentiel de cette délégation. A court terme, et grâce au travail aidé, nous visons des temps d'attente s'établissant à **une médiane de deux semaines pour les patients (RDV non urgent)**.

44 Graphique issu du rapport du SNOF de mars 2023

N'oublions pas non plus le rôle de l'intelligence artificielle, qui va prendre de plus en plus de poids dans notre métier et **peut-être** nous faire gagner un temps **non négligeable**.

b) La délégation de tâches en optique, une ambition à parfaire

Dès 2015, le rapport réalisé par Dominique Voynet⁴⁵ plaidait pour une plus grande coopération entre les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens, dans le but de compenser une démographie médicale déclinante. C'est à partir de là que les orthoptistes ont pu suppléer les ophtalmologistes.

Le PLFSS 2016 a octroyé une aide financière aux ophtalmologistes recrutant des orthoptistes les aidant dans leurs missions en cabinet. La même année, un décret⁴⁶ leur a ouvert la possibilité de déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, avec ou sans dilatation. En 2018 et 2021, le protocole RNO (ReNouvellement Optique) suivi du protocole RNM (dit Muraine-Frété) a offert la possibilité aux orthoptistes (en écho aux propositions du rapport Voynet) de réaliser des bilans visuels sur des patients âgés de moins de 50 ans, et ce même en l'absence de l'ophtalmologiste référent. Après un renforcement de la délégation de tâches en 2019 avec l'avenant 7 à la convention nationale entre les médecins et la Sécurité Sociale, la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2022 a délégué aux orthoptistes la réalisation de bilans visuels, ainsi que des prescriptions de correction, pour les patients âgés de 16 à 42 ans, sans ordonnance préalable. Cette succession d'évolutions réglementaires a ainsi fortement renforcé le rôle de l'orthoptiste, lui donnant une place importante aux côtés de l'ophtalmologiste.

La dynamique de coopération interprofessionnelle démontre la faisabilité et de l'utilité de la délégation de tâches. Le hic réside maintenant dans le monopole octroyé aux orthoptistes en la matière et dans le risque inhérent à se reposer sur une profession dont la démographie n'est pas des plus favorables et qui ne se déplace pas. Malheureusement malgré la contribution évidente des orthoptistes ces dernières années en faveur de l'accès aux soins ils ne sont pas en nombre suffisant sur l'ensemble du territoire, inégalement répartis et difficilement mobiles pour soutenir le développement ambitieux de la téléexpertise et notamment auprès des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile ou en ESMS. Avec 5724 praticiens de moins de 62 ans recensés, ils affichent une densité équivalente à celle des ophtalmologistes (8,4 pour 100.000

45 <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-1-page-93.htm>

46 Décret du 12 octobre 2016 pour « un nouveau parcours encadré et sécurisé en optique »

habitants, contre 8,5). Si leur dynamique est en revanche positive (les effectifs ont progressé de 67% en 10 ans) et que leur âge moyen (36,8 ans) traduit la vitalité de la profession, leurs effectifs ne permettent pas de répondre efficacement à la demande en santé optique, alors même qu'ils doivent accomplir des tâches inhérentes à leur métier, comme la rééducation oculaire, en cabinet. Il ne faudrait pas qu'au profit de la délégation en cabinet d'ophtalmologiste, les besoins en rééducation soient délaissés. De plus, la majorité des orthoptistes exercent principalement en cabinet (21% dans la ville de Paris et 4% en secteur rural⁴⁷).

C'est pour cette raison que la délégation de tâches ouverte aux orthoptistes doit à présent être ouverte aux opticiens dans certaines conditions. Comptant 40 755 professionnels sur tout le territoire, cette profession est aussi dynamique que les orthoptistes (les effectifs ont progressé de 75% en 10 ans) et tout aussi jeune (l'âge moyen y est de 36,6 ans). L'avantage est que leur densité (59,9 professionnels pour 100.000 habitants) offre une surface d'intervention en soins optiques bien plus importante et qu'il est un référent expert préalablement identifié par les Français qui le citent comme le 2^{ème} professionnel de santé de confiance après le médecin ophtalmologiste lorsqu'il est question de santé visuelle loin devant l'orthoptiste cité en 4^{ème} position⁴⁸. En plus de cela, certains opticiens présentent une mobilité que n'ont pas forcément les orthoptistes, leur permettant de mailler plus facilement le territoire et aller à la rencontre des patients où qu'ils se trouvent, qu'ils soient isolés, vivant dans des déserts médicaux ou qu'ils soient dans l'incapacité de se déplacer ou non.

Jean-Bernard Rottier n'est « pas choqué par l'idée, notamment dans les zones désertiques. Les opticiens ont une meilleure dispersion géographique que les ophtalmologistes. A l'origine du premier RNO, je considère que la délégation de tâches ne peut réussir que sur le long terme. Traditionnellement, les patients veulent voir le docteur et non un autre professionnel. C'est uniquement lorsque l'ophtalmologiste dit « pour un contrôle de routine, vous allez voir l'orthoptiste » et avec le temps, que les patients l'acceptent. Il y a donc une habitude à créer. C'est un processus psychologique assez long, qui ne doit pas donner l'impression que le spécialiste se débarrasse de ses patients. C'est le médecin qui valide le passage vers le professionnel aidant ». Il ajoute enfin « qu'il est très difficile sur un territoire de s'affranchir de l'avis de l'ophtalmologiste. L'idée est celle de la cooptation. Mais pour que cela fonctionne, il faut qu'il soit incité à le faire. Et en la matière, les deux leviers sont le gain d'argent et de temps. On peut fortement progresser en délégation de tâches si le spécialiste est d'accord et convaincu. Un

47 Répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2021

48 Etude « Les Français et leur ophtalmologiste pour la santé visuelle », SNOF x IPSOS, Avril 2023

ophtalmologiste est particulièrement sensible aux exemples de ses pairs. Il faut des hotspots et de la contagion. C'est dans les congrès et les rassemblements professionnels que la délégation de tâches a le plus progressé, à travers les exemples et les discussions ».

« L'activité d'un opticien en mobilité est complémentaire à celle des ophtalmologistes. La valeur ajoutée du spécialiste est le diagnostic médical et pointu, permettant d'aller en profondeur et au fond des choses. Les opticiens leur permettraient de gagner du temps et d'aller à l'essentiel, à savoir poser un diagnostic médical et réaliser des soins sur des pathologies » relate Lucas Martel.

C'est là où la téléexpertise apparaît comme la brique pertinente faisant le lien entre la disponibilité et la présence de l'opticien et l'expertise de l'ophtalmologiste. Aidé des outils adéquats (voir plus loin), l'opticien sera en mesure de « préparer le terrain » à l'ophtalmologiste, qui pourra lire et interpréter les données reçues de manière sécurisée pour poser un diagnostic clair et proposer une prise en charge adéquate auprès d'un confrère local, en cas de besoins, pour permettre la continuité des soins.

« Des expérimentations ont été menées avec des opticiens diplômés, formés à cet effet par les ophtalmologistes. Le matériel utilisé est de plus en plus automatisé et non opérateur dépendant, gage de sécurisation. Les opticiens diplômés s'approprient rapidement leur utilisation qui consiste majoritairement à bien positionner le patient pour que les prises de mesures soit le plus fiable possible. La formation faite par les fournisseurs de matériel est plutôt rapide (maximum 1 journée selon le schéma), bien plus qu'avec des infirmières qui doivent découvrir tout ce métier de la santé visuelle. L'opticien doit s'adapter à la situation et a un rôle de pédagogie pour expliquer le protocole défini. Il a déjà l'habitude de faire lors des examens de la vue et sait prendre le temps d'expliquer à la personne les différentes mesures prises. La délégation de tâches est déjà la solution pour prendre en compte la santé visuelle, elle doit continuer à se développer avec les meilleurs experts pour équiper en lunettes et contactologie, et ainsi libérer du temps médical pour la prévention des pathologies. » avance Véronique Lorhiois.

Réaliser une extension du travail de l'ophtalmologiste, par la délégation de tâches auprès de professionnels pouvant recourir à la téléexpertise, est un élément de l'amélioration de l'accès aux soins. A condition que l'on pousse la délégation jusqu'aux opticiens. Et pour y parvenir nulle révolution n'est nécessaire, une simple extension des dispositifs existant déjà sera suffisante. Cette opportunité pouvant être saisie de trois façons :

- En faisant l'objet d'un traitement spécifique dans l'application de la loi portée par la députée Stéphanie Rist.
- En intégrant les opticiens en mobilité à l'avenant 9 de la convention médicale qui autorise tout professionnel de santé (au sens large) à solliciter une téléexpertise, supprime la nécessité de primo consultation en présentiel et l'obligation de territorialité dans certaines situations.
- En formalisant un nouveau protocole de coopération entre les opticiens en mobilité et les ophtalmologistes afin de permettre la téléexpertise sur les lieux de vie dans l'objectif de permettre aux patients fragiles ou isolés, sans profil médical défini, de bénéficier d'un bilan médical réalisé par un médecin ophtalmologiste en moins de 10 jours. L'acte pourrait être coté pour le médecin requis sur la base du protocole de télé-ophtalmologie RNM. Ce protocole permettra de réaliser l'ensemble du bilan visuel à distance, intégrant le dépistage de la rétinopathie diabétique, puis de télétransmettre les résultats pour interprétation et diagnostic médical par un ophtalmologiste. En cas de prise en charge médicale nécessaire en présentiel, le patient, la famille, le tuteur ou à leur demande l'opticien en mobilité, pourront au titre de la continuité des soins coordonner en local un rendez-vous avec un médecin ophtalmologiste. Le délai de rendez-vous étant facilité et raccourci grâce à la recommandation d'un confrère.

La meilleure porte d'entrée pour lancer un nouveau protocole de coopération semble être les EHPAD. « où la situation est très dégradée : il y a des ruptures de suivi, des situations difficiles et les familles ne s'occupent pas toujours de leurs proches. C'est pour cela que l'on peut aujourd'hui développer un protocole de coopération spécifique, faisant participer les opticiens aux côtés des orthoptistes et des infirmières, ce sont des patients complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire » juge Thierry Bour. « A ce titre, si l'on s'empare de la téléexpertise comme d'un nouveau procédé de suivi, alors les opticiens pourraient participer aux mesures optiques, les orthoptistes s'occuper des mesures cliniques et les ophtalmologistes diagnostiquent et traitent, en organisant un examen présentiel en cas de nécessité ». Une volonté en partie partagée par Matthieu Gerber pour qui « le protocole de coopération en EHPAD, en plus d'apporter un réel service et un réel soutien, pourrait constituer la première pierre avant le développement vers le domicile, et d'autres populations cibles. Néanmoins, il est illusoire de faire intervenir des binômes ou des trinômes opticien-orthoptiste-infirmière, coûteux économiquement et très difficile à mettre en place. Comme Thierry Bour, nous sommes convaincus de l'intérêt du travail

en équipe pluridisciplinaire, ce qui est le cas en EHPAD, puisque l'intervention d'un professionnel de santé externe à un EHPAD se fait en coopération avec les équipes médicales et de soin présentes au sein des établissements (IDEC, médecin coordonnateur) ainsi qu'avec le médecin traitant. Nous partageons la vision de Thierry Bour sur le fait que l'EHPAD est le terrain d'expérimentation au niveau national. Néanmoins, l'opticien peut, à lui seul, parfaitement utiliser des matériels non invasifs à visée de diagnostic médical par l'ophtalmologiste, comme c'est actuellement le cas en cabinet (i.e 19% des ophtalmologistes font appel à des opticiens sous forme de travail aidé en 2022⁴⁹), à savoir, l'auto-réfractomètre, le tonomètre, le rétinographe, la lunette et verres d'essai, le frontofocomètre et la lampe à fente. En revanche, l'usage des appareils médicaux de type ophtalmoscope, l'OCT, l'angiographe, l'électrorétinogramme, l'échographe, le topographe cornéen... doit être strictement réservé au médecin ophtalmologiste en consultation présenteielle. ».

III) Le modèle économique, un

49 Etude « Les Français et leur ophtalmologiste pour la santé visuelle », SNOF x IPSOS, Avril 2023 <https://www.opticien-presse.fr/2023/05/09/de-plus-en-plus-dophtalmologistes-salarient-des-opticiens-en-cabinet/>



atout à prendre en charge

a) Une transformation du modèle économique du secteur de l'optique

L'organisation que nous proposons, où l'opticien en mobilité devient un facilitateur d'accès aux soins, à travers une téléexpertise permettant la réalisation d'une consultation asynchrone avec un ophtalmologiste, serait génératrice de gains importants. La libération du temps médical des ophtalmologistes, en plus de désengorger les files d'attente grâce aux dépistages réalisés en amont, va réduire significativement les délais de rendez-vous. La conséquence sera une diminution importante du renoncement aux soins, pouvant provoquer une amélioration de la santé visuelle globale au sein de la population. Le spécialiste pourra quant à lui, en parallèle, se concentrer sur les patients nécessitant un suivi plus exigeant ou une expertise plus pointue, voire sur des actes chirurgicaux oculaires.

Néanmoins, cette nouvelle matrice du soin va engendrer

d'importants coûts de structure liés à l'investissement initial dans les outils dédiés à la téléexpertise, évalué à 11.000€⁵⁰ et ventilé de la manière suivante :

- ◇ Rétinographe portable : 4500€
- ◇ Lampe à fente : 4000€
- ◇ Tonomètre : 2000€
- ◇ Valise de transport : 400€

La question du partage de cet effort est légitime à poser. S'il n'est pas question de le faire supporter par le seul opticien intervenant, il convient de définir une matrice de partage financier entre les parties, prenant en charge toutes les prestations venant en sus de l'acte de téléexpertise, ainsi que le forfait de déplacement de l'opticien en mobilité dans le cadre de sa dynamique de l'aller vers. Ces éléments peuvent être regroupés en trois items, partagés entre les différents acteurs (les patients, la Sécurité Sociale et les complémentaires santé).

- L'acte de téléexpertise en lui-même, comprenant la mesure de la réfraction, l'instillation de gouttes dilatantes (après avis médical), la mesure de la tension oculaire, la photo du fond d'œil, la photo du segment antérieur. Cet acte sera valorisé à hauteur de 59€ et ventilé de la manière suivante : 39€ pour l'opticien (un coût permettant d'amortir l'investissement initial en matériel et valoriser le temps passé à la réalisation des mesures) et 20€ pour le médecin ophtalmologiste (un forfait identique à celui appliqué dans le cadre du décret de téléexpertise actuel). Pour rappel, la durée moyenne d'une téléexpertise est de 30 minutes pour le requérant et de 5 minutes pour le requis. Ce coût sera supporté par la Sécurité Sociale.
- La prestation de service d'optique initiale, incluant deux visites sur les lieux de vie, l'installation d'un espace vision, l'évaluation des besoins du patient en tenant compte de son environnement (organisation de son habitat, présence ou non d'aidants), la vérification des acuités visuelles, la mesure de la réfraction, la livraison, l'ajustage et la mise en situation du porteur. Un service global valorisé à 29€ et pris en charge par les organismes de complémentaires santé.
- Le déplacement de l'opticien, matérialisé par une indemnité

⁵⁰ Prix d'achat moyen du matériel actuellement commercialisé, non négocié, adapté à la mobilité et validé par les médecins ophtalmologistes

kilométrique valorisée à hauteur de 0,66€/km. Ce dernier coût sera en revanche supporté directement par le patient, sous forme de reste à charge (sauf si sa complémentaire souhaite le prendre en charge dans le cadre de son offre commerciale).

In fine, la réalisation de 8,7 millions consultations supplémentaires par an, grâce à la téléexpertise auxquels s'ajoutent les 3,2 millions de consultations au retour en cabinet pour assurer la continuité des soins, engendrera un surcoût global de 1,2 milliard d'euros, ventilé de la façon suivante :

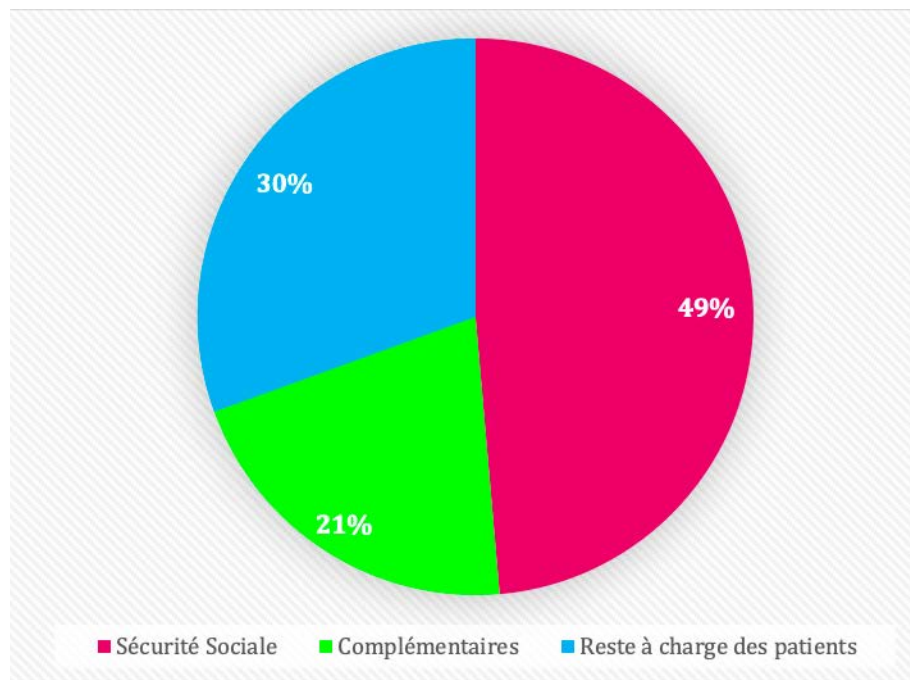
- 514 millions au titre du financement de l'acte de téléexpertise (dont 340 millions pour les opticiens et 174 millions pour les ophtalmologistes)
- 252 millions au titre de la prestation d'optique initiale réalisée sur le lieu de vie
- 340 millions au titre du déplacement des opticiens⁵¹
- 100 millions au titre des retours en cabinet des patients préalablement passés en téléexpertise⁵²

Un surcoût restant très faible au regard des 30 milliards d'euros potentiellement imputables au renoncement aux soins, que ce soit en matière de perte de productivité ou en perte d'autonomie.

Graphique 6 – Ventilation du financement de la hausse des actes

-
- 51 En partant de l'hypothèse de 2 déplacements moyen de 30 kilomètres aller/retour chacun
52 En partant de l'hypothèse que les consultations en présentiel sont réalisées par des médecins en secteur 1

selon les acteurs.



Les complémentaires étant les plus mises à contribution, un travail de partenariat sera nécessaire à réaliser avec elles. « Certaines complémentaires comme la mutuelle Intégrance, mutuelle référente pour préserver l'autonomie des personnes vulnérables, a intégré le service d'un opticien en mobilité dans son offre, et le valorise à 59€. Ce coût reste largement moindre à celui lié au dérangement et au déplacement de l'auxiliaire de vie ou du proche aidant devant amener le patient vers le professionnel ciblé » ajoute Matthieu Gerber. « Cela pose la question du rôle des mutuelles dans la régulation de ce nouveau besoin. Face à son développement inévitable, elles devront agir comme des filtres pour trier les offres pertinentes et invalider les abus et les opérateurs non efficaces. A l'instar de ce qu'elles ont fait sur les réseaux de soin, elles auront un rôle à jouer dans la clarification du secteur ».

b) La réduction des dépenses liées aux pathologies évitables grâce à la prévention

L'amélioration de l'état de santé général de la population, en plus de la prise en charge des patients, se fera également par l'augmentation d'actes de prévention (dans ses trois dimensions), dispensés par le professionnel expertisant :

- la prévention primaire agit en amont pour éviter l'apparition

d'une maladie, notamment par l'adoption de bonnes pratiques et des bons gestes.

- la prévention secondaire repère la maladie à son stade précoce et vise à l'endiguer avant qu'elle ne se déclare.
- la prévention tertiaire évite l'aggravement d'une maladie, freine son développement ou évite les rechutes.

Dans le secteur de l'optique, un opticien a plus de facilité à dégager du temps disponible pour assurer cette mission qu'un ophtalmologiste, en profitant de son contact avec le patient pour distiller conseils et bons usages pour prévenir l'apparition de maladies oculaires ou de troubles de la vision. A ce titre, rappelons qu'en 2014, près de 40% des patients diabétiques n'étaient pas dépistés régulièrement au regard des recommandations (30% en 2020)⁵³, preuve s'il en est qu'il reste fort à faire pour une prise en charge optimale des patients.

La prévention, au même titre qu'un diagnostic précoce, permet de limiter l'apparition puis l'évolution des pathologies et combattre in fine la malvoyance et la cécité.

En France, le nombre d'hospitalisations pour des maladies de l'œil a augmenté de 25% depuis 2010⁵⁴, dépassant le million de cas. Les principales causes de malvoyance sont les troubles de la réfraction (dans 44,5% des cas) et la cataracte (dans 33,5% des cas). Quant à la cécité, ses principales raisons sont le glaucome (28,2% des cas), la DMLA (21,6% des cas) et la cataracte (17,5%)⁵⁵. A noter que la cataracte représente plus de 82% des causes d'hospitalisations pour pathologies oculaires.

Au vu des coûts de ces pathologies pour la société, l'action des opticiens en mobilité en délégation serait bénéfique sur le plan sanitaire. Mais aussi sur le plan économique. Que ce soit en matière de prévention, d'amélioration du diagnostic et d'augmentation de la surface de soins, de nombreuses dépenses pourraient être évitées chaque année. Une réduction drastique des dépenses de santé à mettre en avant, de manière nette, en intégrant tous les coûts cachés. Ce sera la meilleure façon d'arrêter les débats stériles comme celui vécu il y a quelques semaines au Sénat, comme celui ayant entouré l'amendement de la sénatrice des Ardennes Else Joseph, proposant que « dans les régions manquant d'ophtalmologistes, l'ARS puisse autoriser à titre expérimental et pendant 3 ans, les opticiens-lunetiers, en tant qu'assistants d'une

53 Livre Blanc de la téléophtalmologie, CATEL, 2022

54 Source : DREES. Année la plus récente : 2017

55 *Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study*, Lancet Global Health, 2021

consultation médicale d'ophtalmologie et à des fins de dépistage, à utiliser des matériels d'exploration fonctionnelle non invasifs ». Une proposition jugée irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, empêchant l'introduction par les parlementaires d'une mesure créant ou aggravant une charge publique. La prise en compte de tous les coûts cachés et des externalités apportera de l'objectivité au débat public et changera ainsi l'équilibre budgétaire en valorisant les effets de l'actions des opticiens.

A cela s'ajoute un effort en termes de formation qui sera nécessaire pour les opticiens. Thierry Bour le souligne « la question est de savoir de quel côté vont pencher les opticiens : le médical ou le commercial. Si l'on veut des opticiens ayant leur place dans le parcours de soins, ils doivent se former pour apporter une plus-value, pour les upgrader en termes de compétences ».

Jean-Bernard Rottier soulève de son côté que « les opticiens disposent d'un handicap par rapport à d'autres professions médicales : leur non-maitrise du comportement patient et de l'approche maladie. Il y a une grammaire et un vocabulaire à adopter, pour soutenir leur bagage technique. Cela se règlera par des formations et des stages auprès d'autres professionnels comme les infirmiers. Cette mise à jour des compétences permettra aussi de corriger le déficit d'image auprès des spécialistes. Ainsi l'opticien deviendra une solution complète pouvant pallier l'absence d'ophtalmologiste ».



Conclusion

Le secteur de l'optique a besoin d'une réelle révolution. Les besoins sont en augmentation constante, l'offre se contracte pour des raisons démographiques. ***Sans transformation majeure, ce sont ainsi plusieurs millions de personnes qui resteront sans soins adaptés.*** Il est temps d'en finir avec les crispations idéologiques qui ont depuis trop longtemps empêché toute évolution du secteur par peur d'abus.

La mise en place d'une téléexpertise par des opticiens en mobilité, en plus de profiter aux oubliés de la télémédecine, à savoir les seniors, les ruraux et les personnes à mobilité réduite, offre, par son côté asynchrone, la possibilité de réaliser 12 millions de consultations supplémentaires par an (dont 8,7 millions rendez-vous « uniques ») pouvant profiter à 5,4 millions de personnes.

Le but de cette transformation est de conforter la place de l'ophtalmologiste, dont la compétence et l'expertise sont indispensables, en pensant à une nouvelle organisation des

compétences et des procédés pour résorber les déserts médicaux et répondre aux besoins croissants d'une population qui ne cesse de voir sa santé visuelle se dégrader. Pour y parvenir, la rédaction d'un simple protocole de coopération pourrait diminuer drastiquement le non-recours aux soins en optique et contribuer à résorber les déserts médicaux en ophtalmologie.

« Une transformation qui irait en plus dans le sens de la demande des opticiens pour plus de sens dans la réalisation de leur métier, l'une des principales raisons les poussant à quitter aujourd'hui les magasins étant son manque. Ils veulent devenir opticiens en mobilité parce qu'ils cherchent à faire plus que de simplement vendre des lunettes » relate Matthieu Gerber.

Annexes

Annexe 1 – comparaison des coûts des actes ophtalmologiques selon le secteur déclaré

	Secteur 1	Secteur 2
Consultation classique	30€ (35€ sans médecin traitant) (Dans le cas d'une consultation dite complexe, le tarif varie entre 45€ et 60€)	Entre 40€ et 100€
Avis ponctuel d'un ophtalmologiste	50€	Entre 50€ et 60€
Biométrie + fond d'œil	47,37€	Entre 60€ et 130€
OCT (Tomographie à cohérence optique)	73,15€	Entre 60€ et 130€
Rétinographie non mydriatique (RNM)	30,43€	61,20€
Corps étranger profond	61,85€	77,03€
Acuité visuelle + réfraction	22,10€	22,10€

En France, 58% des praticiens sont conventionnés secteur 2.

Annexe 2 – Résumé des actes en France

Sur les 30 millions d'actes recensés chaque année en France (en libéral et à l'hôpital), la répartition est la suivante :

- 28% pour la cataracte
- 13% pour les glaucomes
- 10% pour les diabétiques
- 8% pour la DMLA
- 8% pour les syndromes secs
- 27% pour les autres suivis périodiques, y compris les suivis réfractifs purs
- 7% pour les autres pathologies évolutives

Annexe 3 – résumé des autorisations d'examens pour les opticiens

En France, un opticien a le droit de réaliser les examens suivants :

1. La mesure de l'acuité visuelle : Il s'agit de mesurer la netteté de la vision à distance et/ou de près en utilisant un tableau d'optotypes.
2. La mesure de la réfraction : Cela consiste à déterminer la correction optique nécessaire pour améliorer la vision du patient en utilisant un phoroptère, un autoréfractomètre ou une lunette et verres d'essai.

