

Filière de la santé visuelle

Etats des lieux

Septembre 2015

A S T E R **è** S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s

ASTERES

81, rue Réaumur – 75002 Paris – Tél. : 01 44 76 89 16 – Fax : 01 70 24 73 57
contact@asteres.fr – www.asteres.fr

Préambule

Les pathologies de l'œil sont très répandues au sein de la population et plus de la moitié des Français portent des lunettes de vue ou des lentilles de contact. L'efficience de la filière de la santé visuelle représente donc un véritable enjeu de santé publique. Cette filière souffre pourtant de déficiences, dont une pénurie croissante d'ophtalmologistes dans de nombreux territoires et un niveau de prix élevé dans le secteur de l'optique. La

Mutualité française a souhaité amorcer une réflexion sur l'organisation de la filière des soins oculaires et organise à cette fin les premiers Etats généraux de la santé visuelle, qui se tiendront en décembre 2015. L'enjeu est majeur : il s'agit de rassembler les professionnels de la filière pour réfléchir, ensemble, à des solutions viables pour améliorer la prise en charge des patients tout en maîtrisant l'inflation des coûts.

Pour soutenir cette démarche, le cabinet d'analyses économiques et de conseil Asterès a réalisé un état des lieux de la filière. Ce document, qui n'engage que le cabinet Asterès, s'appuie sur les toutes dernières statistiques disponibles, ainsi que sur des entretiens auprès de professionnels de la filière.

Rédacteurs

Christophe Marques

*Economiste chez Asterès
Chargé des questions de santé*

Nicolas Bouzou

*Economiste
Directeur-fondateur d'Asterès*

Etude **ASTERES** pour le compte de de la **MUTUALITE FRANCAISE**

Sommaire

	Présentation de la filière & synthèse	6
SECTION 1	Des pathologies répandues et en forte croissance	12
1.1	Analyse statique : des pathologies répandues	13
1.1.1	Les trois quarts des Français de 18 ans et plus rapportent un trouble de la vue	13
1.1.2	Six Français sur dix portent une correction visuelle	14
1.1.3	Les troubles de la vue mal corrigés reflètent les inégalités sociales	15
1.1.4	Par manque d'information, un Français sur dix renonce à des soins optiques	18
1.1.5	La cataracte est la première cause d'hospitalisation en France	21
1.2	Analyse dynamique : des besoins en forte croissance	23
1.2.1	La demande de soins visuels explose	23
1.2.2	La demande de soins oculaires va continuer de croître fortement sur la prochaine décennie	26
SECTION 2	Une offre médicale sous tension	29
2.1	Une filière structurée par les trois « O »	30
2.1.1	Les ophtalmologistes : la pierre angulaire du système	31
2.1.2	Les orthoptistes : les partenaires privilégiés des ophtalmologistes	32
2.1.3	Les opticiens-lunetiers : les professionnels de proximité	33
2.1.4	Les optométristes : un gisement de compétences sous-exploité	34
2.2	Démographie des trois « O »	35
2.2.1	Les trois « O » représentent plus de 42 000 professionnels	35
2.2.2	Des rythmes de croissance démographique inégaux	35
2.3	Le choc démographique en ophtalmologie	38
2.3.1	Un manque d'ophtalmologistes compensé en partie par des gains de productivité	38
2.3.2	Une situation qui affecte les délais de rendez-vous	39
2.3.3	Une situation qui alimente les dépassements d'honoraires	45
2.3.4	Vers une baisse des médecins ophtalmologistes	47
2.4	Le boom démographique des opticiens	50
2.4.1	Le nombre de magasins d'optique explose	50
2.4.2	Une concurrence biaisée	51
2.5	Protocoles de coopération : une meilleure répartition des tâches	53

2.6	« Point Vision » : une organisation optimisée des soins de ville	57
2.6.1	Un dispositif récent, en plein développement	57
2.6.2	Un travail d'équipe optimisé	57
2.6.3	Une productivité élevée	58
2.6.4	Des tarifs du secteur 1	58
2.6.5	Une logique d'innovation	59
SECTION 4	Un financement sous tension	60
4.1	Des comptes sociaux structurellement déficitaires	61
4.1.1	La nécessaire maîtrise des comptes publics	61
4.1.2	Assainir les comptes de l'assurance maladie	61
4.2	Les complémentaires santé : premiers financeurs de la filière	63
4.2.1	La part de la sécurité sociale dans le frais d'ophtalmologie recule	63
4.2.2	Une participation symbolique de l'assurance maladie au financement des optiques	65
4.2.3	Des chirurgies réfractives non remboursées par l'assurance maladie	69
4.2.4	Quelle régulation des dépenses par les complémentaires santé ?	73
SECTION 5	Comparaison internationale	74
5.1	Le modèle allemand	76
5.2	Le modèle britannique	77
5.3	La réforme néerlandaise	78
5.4	La délégation des tâches	79
5.5	La qualité des soins oculaires	85
5.6	Les revenus des professionnels	89
ANNEXE	Bibliographie	92

Liste des encadrés

1.	Les troubles de la réfraction	17
2.	Les pathologies dégénératives de l'œil fréquentes	22
3.	La santé visuelle dans le monde	28
4.	La féminisation des trois « O »	37
5.	Une offre avant tout libérale	44
6.	Comparaisons internationales	49
7.	Les recommandations du rapport « Voynet »	56
8.	Les assurances doivent-elles financer la mode ?	68
9.	La certitude ne s'assure pas !	72
10.	L'organisation des soins oculaires en Suède	84
11.	L'organisation des soins oculaires au Canada	88

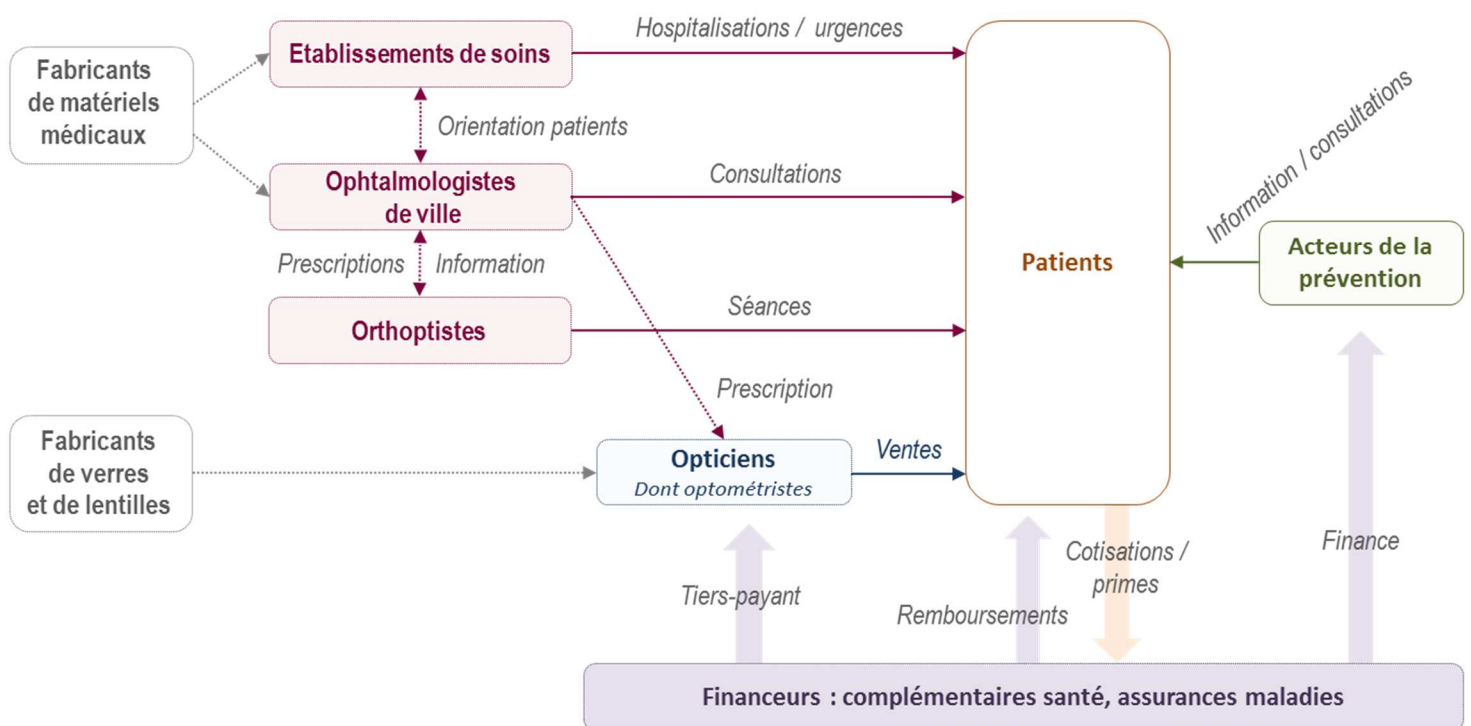
Section 0

La filière de la santé visuelle

Présentation de la filière & synthèse

Présentation de la filière

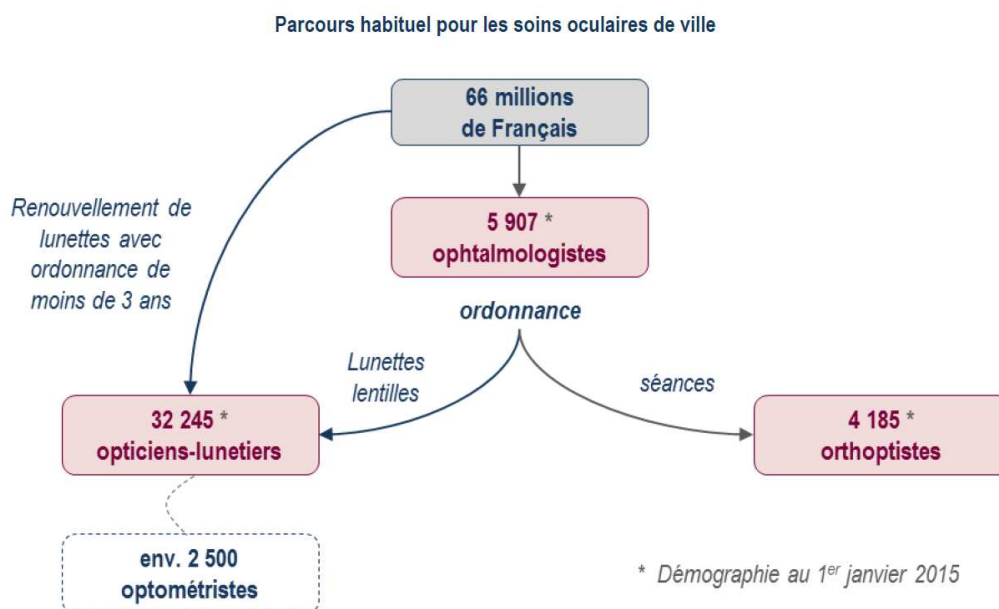
- La **filière de la santé visuelle** regroupe l'ensemble des acteurs impliqués dans la délivrance de soins oculaires.
- Elle inclut :
 - Les **individus**, premiers responsables de la préservation de leur santé visuelle ;
 - Les **acteurs de la prévention** (médecins généralistes, pouvoirs publics...) ;
 - Les **prestataires de soins oculaires** : ophtalmologistes de ville, orthoptistes, établissements hospitaliers ;
 - Les **opticiens-lunetiers**, détaillants d'optiques de vue et solaires ;
 - Les **fabricants de matériel** : verres et matériels médicaux (diagnostic, traitement laser...) ;
 - Les **financeurs tiers** : complémentaires santé, assurances maladies.



Synthèse

- **Les troubles visuels sont largement répandus au sein de la population et sont même généralisés après 45 ans.** En conséquence, plus de la moitié des Français portent des lunettes de vue ou des lentilles. Chez les plus de 65 ans, neuf personnes sur dix en disposent.
- **La demande de soins visuels explose.** Portée par la croissance de la population, son vieillissement, la pénétration des écrans dans nos vies, l'essor du diabète et une exigence plus importante des Français à l'égard de leur vue, la demande de soins oculaires a très fortement augmenté au cours des dernières décennies. **Cette tendance se poursuit alors que les effectifs en ophtalmologie devraient demeurer stables, voir se réduire légèrement.** Cette situation rend nécessaire une adaptation rapide de l'offre de soins pour répondre aux besoins à venir.
- **La prise en charge des pathologies de l'œil est en France organisée autour de trois professions, dites les trois « O ».** Il s'agit des :
 - **Ophtalmologistes**, qui forment la porte d'entrée privilégiée des parcours de soins oculaires et la pierre angulaire du système ;
 - **Orthoptistes**, spécialistes de la rééducation et partenaires privilégiés des ophtalmologistes ;
 - **Opticiens-lunetiers**, à la fois commerçants et professionnels paramédicaux, ils assurent un service de proximité.

Les **optométristes** (généralement opticiens) constituent une profession à part. Ils sont en mesure de conduire des examens basiques de la réfraction. Leurs compétences n'étant pas reconnues par le Code de la santé publique, leurs prestations ne donnent lieu à aucun remboursement par l'assurance maladie.



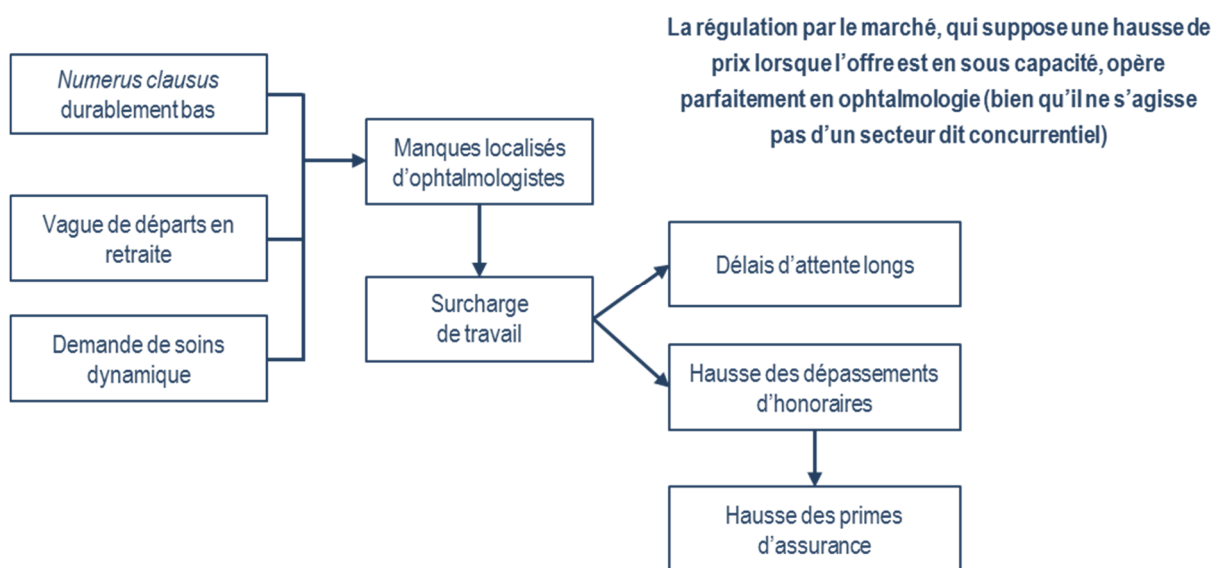
▪ **La filière souffre de trois déficiences majeures qui impactent l'accessibilité aux soins :**

1. Un Français sur dix renonce à des soins optiques, ce qui explique que des inégalités sociales de vision persistent. **Le déficit d'information est de loin la première cause de ce phénomène.** Les opticiens sont dans l'obligation de proposer au moins une paire de lunettes à un prix inférieur au plafond du remboursement de la CMU-C (soit entre 55 et 195 euros suivant la complexité des verres). Les individus les plus modestes, couverts par la CMU-C, peuvent ainsi obtenir sans frais des optiques adaptées (pas d'avance de frais chez l'ophtalmologiste, ni chez l'opticien). De manière générale, **les Français sont insuffisamment informés sur les aides, sur les modalités de prise en charge par les assurances publiques et privées, ainsi que sur les offres à bas prix.** Mal informés, certains tardent à s'équiper en optiques ou à renouveler leur équipement. Ce comportement entretient une gêne visuelle quotidienne pourtant évitable, et réduit les opportunités de dépistage de maladies oculaires potentiellement graves.

2. La filière souffre d'une **pénurie croissante d'ophtalmologistes dans de nombreux territoires.** Pour les patients, cela se traduit par :
 - des **délais d'attente particulièrement longs**, souvent de plusieurs mois (environ 3 mois en moyenne, avec des pics à 6 mois dans les localités les moins médicalisées) ;
 - une **hausse soutenue des dépassements d'honoraires**. En 2010, les dépassements représentaient un quart des honoraires des ophtalmologistes, contre 16% pour l'ensemble des spécialités.

Cette situation devrait s'aggraver au cours des années à venir avec une stabilité ou une baisse du nombre d'ophtalmologistes résultant d'un *numerus clausus* des études médicales trop bas durant les années 2000 et d'une vague de départs en retraite, alors même que la demande de soins augmente sensiblement. Malgré la prise en compte du phénomène de cumul emploi-retraite et des installations de médecins étrangers, le SNOF anticipe une baisse du nombre d'ophtalmologistes comprise entre 10 et 20% à horizon 2025. Au-delà, leurs effectifs devraient de nouveau augmenter.

Des délais d'attente longs et d'importants dépassements d'honoraires

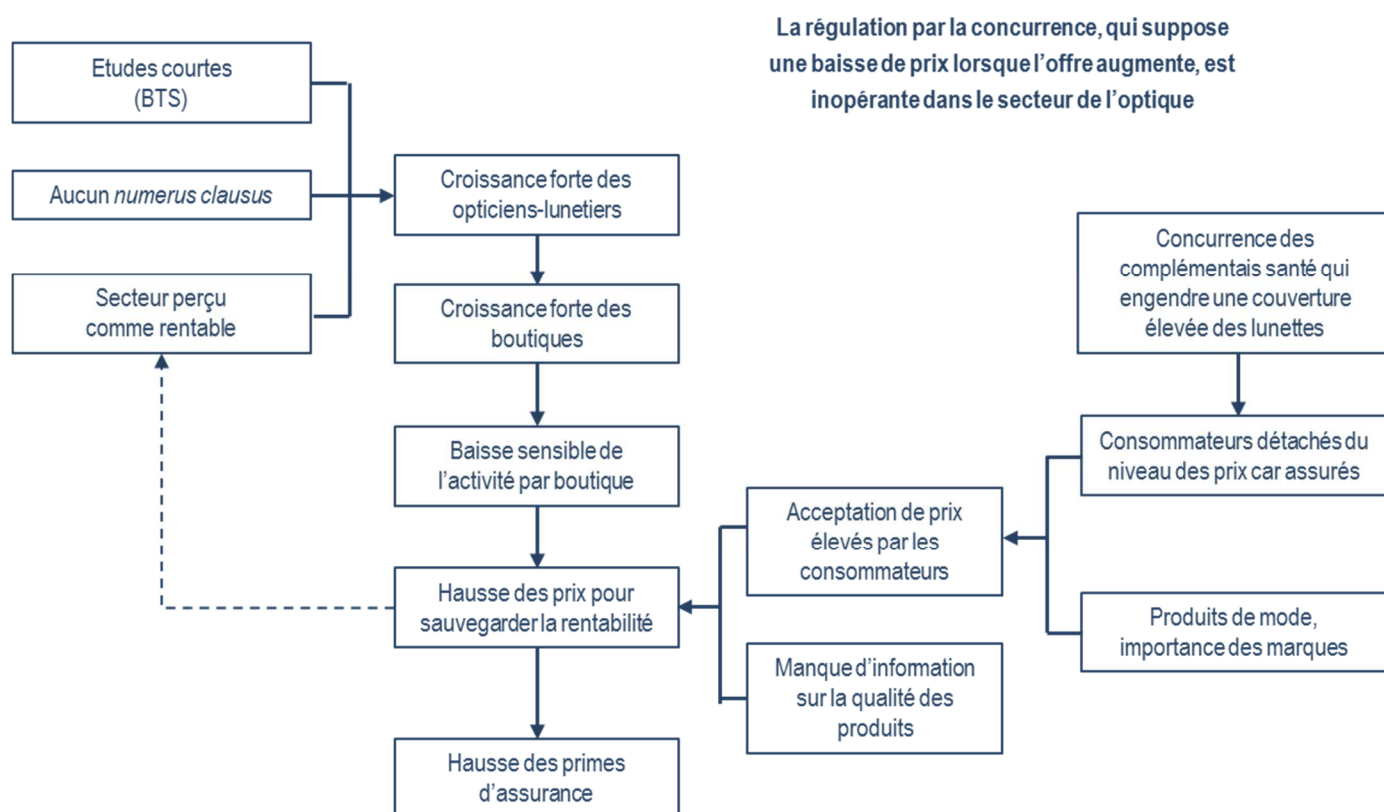


3. La filière souffre de **prix élevés en matière d'optiques**. Fortement atomisé, le secteur des opticiens-lunetiers subit une inefficience collective : diluée sur un grand nombre d'offres, la demande se traduit par une moyenne de seulement trois ventes de lunettes par jour ouvré et par magasin, ce qui oblige chaque établissement à pratiquer des prix élevés pour demeurer rentable.

Les mécanismes de régulation des prix par la concurrence sont quasiment inopérants car :

- les consommateurs sont détachés du niveau des prix du fait de leur couverture assurantielle (en moyenne, ils ne supportent qu'un cinquième de la dépense) ;
- par manque d'information sur la qualité des verres, il est difficile pour eux de comparer les offres de différents opticiens.

Une régulation par la concurrence inopérante sur le marché de l'optique



- **En conséquence de ces inefficiences, les ménages paient leur santé plus chère.** Les dépassements d'honoraires et le coût élevé des optiques se traduisent par des restes à charge plus élevés et par une revalorisation induite des primes d'assurance.
- **Le besoin de réguler la filière est de plus en plus pressant.** Sous l'effet, entre autres, de la croissance et du vieillissement de la population, la demande de soins oculaires croît fortement. Elle pourrait augmenter d'un tiers sur les dix prochaines années. A modèle d'organisation constant, les délais d'attente et les coûts des soins deviendront de plus en plus contraignants pour les ménages. Les délégations de tâches et les coopérations entre les professionnels de la filière se développent pour optimiser la prise en charge des patients dans un contexte de démographie médicale atone. Ces mesures n'ont cependant pas encore permis de résoudre les problèmes des délais d'attente et de dépassements d'honoraires. Pour obtenir des résultats concrets et rapides à l'échelle du pays, le développement des délégations et des coopérations

entre professionnels doit s'accélérer. Les recommandations du rapport de l'IGAS, publié en juillet 2015, vont dans ce sens.

- **Les complémentaires santé sont les premiers financeurs de la filière.** L'assurance maladie se désengage progressivement du financement des soins visuels. Ne prenant pas en charge les dépassements d'honoraires, son poids dans les remboursements des consultations se réduit tendanciellement. Surtout, elle est presque absente du financement des optiques et n'opère aucun remboursement des chirurgies réfractives. Supportant une part importante du financement, les complémentaires santé sont légitimes pour endosser un rôle déterminant de régulation des dépenses qui leur incombent. D'une position de « payeurs aveugles » à faible valeur ajoutée, elles doivent endosser une position plus affirmée de « payeurs régulateurs » à forte valeur ajoutée.

Section 1

La filière de la santé visuelle

Des pathologies répandues & en forte croissance

1.1 Analyse statique : des pathologies répandues

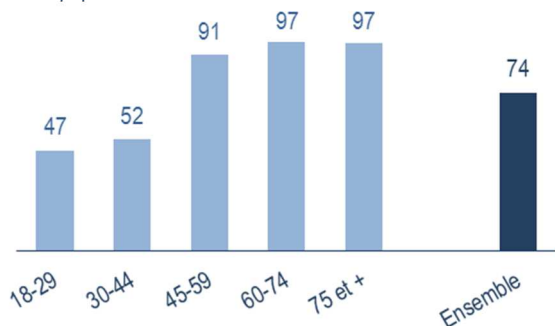


Les troubles visuels sont largement répandus au sein de la population et sont même généralisés après 45 ans. En conséquence, plus de la moitié des Français portent des lunettes de vue ou des lentilles. Des inégalités sociales de vision persistent, ce qui s'explique notamment par une déficience informationnelle à l'égard des aides et des offres de soins à bas prix. A cet égard, il apparaît nécessaire d'améliorer la connaissance des Français en matière de santé visuelle et d'aide à l'accès aux soins.

1.1.1 Les trois quarts des Français de 18 ans et plus déclarent un trouble de la vue

Les troubles de la vision sont des pathologies courantes au sein de la population, surtout après 45 ans. Lors de l'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008, les trois quarts des Français de 18 ans et plus (74%) ont renseigné un trouble de leur vue, hors lunettes ou lentilles de contact s'ils en possèdent. La prévalence auto-déclarée atteint la moitié des 30 à 44 ans (52%) et augmente sensiblement après 45 ans, avec l'apparition des maladies dégénératives de l'œil (presbytie, cataracte, glaucome et DMLA essentiellement). Neuf Français sur dix ayant entre 45 et 59 ans (91%) déclarent ainsi éprouver une gêne visuelle hors correction. Au-delà de 60 ans, les troubles de la vue sont clairement généralisés (97% de la population).

Part de personnes déclarant avoir un trouble de la vision, hors lunettes et lentilles de contact
% de la population



74%

des Français
déclarent un
trouble de la vue

97%

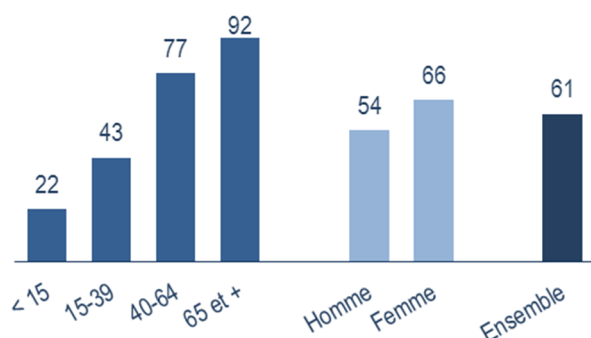
des Français de 65 ans
et plus déclarent un
trouble de la vue

Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008

1.1.2 Six Français sur dix portent une correction visuelle

Le système de santé français étant relativement performant, **la correction des troubles visuels est plutôt régulière dans le pays**. Ainsi, suivant l'enquête santé et protection sociale (ESPS)¹, 61% de la population française portait des lunettes de vue ou des lentilles en 2012, ce qui représente 39 millions de personnes. Les Français « à lunettes » de plus de 64 ans sont environ 10 millions, soit 92% de la classe d'âge². Les femmes tendent plus souvent que les hommes à disposer d'une correction optique (66% contre 54%).

Part de personnes déclarant porter des lunettes ou des lentilles
% de la population



61% des Français portaient des lunettes en 2012

92% des Français de 65 ans et plus portaient des lunettes en 2012

Source : ESPS 2012

Bien que le port de lunettes de vue ou de lentilles soit courant dans le pays, **chaque Français ne dispose pour autant pas d'une correction parfaitement adaptée à sa vue**. L'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008 révèle en effet que 7% des Français éprouvent des difficultés pour distinguer les caractères d'un journal, avec correction s'ils en possèdent. Les gênes visuelles de lecture (correction comprise) concernent 10% des 45 à 59 ans et 20% des plus de 74 ans. Les difficultés pour voir de loin sont un peu moins répandues, avec 4% de la population et 15% des plus de 74 ans. **Outre des gênes de lecture et de reconnaissance des visages, les troubles visuels non parfaitement corrigés constituent un facteur de risque pour les accidents de la vie courante, du travail et de la route.**

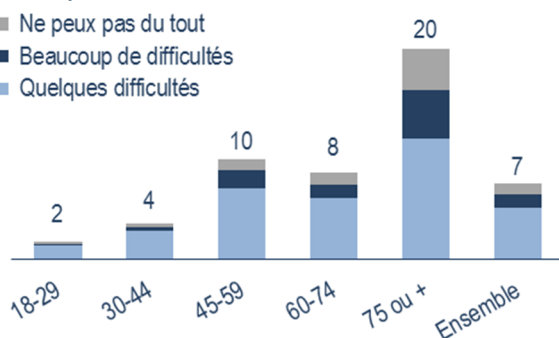
¹ L'ESPS est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle se réalise tous les deux ans auprès de 8 000 ménages ordinaires, pour un total de 22 000 personnes. En 2012, 16 137 personnes ont répondu à la question sur le port d'une correction visuelle. Les résultats de l'ESPS, qui portent sur l'ensemble de la population, ne peuvent être directement comparés à ceux de l'enquête Handicap-Santé, qui portent sur la population de 18 ans et plus.

² Pour comparaison, le port d'un appareil auditif ne concerne que 0,4% des 15 à 39 ans, 1,5% des 40 à 64 ans et 11,5% des 65 ans et plus.

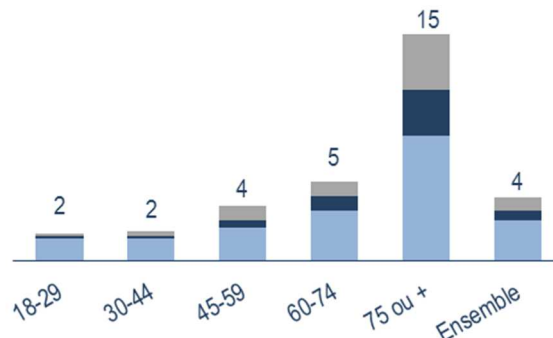
Part des Français déclarant une gêne visuelle, avec lunettes ou lentilles de contact s'ils en possèdent
 % de la population

Vision de près

- Ne peux pas du tout
- Beaucoup de difficultés
- Quelques difficultés



Vision de loin



Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008

1.1.3 Les troubles de la vue mal corrigés reflètent les inégalités sociales

Les inégalités sociales de santé persistent en France et cela s'observe notamment à l'égard des limitations fonctionnelles de la vue. Les individus aux revenus modestes déclarent en effet plus souvent des difficultés résiduelles de vision (soit avec correction s'ils en possèdent) que les individus aux revenus les plus élevés. Lors de l'enquête Handicap-Santé de 2008, les Français appartenant au premier quartile de niveau de vie ont ainsi été :

- trois fois plus nombreux à renseigner une gêne résiduelle pour la vision de près que ceux appartenant au dernier quartile (12% contre 4%) ;
- deux fois plus nombreux à renseigner une gêne pour la vision de loin (7% contre 3%).

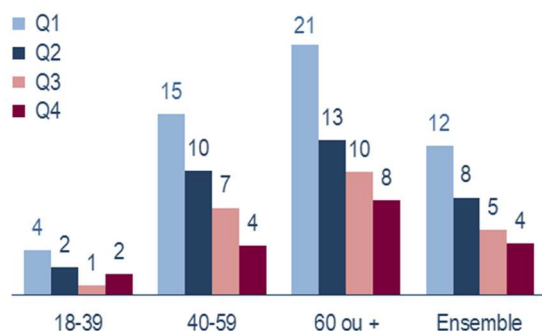
Pour les seniors (60 ans ou plus), le rapport interquartile atteint 2,6, tant pour les gênes de près que de loin.

Proportion des personnes déclarant avoir une gêne résiduelle (avec correction)

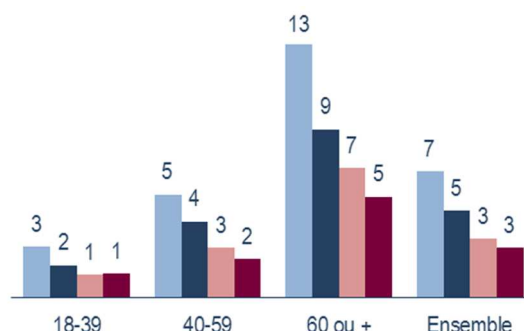
% de la population française, par quartile de niveau de vie

Vision de près

- Q1
- Q2
- Q3
- Q4



Vision de loin



Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008

A caractéristiques comparables (âge, sexe, situation à l’égard du diabète, assurance), une personne inactive (non retraitée) présente 2,8 fois plus de risques de déclarer des difficultés à voir de près et 2,1 fois plus de risque de déclarer des difficultés à voir de loin qu’une personne appartenant à une profession intermédiaire. Le risque est également plus prononcé chez les employés et les ouvriers.

Modélisation des gènes visuelles non corrigées

Champ : France, personnes de 20 ans ou plus

Sources : Insee, enquête Handicap-Santé 2008

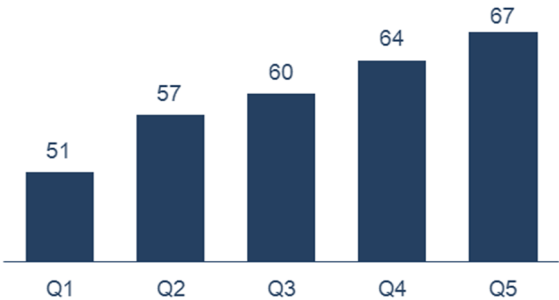
		Rapports de chance	
		Difficultés pour voir de près	Difficultés pour voir de loin
Âges	20-29 ans	0,2	0,3
	30-39 ans	0,3	0,4
	40-49 ans	ns*	0,6
	50-59 ans	ns*	ns*
	60-69 ans	Réf**	Réf**
	70-79 ans	1,4	1,9
	80 ou plus	3,2	3,8
Profession et CSP	Indépendants	1,5	ns*
	Cadres	0,7	0,7
	Professions intermédiaires	Réf**	Réf**
	Employés	1,6	1,4
	Ouvriers	1,7	1,6
	Inactifs (hors retraités)	2,8	2,1
Sexe	Homme	Réf**	Réf**
	Femme	ns*	1,6
Couverture médicale	Couverture complémentaire	Réf**	Réf**
	CMU-C	1,7	1,5
	Sans couverture complémentaire	1,5	1,8
Diabète	Sans diabète	Réf**	Réf**
	Diabète	1,8	1,9

* ns : non significatif. ** réf. : modalité de référence.

Lecture : à caractéristiques identiques (âge, catégorie socioprofessionnelle, sexe, niveau de couverture complémentaire), les personnes atteintes de diabète ont 1,8 fois plus de risques de déclarer des difficultés à voir de près que de ne pas avoir de difficultés par rapport aux personnes n’ayant pas de diabète. Autrement dit, si p1 est la probabilité d’avoir des difficultés pour voir de près pour les premiers, et p2 la probabilité pour les seconds, le rapport de chances est : $[p1/(1-p1)]/[p2/(1-p2)]$. Plus simplement, un rapport de chance supérieur à 1 (respectivement inférieur à 1) signifie que la probabilité d’avoir des difficultés à voir est plus importante (respectivement moins importante) que pour la modalité de référence.

Malgré des troubles plus fréquents, **le port d’une correction est moins répandu parmi les populations aux revenus modestes que parmi celles aux revenus les plus élevés**. Suivant l’enquête ESPS, 51% des Français appartenant au premier quintile de niveau de vie portaient une correction en 2012, contre 67% des Français appartenant au dernier quintile.

Part des Français déclarant porter des lunettes ou des lentilles
 % de la population, par quintile de niveau de vie



Source : Irdes, ESPS 2012

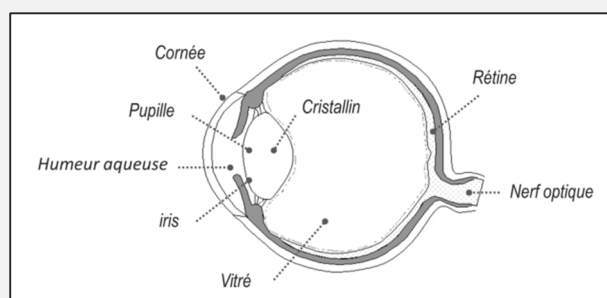
Les inégalités sociales d'acuité visuelle et de correction s'expliquent par :

- un manque d'informations quant aux aides à l'accès aux soins et à l'assurance ;
- des difficultés d'accès aux soins pour cause de délai d'attente ;
- une moindre attention à la prévention des troubles visuels au sein des populations à revenu modeste qu'au sein des populations à revenu plus élevé.

Encadré 1

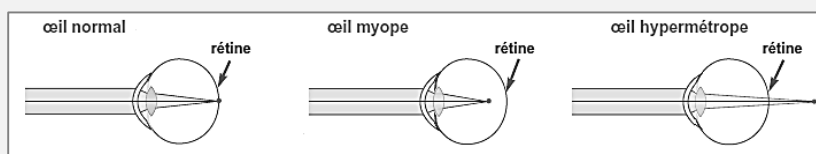
Les troubles de la réfraction

Notre vue repose sur la perception des rayons lumineux qui rebondissent sur les surfaces et les objets avant d'atteindre la rétine. En pénétrant l'œil, la lumière traverse successivement quatre zones transparentes : la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin et le corps vitré. La direction rectiligne de la lumière est déviée en traversant chacune de ces zones. Cette déviation, appelée **réfraction**, permet la convergence des rayons sur la rétine. On parle ainsi de **troubles de la réfraction, ou d'amétropie, lorsque les rayons sont orientés trop en avant (myopie) ou trop en arrière (hypermétropie) de la rétine.**



Quatre troubles de la réfraction sont fréquents : la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

- La **myopie** se traduit par une vision floutée des objets éloignés tandis que la perception des objets proches demeure nette.
- L'**hypermétropie** se traduit par une vision floutée des objets proches tandis que la perception des objets éloignés demeure nette.
- L'**astigmatisme** provoque une déformation des images, avec une vue imprécise et floue à toutes distances. Ce trouble résulte d'une forme ovale de la cornée (normalement ronde). La cornée oriente ainsi la lumière en différents points de l'œil, à l'avant comme à l'arrière de la rétine.
- La **presbytie** résulte du vieillissement naturel de l'œil. Ses premiers effets apparaissent généralement entre 40 et 45 ans, avec le durcissement du cristallin. Cette pathologie se traduit par des difficultés pour voir de près.



1.1.4 Par manque d'information, un Français sur dix renonce à des soins optiques

En apparence, un renoncement pour raisons financières...

Suivant l'enquête ESPS, **10% des bénéficiaires de l'assurance maladie âgés d'au moins 18 ans ont renoncé à des soins optiques (lunettes, verres, montures ou lentilles) pour causes financières en 2012**. C'est moins que les renoncements aux soins dentaires (18%) mais plus que les consultations de médecins (5%) et les « autres types de soins » (4%). **Ce sont logiquement les personnes démunies d'assurance complémentaire qui déclarent le plus souvent renoncer aux soins optiques pour raisons financières** : 24% d'entre elles y ont renoncé en 2012, contre 15% pour les bénéficiaires de la CMU-C et moins de 9% pour les détenteurs d'une assurance privée. Les individus appartenant aux ménages les plus pauvres, ceux du premier quintile de niveau de vie, sont 15% à avoir renoncé à des soins optiques pour causes financières, contre « seulement » 3,6% des individus appartenant aux ménages les plus riches, ceux du dernier quintile.

Les personnes seules (14,2%) et les familles monoparentales (15,6%) renoncent plus souvent aux soins que les couples, avec ou sans enfant (respectivement 8,8% et 8,1%). De manière générale, les personnes déclarant un état de santé « *mauvais* » (19,5%) ou « *très mauvais* » (29,9%) renoncent nettement plus souvent aux soins que la population qui se juge en bonne santé (7,8%).

Personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois

Source : Enquête ESPS 2012

	Soins optiques (lunettes, verres, montures ou lentilles)	Soins dentaires	Consultations de médecins	Autres soins ou examens
Variables sociodémographiques				
Age				
18 à 39 ans	8,4	17,6	7,7	5,3
40 à 64 ans	11,2	18,7	5,0	4,7
65 ans ou plus	9,5	15,6	2,4	3,2
Sexe				
Homme	7,9	16,1	4,1	3,5
Femme	11,6	19,2	6,7	5,6
Occupation principale				
Actif occupé	8,1	16,7	5,2	4,1
Chômeur	14,9	26,9	12,4	8,7
Retraité / veuf inactif	10,5	15,4	2,7	3,5
Femme / homme au foyer	12,9	21,7	7,3	5,6
Etudiant / enfant	9,2	12,4	7,5	5,9
Autre situation	21,3	32,7	9,5	11,3
Profession de la personne de référence du ménage				
Agriculteur	6,4	9,7	1,6	1,9
Artisan, commerçant	9,6	14,8	3,7	3,4
Cadre et profession intellectuelle	6,1	11,2	2,9	2,7
Profession intermédiaire	7,5	16,6	4,7	4,1
Employé administratif	11,9	21,1	6,4	6,8
Employé de commerce	13,6	25,7	8,5	8,0
Ouvrier qualifié	11,7	20,2	6,6	4,8
Ouvrier non qualifié	13,2	23,0	8,5	6,7
Inactif n'ayant jamais travaillé	13,5	20,3	7,5	2,1
Non renseigné				

	Soins optiques (lunettes, verres, montures ou lentilles)	Soins dentaires	Consultations de médecins	Autres soins ou examens
Variables sociodémographiques				
Diplôme obtenu le plus élevé				
Aucun diplôme	12,7	23,6	7,0	6,0
Certificat d'études primaires (CEP)	11,2	16,7	3,6	3,3
1er cycle : brevet jusqu'à CAP/BEP	10,5	20,0	5,7	4,9
2nd cycle : baccalauréat	7,9	16,7	6,3	4,6
Supérieur	8,1	13,2	4,2	3,8
Scolarité / études en cours	9,3	12,6	7,6	6,0
Autre diplôme ou non renseigné				
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintiles (indice OCDE)				
1er quintile [0 - 926 €[	15,2	27,6	9,8	8,8
2e quintile [926 - 1 264 €[	12,5	21,4	8,0	5,7
3e quintile [1 264 - 1 600 €[	9,0	17,1	4,7	4,0
4e quintile [1 600 - 2 120 €[	8,3	14,7	3,1	3,3
5e quintile [2 120 € - Max]	3,6	8,6	1,5	1,6
Non renseigné	10,2	17,3	5,5	4,4
Type de ménage				
Personne seule	14,2	19,7	6,0	6,2
Famille monoparentale	15,6	26,7	11,1	8,9
Couple sans enfant	8,8	14,3	2,8	2,6
Couple avec enfant(s)	8,1	17,0	5,5	4,3
Autre situation	14,1	26,2	10,6	7,2
Zonage en aires urbaines				
Grands pôles	10,7	19,2	6,2	5,2
Espaces périurbains des grands pôles	8,7	16,0	5,1	4,3
Moyens/petits pôles	8,7	18,1	4,5	3,0
Espaces périurbains des moyens/petits pôles	7,8	14,4	3,0	4,1
Espaces hors de l'aire de l'influence des villes	12,0	15,8	4,1	3,6
Variables de protection sociale				
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale				
Oui	13,9	21,4	5,1	4,5
Non	8,9	16,9	5,6	4,6
Non renseigné				
Présence d'une complémentaire santé privée ou de la CMU-C				
Bénéficie d'une CS privée	8,8	16,2	4,8	4,0
Bénéficie de la CMU-C	15,1	21,6	7,8	5,8
Ne bénéficie pas d'une CS	23,8	41,4	14,9	15,0
Situation indéterminée				
Variables d'état de santé				
Comment est votre état de santé en général ?				
Très bon	6,7	11,0	2,6	2,4
Bon	7,8	13,5	4,0	3,5
Assez bon	12,8	23,1	6,5	6,7
Mauvais	19,5	32,3	10,3	8,7
Très mauvais	29,9	36,0	7,6	11,5
Non renseigné				
Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?				
Oui	13,2	21,6	6,2	5,8
Non	7,5	13,6	3,8	3,4
Ne sait pas	13,1	23,3	7,7	9,4
Non renseigné				
Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?				
Oui, fortement limité	16,9	28,8	6,9	6,7
Oui, limité, mais pas fortement	14,8	22,1	7,1	7,9
Non	7,7	14,3	4,0	3,3
Non renseigné				
Ensemble	9,8	17,7	5,5	4,6

... En réalité, un renoncement pour manque d'informations.

En matière d'équipement optique, **les renoncements aux soins pour raisons financières s'expliquent en réalité par une déficience informationnelle et assez peu par une insuffisance du système d'assurance.**

L'image des lunettes chères est ancrée dans l'esprit des ménages et il est vrai que le prix moyen des lunettes de vue vendues en France est élevé. Suivant une enquête de l'association UFC-Que Choisir³, ce prix était de 470 euros TTC en 2013. Les Français savent que l'assurance maladie couvre mal les dépenses d'optique mais ils savent moins que :

- la réglementation impose des offres à bas prix dans tous les magasins d'optique ;
- des aides à l'assurance (CMU-C et ACS) sont accessibles aux ménages modestes.

Les opticiens sont dans l'obligation de proposer au moins une paire de lunettes à un prix inférieur au plafond du remboursement de la CMU-C. Cette assurance publique, gratuite pour ses bénéficiaires, prend en charge une paire de lunettes par an, pour un montant compris entre 54,6 et 194,4 euros selon la complexité des verres. Suivant leurs choix de monture et de traitement des verres, les assurés de la CMU-C peuvent donc ne supporter aucun reste à charge. S'ils sélectionnent un équipement de gamme plus élevée, ils sont logiquement tenus de financer eux-mêmes la différence entre le prix et leur plafond de remboursement. Suivant une enquête de 2011, conduite par le Crédoc pour le compte de la CNAMTS⁴, 520 000 bénéficiaires de la CMU-C achèteraient chaque année des lunettes de vue. Parmi les sondés, 62% ont renseigné un remboursement intégral. Les autres ont accepté un reste à charge pour répondre à leurs attentes d'une qualité supérieure⁵.

Les Français aux revenus modestes, mais néanmoins légèrement supérieurs au seuil de la CMU-C, peuvent quant à eux prétendre à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'enquête « Précarité & accès à la santé visuelle », réalisée en décembre 2014 auprès de 115 personnes en situation de précarité, aboutit également au constat que **le déficit d'information est de loin la première cause de renoncement aux soins.** Parmi les sondés, nombreux sont ceux qui ignorent les prix des lunettes et qui surestiment largement les tarifs d'entrée de gamme. En outre, nombreux sont ceux qui méconnaissent les démarches à suivre pour la prise en charge médicale et financière de leurs défauts visuels : qui consulter ? Comment fonctionne la couverture ? Quels sont les soins et les montants remboursés ? Etc. Pourtant, parmi cette population, fortement précaire, 6 personnes sur 10 disposaient d'une couverture permettant une prise en charge significative, voire totale, des frais optiques.⁶

³ UFC-Que Choisir, « Distribution de l'optique, examen à la loupe d'un marché juteux ». Avril 2013.

⁴ Crédoc, « Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique ». Février 2012.

⁵ L'offre de montures « CMU-C » serait limitée et peu attrayante. Les verres proposés sont démunis d'option « standards » (anti-rayure, verres incassables). Le reste à charge moyen pour les assurés de la CMU-C serait de 165 euros.

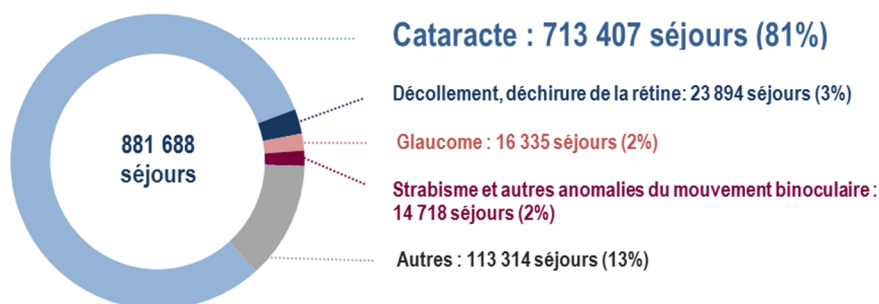
⁶ L'enquête a été réalisée par Gallileo Business Consulting pour le compte des associations Emmaüs et VisionSoliDev. Les participants à l'enquête sont des personnes ayant été accueillies par Emmaüs Solidarité, à Paris et en région parisienne, et orientées vers VisionSoliDev pour un bilan ophtalmologique et la fourniture de lunettes adaptées. Quatre-vingt-cinq pourcents des sondés disposaient d'une couverture santé, dont 15% étaient couverts par la sécurité sociale (dont certains avaient une complémentaire), 40% disposaient de la CMU-CMUC et 30% bénéficiaient de l'aide médicale d'Etat (dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions).

1.1.5 La cataracte est la première cause d'hospitalisation en France

Les pathologies de l'œil ont entraîné 881 668 hospitalisations en 2012, soit 5,3% des séjours en établissement de soins de courte durée, toutes causes confondues. Les chirurgies de la cataracte représentent à elles seules 81% des opérations de l'œil et de ses annexes. **Toutes maladies confondues, la cataracte est ainsi l'opération la plus pratiquée en France.**

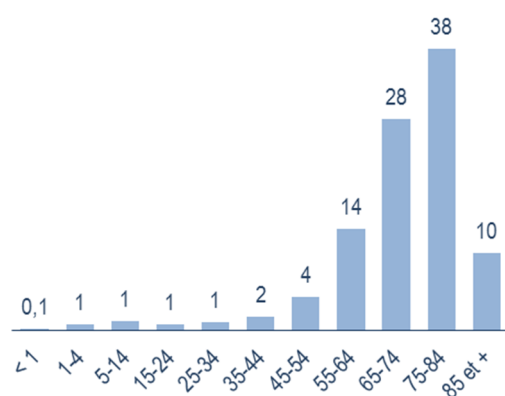
Relativement négligeable jusqu'à 55 ans, le recours aux établissements de soins pour les maladies de l'œil augmente très sensiblement aux âges plus avancés. Les trois quarts des interventions (76%) concernent ainsi des patients de plus de 64 ans (90% si on étend au plus de 54 ans). Le taux de recours atteint 14% chez les 55 à 64 ans, 47% chez les 65 à 74 ans et 81% chez les 75 à 84 ans. La plupart des individus ayant été opérés de l'œil entre 65 et 84 ans, le recours parmi les 85 ans et plus redescend à 52%.

Séjours hospitaliers liés aux maladies de l'œil et de ses annexes
Année 2012



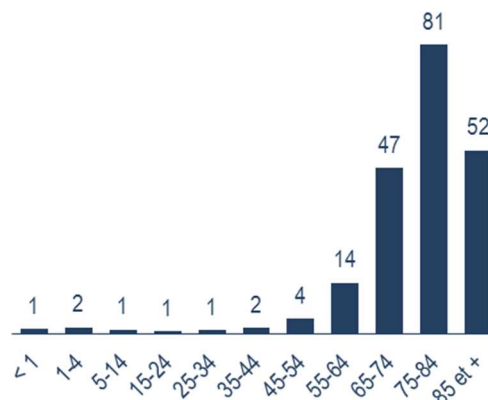
Source : base PMSI

Répartition des séjours hospitaliers liés aux maladies de l'œil et de ses annexes
%, année 2012



Source : base PMSI

Taux de recours aux établissements de soins de courte durée MCO pour les maladies de l'œil et de ses annexes
%, année 2012



Source : base PMSI

Les pathologies dégénératives de l'œil fréquentes

Cataracte

La cataracte résulte d'une **opacification progressive du cristallin**, normalement transparent, qui réduit peu à peu l'acuité visuelle. **Il s'agit de la première cause de cécité dans les pays en développement.** Au sein des pays riches, elle affecte essentiellement les personnes âgées de plus de 70 ans. La maladie débute néanmoins plus tôt, vers 45 ans, puis s'aggrave progressivement. Si la cataracte apparaît spontanément avec l'âge dans la majorité des cas, **certaines facteurs précipitent son apparition et son ampleur**, comme les expositions prolongées aux ultraviolets, le tabagisme, l'usage de drogues, certains traitements médicamenteux prolongés, certaines maladies (comme le diabète) et l'hérédité. **La cataracte est efficacement soignée par chirurgie ambulatoire, en 10 à 20 minutes seulement.** Elle représente en France huit séjours hospitaliers sur dix pour cause de maladie de l'œil.

DMLA

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est une maladie dégénérative liée **au vieillissement de la rétine** (plus particulièrement de sa zone centrale, la macula). Cette maladie survient généralement après 50 ans et constitue la **première cause de malvoyance chez les personnes âgées.** Toutes formes confondues, elle concerne 8% de la population française de plus de 50 ans, 10% des 65 à 75 ans et 25 à 30% des plus de 75 ans. La DMLA se traduit par une **dégradation progressive de la vision centrale** et provoque donc des difficultés de lecture, de conduite ou encore de reconnaissance faciale. Il existe différentes formes de DMLA. La forme « sèche précoce » est asymptomatique. Elle peut demeurer stable tout au long de la vie ou bien évoluer vers l'une des deux formes dégénératives : atrophique ou humide. La forme dégénérative atrophique, dite également « sèche avancée », est liée à une perte lente de la vision centrale (entre 5 et 10 ans) pour laquelle il n'existe à ce jour aucun traitement curatif (des traitements existent néanmoins pour ralentir son évolution). A l'inverse, la forme « humide » se guérit bien. Elle s'accompagne toutefois d'une perte rapide de la vision centrale (en quelques semaines seulement). lorsqu'elle n'est pas traitée à temps

Glaucome

Le glaucome résulte d'un excès de **pression intraoculaire** qui, avec le temps, endommage les fibres nerveuses de la rétine et du nerf optique. Les sujets atteints de glaucome endurent une **perte progressive et irréversible de la vision** (de la périphérie vers le centre). Les personnes concernées ont généralement plus de 45 ans, bien que, comme la cataracte, cette maladie puisse se déclarer à tout âge de la vie. Environ 1 million de Français souffrent d'un glaucome.

1.2 Analyse dynamique : des besoins en forte croissance



Portée par la croissance de la population, son vieillissement, la pénétration des écrans dans nos vies, l'essor du diabète et une exigence plus importante des Français à l'égard de leur santé visuelle, la demande de soins oculaires a très fortement progressé au cours des dernières décennies. Cette tendance se poursuit alors que les effectifs en ophtalmologie devraient bientôt se réduire. Cette situation rend nécessaire une adaptation rapide de l'offre de soins pour répondre aux besoins à venir.

1.2.1 La demande de soins visuels explose

Cinq déterminants majeurs de la demande

La demande de soins visuels a très fortement augmenté au cours des dernières décennies, portée à la fois par :

- **la croissance de la population et son vieillissement ;**
- **l'amélioration des diagnostics et des thérapeutiques.** Notamment, la DMLA est aujourd'hui mieux diagnostiquée et sa prise en charge requière plus de consultations qu'auparavant ;
- **l'impact néfaste des écrans et des LEDS sur nos yeux.** Les téléviseurs, écrans d'ordinateur, tablettes, téléphones portables, ampoules à basse consommation et LEDS nous exposent à des pics de lumière bleue, appelée aussi lumière à Haute Energie Visible (HEV). Une exposition prolongée à ces lumières artificielles provoque sur le moment de la fatigue oculaire et des maux de tête. A long terme, la lumière HEV s'avère nocif pour les structures de l'œil, comme le cristallin et la rétine. A cet égard, une offre de lunettes filtrant la lumière bleue (et non nécessairement correctrices) se développe actuellement⁷ ;
- **une exigence plus importante des Français à l'égard de leur vision.** Cette exigence accrue résulte d'évolutions sociales, comme l'exposition croissante des individus aux écrans (TV, écrans commerciaux, ordinateurs, *smartphone*, *smartwatch*...) et de la nécessité de conduire un véhicule ;
- **la montée en puissance du diabète.** La sédentarité croissante de nos modes de vie et l'essor de l'obésité favorisent la prévalence du diabète au sein de la population. Or le diabète accroît très sensiblement le risque de troubles visuels, avec parfois une détérioration notable de la vue.

Une hausse soutenue de l'activité en ophtalmologie

En 2011, les ophtalmologistes libéraux ont réalisé 35 millions d'actes médicaux. En dix ans, leur activité a progressé de 38%. La population française n'a en parallèle augmenté « que » de 6,6%. Le nombre d'actes d'ophtalmologie libérale par habitant est ainsi passé de 0,42 en 2001 à 0,54 à 2011⁸.

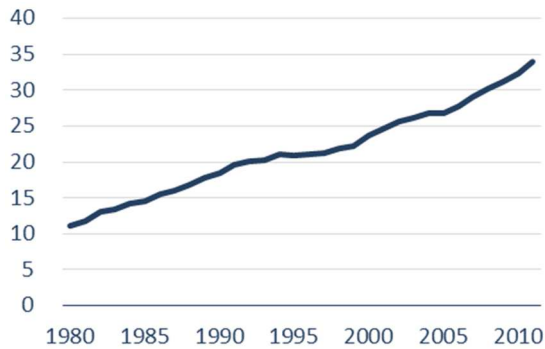
La croissance de l'activité des ophtalmologistes libéraux depuis les années 1990 est néanmoins comparable à celle des médecins spécialistes libéraux pris dans leur ensemble. Le rythme de croissance de l'activité des ophtalmologistes et des spécialistes s'est accéléré dans les années 2000 tandis que l'activité des généralistes a stagné.

⁷ Voir l'exemple de la start-up Edit & Watson.

⁸ Source : Irdes, Eco-Santé. Les données d'Eco-Santé portent sur la France métropolitaine jusqu'en 2009 et sur la France entière de 2010 et 2011. Les données pour la France métropolitaine pour 2010 et 2011 ont été extrapolées compte tenu du poids de la métropole dans la population française.

Nombre d'actes d'ophtalmologie

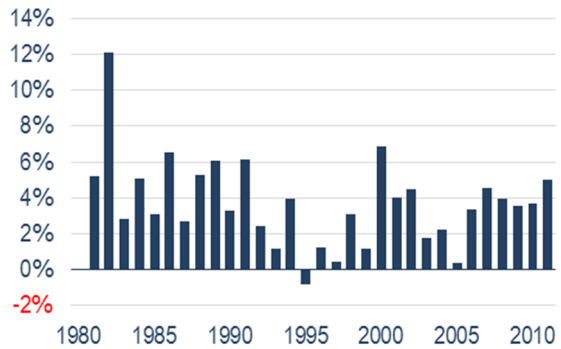
millions, France métropolitaine, dernière année = 2011



Source : Irdes, Eco-Santé

Evolution annuelle du nombre d'actes d'ophtalmologie

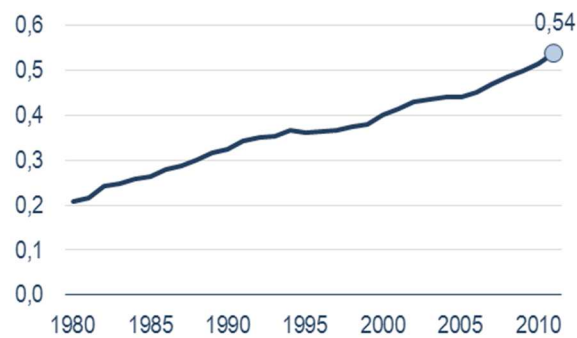
%, France métropolitaine, dernière année = 2011



Source : Irdes, Eco-Santé, estimations Asterès pour 2010 et 2011

Nombre d'actes d'ophtalmologie par habitant

France, dernière année = 2011



Source : Irdes, Eco-Santé

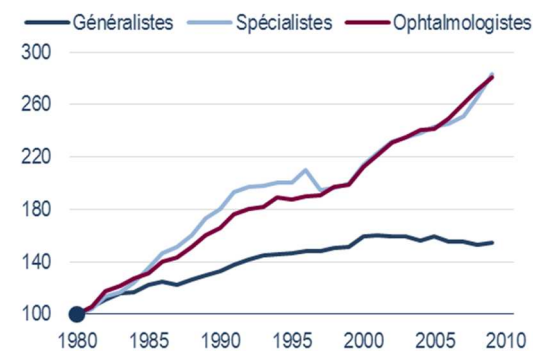
Actes d'ophtalmologie libérale

2001 – 2011

+ 38%

Evolution de l'activité globale

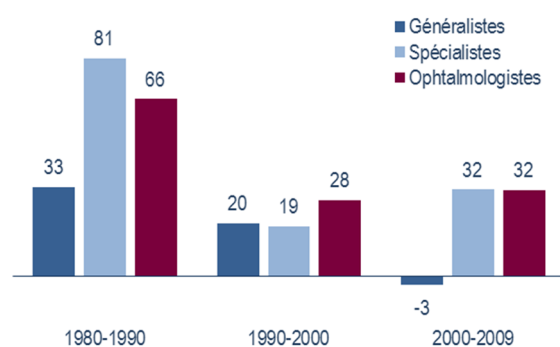
Base 100 = 1980, France métropolitaine, dernière année = 2009



Source : Irdes, Eco-Santé

Evolution de l'activité globale

%, France métropolitaine



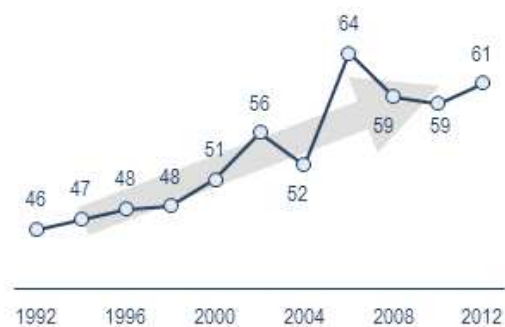
Source : Irdes, Eco-Santé

Le port d'une correction est de plus en plus régulier

Suivant l'enquête ESPS, conduite tous les deux ans, la pénétration des optiques de correction dans la population générale est passée de 46% en 1992 à 61% en 2012, portée essentiellement par la population d'âge actif (moins de 65 ans).

Part des porteurs de lunettes

% de la population / France métropolitaine



Source : Irdes, ESPS 2012, Eco-Santé

Part des porteurs de lunettes chez les 65 ans et plus

% de la population de 65 ans et plus / France métropolitaine

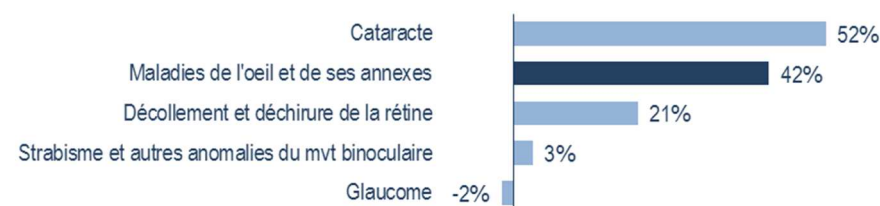


Source : Irdes, ESPS 2012, Eco-Santé

Les opérations de l'œil sont en forte augmentation

Les opérations de l'œil et de ses annexes en milieu hospitalier ont progressé de 42% entre 2002 et 2012, portées essentiellement par les chirurgies de la cataracte (+42%) et par les interventions liées aux décollements et aux déchirures de la rétine (+21%). Les séjours hospitaliers pour glaucome et strabisme sont en revanche restés stables entre 2002 et 2012 (respectivement -2% et +3%). D'après Thierry Bour, président du SNOF, cette tendance va se poursuivre : nous devrions compter entre 20 000 et 30 000 séjours hospitaliers de plus chaque année pour le traitement de la cataracte, soit une hausse cumulée d'environ 25% à horizon 2025.

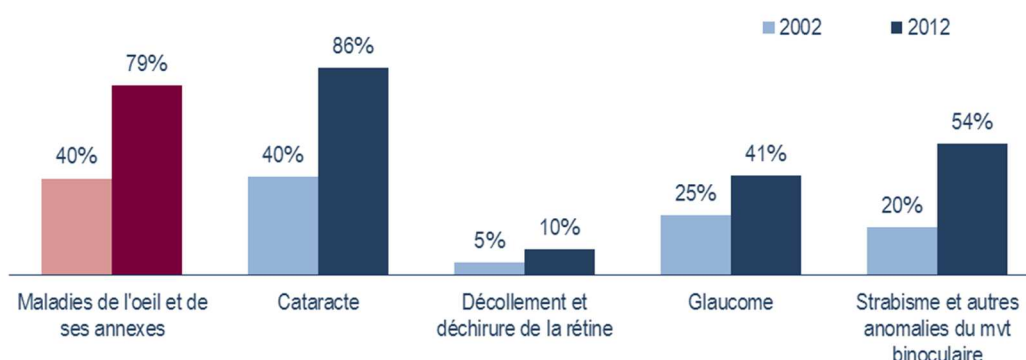
Evolution des séjours d'hospitalisation pour les maladies de l'œil et de ses annexes entre 2002 et 2012



Source : base PMSI

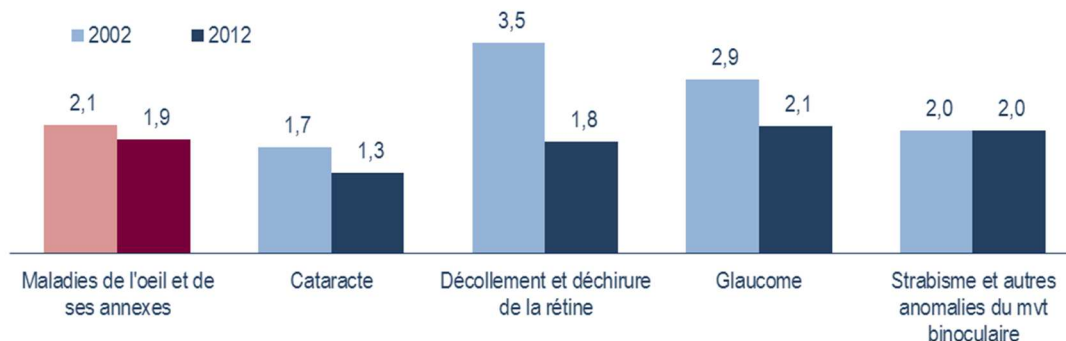
Pour gérer l'explosion de la demande d'opérations de l'œil, les hôpitaux ont mis l'accent sur les prises en charge ambulatoires. La part des hospitalisations de moins de 24 heures pour les maladies de l'œil est ainsi passée de 40% en 2002 à 79% en 2012. La durée moyenne des séjours est quant à elle passée de 2,1 jours à 1,9.

Part des hospitalisations de moins de 24 heures pour les maladies de l'œil et de ses annexes en 2002 et 2012



Source : base PMSI

Durée moyenne des hospitalisations de moins de 24 heures pour les maladies de l'œil et de ses annexes en 2002 et 2012, en jours



Source : base PMSI

1.2.2 La demande de soins oculaires va continuer de croître fortement sur la prochaine décennie

La demande de soins visuels devrait continuer de se renforcer sous l'effet de la pression démographique (croissance et vieillissement de la population). Suivant les projections de l'INSEE, la France pourrait compter 7% d'habitants en plus à horizon 2030, ce qui portera sa population de 65,8 millions de résidents à 70,4 millions. Les évolutions démographiques sont structurelles. La population âgée de demain est déjà née, et donc en grande partie déjà connue. La forte fécondité d'après-guerre (1946 – 1975) et l'allongement des durées de vie se traduisent aujourd'hui par un « papy-boom ». Initié au milieu des années 2000, ce mouvement démographique ne s'atténuera que vers 2025. L'INSEE anticipe ainsi que les plus de 59 ans pourraient représenter 29% de la population dans dix ans, contre 24% actuellement⁹.

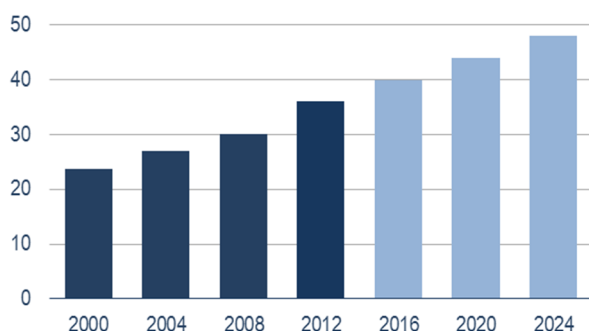
Il n'est pas pertinent de s'appuyer uniquement sur une projection de la pyramide des âges pour anticiper les besoins futurs en soins optiques. Les mutations de la demande sociale en matière de santé, celles du système d'assurance maladie et les innovations médicales sont également des facteurs déterminants. Ces éléments sont cependant particulièrement complexes à prévoir. Aussi, pour établir ses prévisions de long terme, le syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) projette dans l'avenir les tendances passées de

⁹ Source : INSEE, « Projections de population à l'horizon 2060 ». INSEE Première, n°1320. Octobre 2010.

l'activité en ophtalmologie, avec une majoration pour l'activité salariée. Cette méthode, déjà employée en 2006, s'est révélée pertinente pour prévoir l'évolution de l'activité au cours de la seconde moitié des années 2000. Suivant les travaux du SNOF de mars 2011¹⁰, les besoins de la population devaient passer de 32 millions d'actes d'ophtalmologie libérale en 2010 à 35 millions en 2015 à 43 millions en 2025, soit **une hausse d'un tiers sur dix ans**. La prévision pour l'année 2015 a cependant été dépassée dès 2012. Bien que les projections soient à traiter avec prudence, leur message est sans appel : **la croissance de l'activité en ophtalmologie restera fortement dynamique sur les dix prochaines années**.

Projection de l'activité en ophtalmologie libérale, réalisée en 2014 par le SNOF

En millions d'actes réalisés



Source : SNOF, septembre 2014

Le SNOF anticipe une hausse de l'activité de ophtalmologistes d'un tiers sur les dix prochaines années

Evolution des pathologies oculaires à horizon 2025

Prévalence en millions de cas

Sources : ACE Partners 2011

	2000	2010	Projections	
			2020	2025
Troubles de la réfraction	28	31	32 - 33	34 - 35
Rétinopathie	0,5	0,8	1	1,16
Glaucome	1	1,3 - 1,4	1,7	2
Cataracte	3,4	nc	5,6	nc
DMLA	nc	1,5	3	3,4

¹⁰ Académie française d'ophtalmologie, « Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 ». Mars 2011. Travail préparé par la Commission Démographie et Santé publique du SNOF.

La santé visuelle dans le monde

A l'échelle internationale, **la préservation et l'amélioration de la santé visuelle des populations constituent un défi majeur de développement économique**. Suivant les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 285 millions de personnes souffrent d'une déficience visuelle dans le monde (246 millions sont atteintes par une baisse de l'acuité visuelle et 39 millions sont aveugles). Pour l'OMS, une déficience « modérée » correspond à une acuité avec correction inférieure à 3/10 et supérieure à 1/10. Une acuité mesurée entre 1/10 et 1/20 correspond à une déficience « sévère ». En deçà de 1/20, il s'agit de cécité.

La performance des systèmes de santé au sein des pays riches permet de lutter efficacement contre les ravages des déficiences visuelles dans ces pays. Aussi, **90% des personnes souffrant de déficiences visuelles résident dans un pays à faible revenu**. Les défauts de réfraction non corrigés constituent la première cause de déficiences, alors que les méthodes de correction sont basiques. Bien que la cataracte soit une maladie curable par chirurgie, elle reste à ce jour la première cause de cécité dans les pays en développement.

Investir dans la santé est une obligation morale mais il s'agit également d'une stratégie économiquement efficace. Les études économiques qui démontrent l'existence d'un cercle vertueux entre les progrès sanitaires et le développement des pays sont pléthores. L'effet positif de la santé sur la croissance du PIB est particulièrement puissant au sein des pays émergents. Bien que la relation vertueuse entre santé et PIB s'atténue avec le niveau de richesse, elle ne disparaît pas. Investir dans la santé reste donc une stratégie économiquement pertinente au sein des pays les plus riches*.

La correction des troubles de la vue participe au processus du développement économique. Comparativement à une vision normale, et toutes choses étant égales par ailleurs, une déficience visuelle s'accompagne d'une productivité inférieure des travailleurs. Une étude de 2007, portant sur la population tanzanienne**, a relevé que 71% des hypermétropes se sentaient gênées dans leur travail, qu'il s'agisse d'activités agricoles, de couture ou de préparation alimentaire, ainsi que dans leur capacité de lecture. Pourtant, seuls 6% des hypermétropes tanzaniens disposaient de lunettes. Liée à une meilleure productivité au travail, une correction adéquate des troubles de la réfraction dans la population générale implique des niveaux de revenu, et donc de consommation, supérieurs à l'échelle d'un pays.

* Aghion, P., Howitt, P., Murtin, F. "The relationship between health and growth: when lucas meets Nelson-Phelps." Document de travail de l'OCFE. n°2009-28. Novembre 2009.

** Patel, I., West, S. "Presbyopia: prevalence, impact, and interventions." Community Eye Health Journal. Vol. 20, Issue 63. 2007.

Section 2

La filière de la santé visuelle

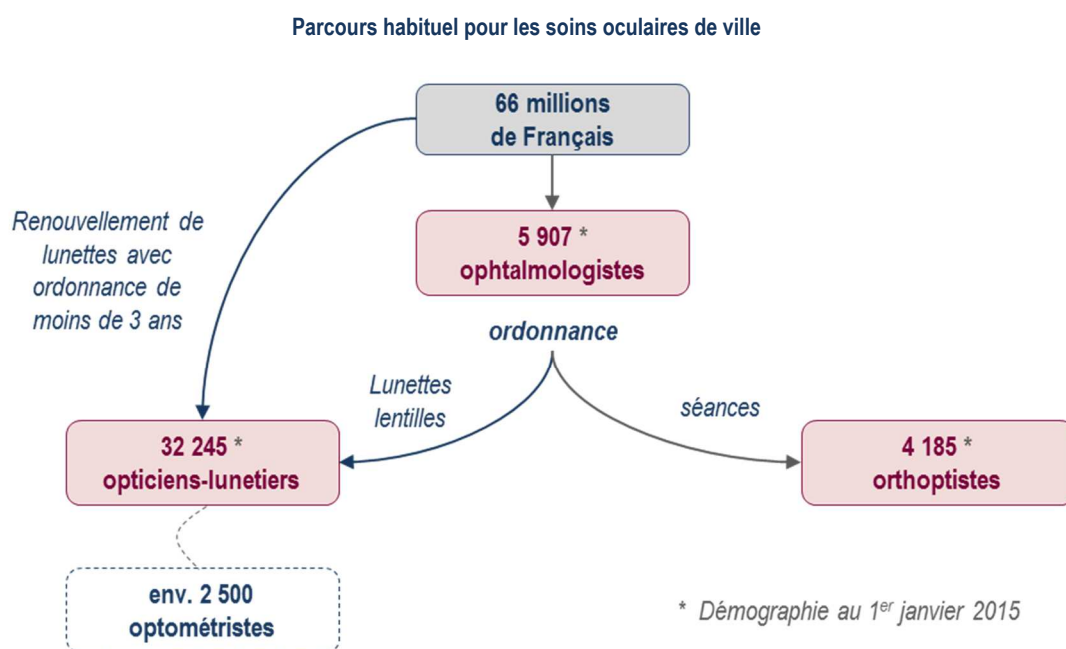
Une offre médicale sous tension

2.1 Une filière structurée par les trois « O »



La prise en charge médicale des pathologies de l'œil est en France organisée autour de trois professions, dites les trois « O ». Il s'agit des ophtalmologistes, des orthoptistes et des opticiens-lunetiers. Les optométristes constituent une profession à part, dont les compétences médicales ne sont à ce jour pas reconnues par le Code de la santé publique. Les optométristes, de fait également opticiens-lunetiers pour la plupart, sont pourtant en mesure de conduire des diagnostics oculaires basiques.

Le schéma ci-dessous décrit le parcours habituel pour les soins oculaires de ville. Si les patients ne peuvent s'orienter chez un orthoptiste sans une prescription médicale, ils ont toutefois la possibilité de se rendre chez un opticien-lunetier pour y acheter des lunettes de vue ou des lentilles sans ordonnance (s'ils ont plus de 16 ans, autrement une ordonnance est nécessaire). Dans ce cas de figure, leur dépense n'est cependant pas couverte par la sécurité sociale ni par les assurances complémentaires.



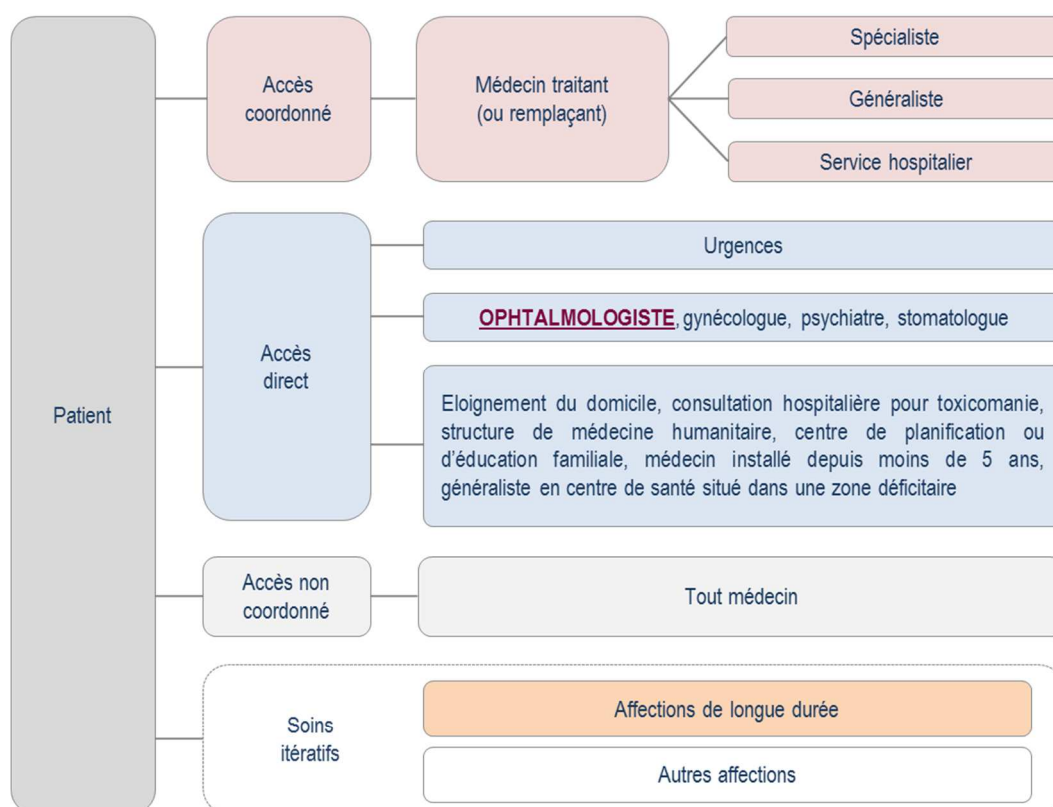
2.1.1

Les ophtalmologistes : la pierre angulaire du système

Les médecins spécialistes en ophtalmologie forment la pierre angulaire du système français des soins de l'œil. Il s'agit de l'une des quatre spécialités médicales, avec la gynécologie, la neuropsychiatrie (pour les 16 à 25 ans) et la stomatologie, dont l'accès direct, sans ordonnance du médecin traitant, n'altère pas le remboursement de la sécurité sociale. La profession constitue ainsi la porte d'entrée habituelle des parcours de soins oculaires. Cet accès direct n'est toutefois permis que pour les actes les plus courants (dont font partie les examens de la réfraction), les actes de dépistage et le suivi de glaucome. En dehors de ces actes, une ordonnance du médecin traitant est requise pour que les patients puissent bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale au taux normal, soit 70% du tarif de base. Autrement, hors parcours de soins coordonnés, la prise en charge par l'assurance obligatoire est de seulement 30%.

Avec leurs prescriptions, les ophtalmologistes ouvrent l'accès avec remboursement aux orthoptistes et aux optiques de correction (lunettes de vue et lentilles de contact).

Parcours de soins coordonnés : les ophtalmologistes en accès direct



Remboursement du
tarifs de base par
l'assurance maladie



70%

30% (possibilité de dépassement non remboursé en secteur 1)

Prise en charge à 100% des ALD

2.1.2 Les orthoptistes : les partenaires privilégiés des ophtalmologistes

Les orthoptistes sont les spécialistes, non-médecins, de la rééducation, de la réadaptation et de l'exploration de la vision. A ce titre, ils sont les seuls habilités à réaliser certains actes relatifs au traitement des déséquilibres oculomoteurs. Ils sont également habilités à participer à des actions de dépistage coordonnées par un médecin.

L'accès à cette profession se réalise uniquement sur prescription médicale, ce qui lie étroitement les orthoptistes aux médecins prescripteurs qui, de fait, sont souvent ophtalmologistes. Les échanges d'informations entre les deux professions sont ainsi réguliers, et même imposés par décret¹¹ :

- Au terme d'une première consultation, l'orthoptiste est tenu de communiquer au médecin prescripteur le bilan réalisé sur le patient. Ce bilan comprend le diagnostic, l'objectif et le plan des soins.
- Toute adaptation du traitement suivant l'évolution de l'état de santé du patient doit être notifiée au médecin prescripteur.
- Au terme de la dernière séance, l'orthoptiste se doit d'adresser au médecin prescripteur une fiche retraçant l'historique du traitement.

Pour répondre au manque d'ophtalmologistes en France, **les compétences des orthoptistes ont été élargies fin 2007**. Sur prescription, ces derniers sont depuis habilités à procéder à des **mesures d'acuité visuelle et de réfraction**. **Sur prescription et sous la responsabilité d'un ophtalmologiste en capacité de contrôle et d'intervention immédiate, les orthoptistes peuvent en outre assurer des actes d'ophtalmologie plus techniques¹².**

Cette évolution des compétences a instauré une délégation de tâches entre les deux professions, ce qui a sensiblement accentué leur complémentarité. Leur coopération au sein d'un cabinet d'ophtalmologie permet une prise en charge plus rapide des patients et une réduction des délais d'attente. D'après le SNOF, un orthoptiste par ophtalmologiste permettrait d'accroître l'activité d'un cabinet de 30-35% en moyenne¹³. Dit autrement, **près d'un tiers des actes d'ophtalmologie seraient « assez simples » pour être délégués à un professionnel de l'œil compétent bien que non médecin.**

Pour les orthoptistes, **cette organisation se réalise dans le sens du salariat**, ce qui présente pour l'assurance maladie une source d'inefficiences : les actes d'ophtalmologie réalisés par les orthoptistes salariés restent en effet facturés aux tarifs des ophtalmologistes (avec éventuellement l'application d'un dépassement d'honoraires). Une tarification spécifique apparaîtrait pertinente pour correspondre au niveau de valeur ajoutée des actes ophtalmologiques réalisés par les orthoptistes.

Suivant l'enquête Ifop « *Les Français et leur santé oculaire, vague 3* », réalisée pour le SNOF en septembre 2014, les trois quarts des Français sont favorables au principe d'une équipe médicale effectuant des examens avant la consultation de l'ophtalmologiste et 8 sur 10 accepteraient d'être vue par un orthoptiste au sein du cabinet d'ophtalmologie.

¹¹ Décret n° 2001-591 du 2 juillet 2001, modifié par le décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007.

¹² Suivant l'article 4342-8 du code de la santé publique, les orthoptistes peuvent réaliser dans le cadre d'une délégation de tâches auprès d'un ophtalmologiste les actes suivants : pachymétrie sans contact, tonométrie sans contact, tomographie par cohérence optique, topographie cornéenne, angiographie rétinienne, à l'exception de l'injection qui doit être effectuée par un professionnel de santé habilité, biométrie oculaire préopératoire, pose de lentilles.

¹³ ONDPS, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Juin 2006. L'information est notamment reprise par l'Académie française d'ophtalmologie, « Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030 ». Mars 2011. Travail préparé par la Commission Démographie et Santé publique du SNOF. Page 81.

2.1.3 Les opticiens-lunetiers : les professionnels de proximité

Les opticiens-lunetiers ont le monopole de la vente de verres correcteurs et de lentilles de contact. Leur profession a la particularité d'être à la fois **paramédicale** et **commerciale**, ce qui, contrairement aux ophtalmologistes et aux orthoptistes, lui autorise la pratique de **tarifs libres** et de la **publicité**. Pour ouvrir, un magasin doit disposer d'au moins un opticien au poste de responsable technique. Le propriétaire d'une boutique n'est donc pas tenu d'être lui-même opticien s'il en salarie un.

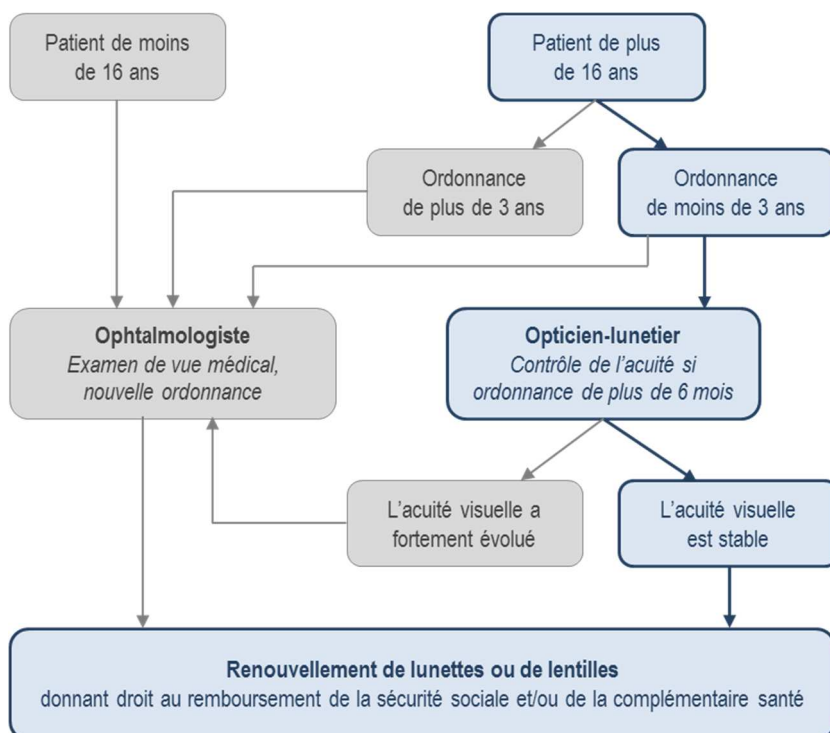
On peut distinguer deux typologies de clients des opticiens-lunetiers :

- Les « **clients-patients** » qui disposent d'une ordonnance pour l'achat d'une paire de lunettes correctrices ou de lentille de contact.
- Les « **clients non-patients** » qui ne disposent pas d'ordonnance. Ceux-ci peuvent acheter des optiques de vue s'ils ont plus de 16 ans. Leur dépense ne sera toutefois pas couverte par leurs assurances, qu'il s'agisse de l'assurance publique obligatoire ou d'une complémentaire. A tout âge, les clients « non-patients » peuvent naturellement acheter des produits d'optique à usages non médicaux au sens strict, comme des lunettes de soleil non correctrices ou des produits d'entretien. Ces produits ne sont évidemment pas couverts par les assurances.

Pour répondre au manque d'ophtalmologistes en France, les **compétences des opticiens-lunetiers ont été élargies en avril 2007 au renouvellement des lunettes** sous trois conditions cumulatives :

- Les patients doivent avoir plus de 16 ans ;
- Ils doivent disposer d'une ordonnance de moins de trois ans ;
- Leur acuité visuelle doit être demeurée stable depuis leur dernière consultation chez un ophtalmologiste.

Le renouvellement des lunettes par les opticiens-lunetiers



2.1.4 Les optométristes : un gisement de compétences sous-exploité

Les optométristes disposent des connaissances et compétences nécessaires pour assurer **les soins basiques des yeux**, ce qui inclut les **examens de l'acuité**, la **prescription d'optiques médicales** et le **dépistage de certaines pathologies courantes**. En France, il s'agit généralement d'opticiens ayant suivi une formation complémentaire, de niveau Licence, Master ou DU, en science de la vision. Bien que cette profession soit un pilier du système de la santé visuelle dans certains pays développés, comme aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, **elle n'est pas reconnue en France par le Code de la santé publique**. Les optométristes français ne sont en conséquence pas habilités à pratiquer des actes impliquant un contact direct avec le globe oculaire. Par ailleurs, bien qu'ils soient en capacité technique de procéder à des mesures fiables de l'acuité visuelle, leurs examens et « prescriptions » ne donnent lieu aucun remboursement par les assurances. Il y aurait actuellement près de 2 500 opticiens-optométristes en activité en France, soit 8% de la population d'opticiens-lunetiers.

La position des syndicats d'ophtalmologistes à l'égard des optométristes

Les syndicats d'ophtalmologistes se sont jusqu'à présent opposés à la reconnaissance légale des optométristes. Les syndicats jugent en effet que :

- leur formation présente des insuffisances en matière d'expertise médicale, ce qui est actuellement vrai. Dans l'optique d'une reconnaissance légale de la profession, cette critique justifierait **une refonte en profondeur de la formation des optométristes**.
- permettre à un même professionnel de prescrire et de vendre des équipements d'optique conduit à un conflit d'intérêt préjudiciable aux patients et à leurs assureurs. Pour des optométristes qui seraient légalement reconnus par le code de la santé publique, cette critique fondamentale justifierait une **séparation stricte entre leurs activités de prescription et les activités de vente**.
- hors optométristes, il serait possible de fluidifier les flux de patients en :
 - accentuant davantage la coopération entre les ophtalmologistes et les orthoptistes. Rappelons néanmoins qu'**à l'inverse des optométristes, le métier des orthoptistes (rééducation de l'œil) ne les prédestine pas aux examens de la réfraction**. Les orthoptistes sont par ailleurs en **nombre trop limité** (4 185 au 1^{er} janvier 2015) et, comme les ophtalmologistes, **leur couverture des territoires français est très inégale**, avec de fortes concentrations et de véritables déserts.
 - privilégiant l'ophtalmologie à l'intérieur de *numerus clausus* des études médicales. **Une hausse du *numerus clausus* et de la répartition des étudiants par filière médicale n'aura cependant d'effet qu'à long terme. Elle ne constitue donc pas une réponse satisfaisante à court et moyen terme.**

Les syndicats d'ophtalmologistes sont favorables à un renforcement de la coopération avec les orthoptistes. Leur position se comprend : en pratique, **cette coopération passe par le salariat**. D'après le SNOF, un orthoptiste par ophtalmologiste permettrait une hausse de l'activité de 30-35%. Les actes assurés par les orthoptistes salariés étant facturés aux tarifs des ophtalmologistes, avec dépassements le cas échéant, les médecins employeurs bénéficient d'un « surplus » d'honoraires conséquent qu'ils ne pourraient percevoir autrement. Salarié un orthoptiste génère un coût pour les cabinets d'ophtalmologie (investissement, recrutement et formation, salaires et charges, loyers). Ce coût est équilibré si l'ophtalmologiste parvient à réaliser 1 à 1,5 consultation en plus par heure¹⁴.

¹⁴ ONDPS, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». Juin 2006.

2.2 Démographie des trois « O »



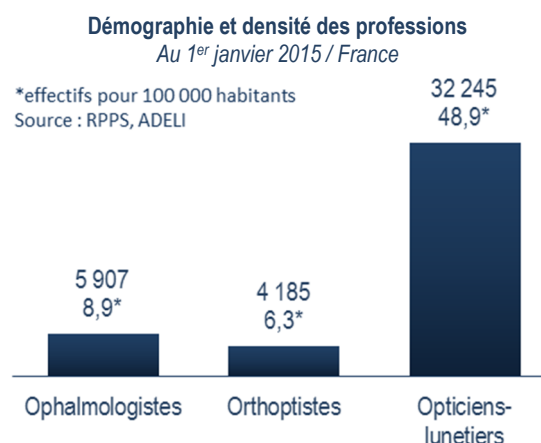
La filière de la santé visuelle endure deux chocs démographiques majeurs et de sens opposés :

- une progression insuffisante du nombre d'ophtalmologistes qui se traduit par un manque accru de médecins dans certains territoires ;
- une vive croissance du nombre d'opticiens-lunetiers, qui se traduit par une offre nettement excédentaire dans la plupart des territoires.

2.2.1 Les trois « O » représentent plus de 42 000 professionnels

Au 1^{er} janvier 2015, les trois « O » comptaient 42 337 professionnels en activité, dont :

- 5 907 ophtalmologistes¹⁵, pour une densité de 8,9 professionnels pour 100 000 habitants. Ils représentent 4,9% des médecins spécialistes ;
- 4 185 orthoptistes, pour une densité de 6,3 professionnels pour 100 000 habitants ;
- 32 245 opticiens-lunetiers, pour une densité de 48,9 professionnels pour 100 000. Environ 2 500 opticiens sont également optométristes.



2.2.2 Des rythmes de croissance démographique inégaux

Alors que la DREES anticipait au début des années 2000 une réduction tendancielle de la démographie des ophtalmologistes¹⁶, **leur nombre a augmenté de 6% entre 2005 et 2015**. C'est à la fois beaucoup et trop peu :

- Beaucoup car **la pyramide des âges de la profession annonçait de nombreux départs en retraite, pour la plupart non remplacés** compte tenu d'un *numerus clausus* des étudiants en médecine trop bas. Sans compter sur un recul volontaire de l'âge de départ en retraite et d'une immigration de médecins, les effectifs d'ophtalmologistes aurait dû se contracter au cours des années 2000.
- Trop peu car **cette progression de 6% est largement insuffisante pour répondre aux besoins en matière de soins oculaires**.

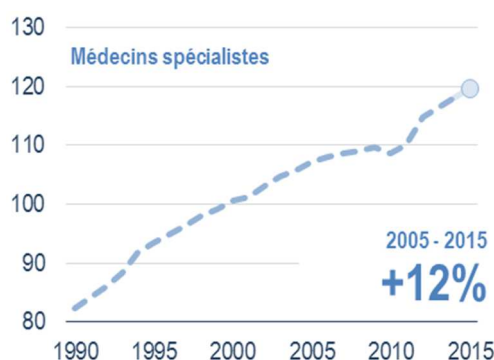
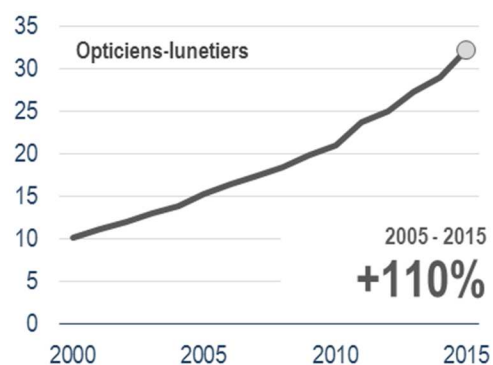
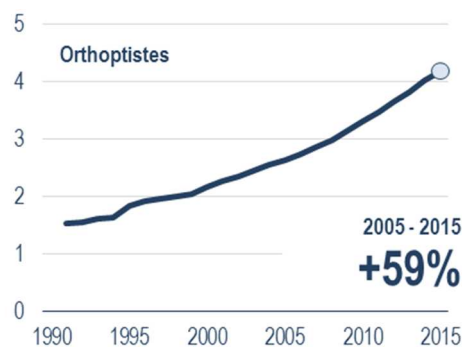
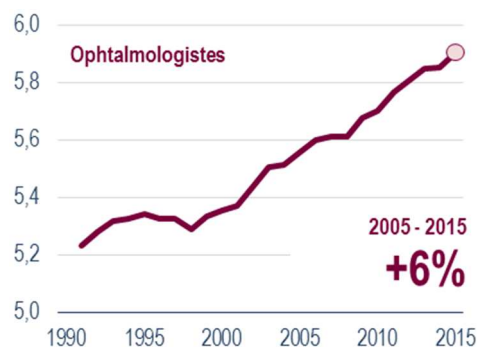
¹⁵ L'ordre des médecins renseigne une population de 5 217 ophtalmologistes en activité régulière (soit hors remplaçant) au 1^{er} janvier 2014.

¹⁶ En 2002, la DREES anticipait une baisse des effectifs de 25% en dix ans. DREES, « Projections médecins 2002-2020 », hypothèse *numerus clausus* 4 700 et 1 843 postes d'internes ». Document de travail. Février 2002.

Entre 2005 et 2015, la démographie des orthoptistes a augmenté de 59% et celles des opticiens-lunetiers de 110%. Contrairement aux ophtalmologistes, ces professions ne sont soumises à aucun *numerus clausus*, que cela soit au niveau de la formation ou de l'installation.

Démographie des professions

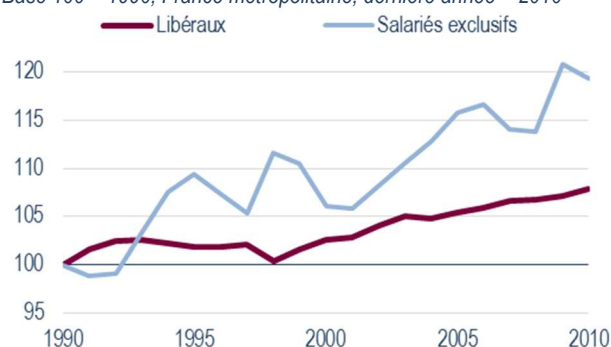
En milliers, au 1^{er} janvier de chaque année



Sources : RPPS, ADELI

Evolution des effectifs d'ophtalmologistes par mode d'exercice

Base 100 = 1990, France métropolitaine, dernière année = 2010



Source : ADELI

Suivant la base ADELI, la croissance de la démographie des ophtalmologistes a été deux fois plus dynamique chez les salariés exclusifs que chez les libéraux.

Numerus clausus des étudiants en médecine



Source : ONDPS

La pyramide des âges des ophtalmologistes annonce de nombreux départs en retraite au cours des deux prochaines décennies. Le relèvement du *numerus clausus* des étudiants en médecine a été trop tardif (2002) et trop progressif. En conséquence, la plupart des ophtalmologistes partant prochainement en retraite ne seront pas remplacés.

Encadré 4

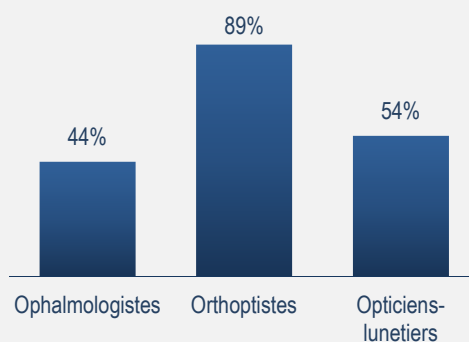
Les effectifs féminins des trois « O »

Les trois « O » présentent un taux de féminisation très contrasté :

- L'ophtalmologie est relativement masculine, avec seulement 44% de femmes (contre 43% en médecine spécialisée et 44% en médecine générale).
- A l'inverse, la profession orthoptiste est largement féminisée, avec 89% de femmes.
- Les opticiens-lunetiers forment une profession plus équilibrée, avec 54% de femmes.

Pour comparaison, les femmes représentent 50,8% de la population française âgée de 20 à 64 ans.

Part des femmes dans les professions Au 1^{er} janvier 2015 / France



Sources : RPPS, ADELI

2.3 Le choc démographique en ophtalmologie



Les effectifs de médecins ophtalmologistes n'augmentent pas assez rapidement pour répondre aux besoins de la population. La pyramide des âges de la profession annonce en outre une baisse prochaine des effectifs. La pénurie d'ophtalmologistes, déjà effective dans de nombreuses localités, se traduit par :

- d'importants délais d'attente ;
- des dépassements d'honoraires réguliers et élevés.

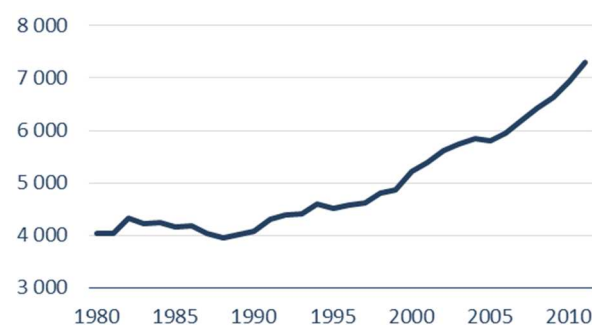
2.3.1 Un manque d'ophtalmologistes compensé en partie par des gains de productivité

La prise en charge des troubles visuels repose sur les ophtalmologistes qui se trouvent être en nombre insuffisant pour assurer la fluidité des traitements. Entre 2000 et 2010, les actes d'ophtalmologie ont progressé six fois plus rapidement que les effectifs (+37% contre +6%). **La charge de travail par tête s'est en conséquence alourdie d'un tiers de 2000 à 2010.** Cette situation n'est toutefois pas spécifique à l'ophtalmologie : une hausse comparable de l'activité par tête a été observée chez les médecins spécialistes pris dans leur ensemble.

Suivant les données du système national inter-régimes (SNIR), l'activité moyenne d'un ophtalmologiste libéral était de 4 100 actes par an dans les années 1980, de 4 500 dans les années 1990, et de 5 800 dans les années 2000. En 2011, l'activité par tête des ophtalmologistes libéraux a dépassé 7 000 actes.

Nombre annuel d'actes par ophtalmologiste

France, dernière année = 2011



Nombre moyen d'actes sur une année assurés par les ophtalmologistes libéraux

2001 – 2011
+ 35%

Moyenne mesurée sur la France métropolitaine de 1980 à 2009, puis sur la France en 2010 et 2011.

Source : SNIR, Eco-Santé

L'augmentation fulgurante de l'activité en ophtalmologie libérale s'explique par une prévalence accrue des troubles visuels liés au vieillissement, par une exigence sociale plus importante à l'égard de la vue, mais également par **un transfert d'activité des hôpitaux vers la médecine de ville**. En effet, pour réduire leurs coûts d'exploitation, **les hôpitaux réduisent les durées des séjours et développent la prise en charge ambulatoire**. Le suivi post-opératoire des patients tend ainsi à se réaliser davantage en ville.

Une telle progression de la productivité en ophtalmologie libérale a été rendue possible par :

- la montée en puissance des **orthoptistes salariés** au sein des cabinets de ville ;
- l'intégration de **nouvelles technologies** permettant des gains de temps ;
- une **meilleure organisation** des cabinets.

2.3.2 Une situation qui affecte les délais de rendez-vous

La surcharge de travail des ophtalmologistes se traduit par un allongement sensible des délais de rendez-vous. Parmi les spécialités médicales, **c'est de loin en ophtalmologie que les délais d'attente sont les plus longs.** Malgré les délégations de tâches auprès des orthoptistes et des opticiens-lunetiers opérées en 2007, la situation ne s'améliore pas.

Suivant une enquête Ifop de 2013¹⁷, **près de la moitié des Français jugent qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste** (43% des sondés ; 49% des sondés porteurs de lunettes et 54% des Français en zone rurale). Cette opinion est en France bien plus répandue qu'en Allemagne (20%) ou qu'en Grande Bretagne (4%).

Un autre enquête Ifop, réalisée auprès de ménages en novembre 2014¹⁸, a mesuré qu'**une personne qui souhaite consulter un ophtalmologiste de ville doit attendre en moyenne 3 mois et demi**¹⁹, contre 2 mois pour un gynécologue et entre 1 et 2 mois pour un psychiatre, un ORL, un rhumatologue, un cardiologue ou un dermatologue.

L'ampleur des délais d'attente est à néanmoins à nuancer :

- **Tous les patients inscrits à l'agenda d'un ophtalmologiste ne sont pas en « attente ».** Nombreux sont ceux qui prennent rendez-vous dans le cadre d'examens périodiques prévus de longue date (suivi régulier d'un glaucome, d'une DMLA, d'une cataracte, d'un strabisme, etc.). D'après le SNOF, cela concerne la moitié des rendez-vous ;
- Les cas urgents sont traités en priorité par les ophtalmologistes.

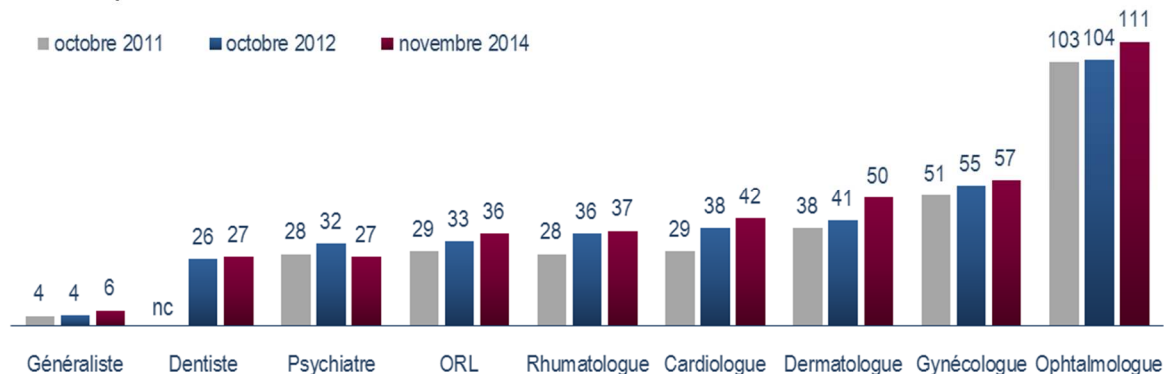
La majorité des patients en listes d'attente n'y sont pas pour un motif de réfraction et le problème posé n'est pas celui d'un retard de renouvellement d'optique (l'impact d'un tel retard, de quelques mois, sur la santé visuelle de patients est limité). **Le problème de santé publique repose sur les retards de prise en charge de pathologies oculaires parfois graves**, avec pour conséquence potentielle une dégradation de la vue, voire la malvoyance ou la cécité.

¹⁷ Ipsos, pour Kryos Group, « La santé oculaire des Français ». Juillet 2013.

¹⁸ Jalma, « Principaux enseignements de l'observatoire Jalma/Ifop 2014 sur l'accès aux soins ». Novembre 2014. Cette enquête est pertinente pour comparer les délais d'attente entre les spécialités. Néanmoins, compte tenu de sa méthodologie, elle se révèle peu pertinente pour juger de l'évolution des délais au sein d'une même spécialité. Dès lors, nous ne pouvons affirmer avec exactitude qu'il y a bien eu une hausse des délais d'attente en ophtalmologie entre 2012 et 2014.

¹⁹ Une enquête conduite par Yssup Reseach, entre octobre 2015 et janvier 2014, auprès de 2 643 ophtalmologistes, pour le compte du groupe Point Vision, a quant à elle mesuré le délai moyen d'attente avant une consultation d'ophtalmologie à deux mois et demi (77 jours). Sur les dix plus grandes villes de France, le délai moyen allait de 24,7 jours à Paris à 111 jours à Rennes.

Délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin libéral En nombre de jours



Données d'enquêtes. Question : la dernière fois que vous avez souhaité consulter les professionnels de santé suivants, en dehors d'un hôpital, quels ont été les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous ?

Base : personnes ayant consulté le professionnel de santé au cours des trois dernières années.

Source : Enquêtes Ifop pour l'Observatoire Jalma

Dans certaines localités, même urbaines, il n'est pas rare de voir se convenir des rendez-vous à plus de 6 mois. Les territoires où la densité médicale est la plus faible sont logiquement les plus affectés. Le SNOF considère qu'une densité comprise entre 8 et 10 ophtalmologistes pour 100 000 habitants est « satisfaisante ». En deçà de 8 médecins pour 100 000 résidents, la densité est en revanche perçue comme insuffisante. Suivant ce critère, **la densité des ophtalmologistes sur l'ensemble du territoire français n'est pas alarmante** (8,9 médecins pour 100 000 habitants). **Les inégalités départementales sont cependant importantes et de nombreuses localités souffrent d'une véritable pénurie d'ophtalmologistes.** Suivant le critère des « 8 pour 100 000 », 17 régions administratives françaises (suivant le périmètre administratif de 2015) et 63 départements se trouvent dans une situation inquiétante.

Si les inégalités départementales de densité en ophtalmologie sont très prononcées (indice de répartition²⁰ à 0,42) comparées à celles des opticiens-lunetiers (0,20) ou celles des médecins généralistes (0,17), elles sont en revanche comparables à celles des médecins spécialistes pris dans leur ensemble (0,42).

Statistiques descriptives sur la densité départementale des professions
Nombre de professionnels pour 100 000 habitants / Sources : RPPS, ADELI

	Ophtalmologistes	Orthoptistes	Opticiens-lunetiers	Spécialistes	Médecine générale
France entière	8,9	6,3	48,9	181,3	155,2
MIN dép.	3,5	1,5	30,3	74,1	105,1
MAX dép.	29,1	15,9	103,6	572,5	244,3
MOY dép.	7,6	5,5	46,2	152,7	152,0
ECART TYPE dép.	3,2	2,8	9,1	64,4	25,2
Indice de répartition	0,42	0,51	0,20	0,42	0,17

²⁰ Nous utilisons pour indice de dispersion relative le coefficient de variation. Celui-ci se mesure par le rapport entre l'écart-type et la moyenne des séries de densités départementales. Plus la valeur du coefficient est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande, donc plus les inégalités départementales de densité des professionnels médicaux sont fortes.

Densité pour 100 000 habitants

Au 1er janvier 2015

Sources : RPPS, ADELI

Les cases en rouge correspondent aux territoires où la densité des ophtalmologistes est inférieure à 8 médecins pour 100 000 habitants.

	Ophtalmologie	Orthoptistes	Opticiens-lunetiers
France entière	8,9	6,3	97,7
France métropolitaine	9,1	6,4	49,6
Alsace	9,0	6,7	46,7
Aquitaine	9,6	7,9	46,7
Auvergne	8,8	7,0	42,6
Basse-Normandie	7,4	3,9	46,6
Bourgogne	6,7	3,8	50,2
Bretagne	7,4	5,5	54,1
Centre	6,3	4,0	41,6
Champagne-Ardenne	5,8	2,5	41,4
Corse	8,7	5,6	33,7
Franche-Comté	6,1	3,4	50,4
Haute-Normandie	7,2	3,6	38,4
Île-de-France	12,6	7,8	55,1
Languedoc-Roussillon	10,0	8,1	46,7
Limousin	6,8	5,2	38,7
Lorraine	7,6	5,6	49,3
Midi-Pyrénées	8,3	11,5	51,4
Nord-Pas-de-Calais	7,1	4,1	49,3
Pays de la Loire	7,8	6,7	52,3
Picardie	6,4	3,2	40,6
Poitou-Charentes	6,8	4,2	44,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12,4	8,4	50,0
Rhône-Alpes	8,5	6,4	54,6
Guadeloupe	7,2	5,0	34,9
Martinique	8,7	4,5	32,0
Guyane	2,4	2,0	16,8
La Réunion	5,9	6,6	25,0
Mayotte	0,5	0,5	3,3

Densité pour 100 000 habitants

Au 1er janvier 2015

Sources : RPPS, ADELI

Les cases en rouge correspondent aux territoires où la densité des ophtalmologistes est inférieure à 8 médecins pour 100 000 habitants.

	Ophtalmologie	Orthoptistes	Opticiens-lunetiers
01 - Ain	4,5	3,2	46,5
02 - Aisne	5,9	1,5	39,4
03 - Allier	8,5	9,0	46,4
04 - Alpes-de-Haute-Provence	6,2	3,7	38,2
05 - Hautes-Alpes	7,8	4,2	43,7
06 - Alpes-Maritimes	15,0	7,7	52,3
07 - Ardèche	5,9	6,2	43,3
08 - Ardennes	3,5	1,8	42,6
09 - Ariège	4,6	7,2	41,2
10 - Aube	5,5	2,0	34,3
11 - Aude	7,6	6,8	40,0
12 - Aveyron	6,5	9,1	42,9
13 - Bouches-du-Rhône	12,9	10,7	49,4
14 - Calvados	9,1	4,6	48,3
15 - Cantal	6,1	3,4	43,0
16 - Charente	7,0	3,7	39,5
17 - Charente-Maritime	7,7	5,4	45,0
18 - Cher	4,2	3,8	35,6
19 - Corrèze	6,3	6,3	43,0
2A - Corse-du-Sud	9,5	6,1	32,4
2B - Haute-Corse	8,0	5,1	34,8
21 - Côte-d'Or	9,1	5,7	53,5
22 - Côtes-d'Armor	6,2	4,8	50,7
23 - Creuse	4,2	1,7	32,5
24 - Dordogne	6,5	5,0	30,3
25 - Doubs	6,4	3,6	52,2
26 - Drôme	8,3	8,1	52,4
27 - Eure	5,7	2,8	31,8
28 - Eure-et-Loir	5,0	2,5	35,3
29 - Finistère	8,1	5,0	53,8
30 - Gard	8,5	8,5	48,2
31 - Haute-Garonne	10,6	15,7	61,7
32 - Gers	5,8	4,2	42,4
33 - Gironde	11,0	9,1	49,8
34 - Hérault	12,4	9,2	50,9
35 - Ille-et-Vilaine	7,4	6,7	56,2
36 - Indre	4,0	1,8	34,5
37 - Indre-et-Loire	9,3	6,5	45,8
38 - Isère	8,7	6,0	57,3
39 - Jura	6,5	2,3	56,9
40 - Landes	8,2	7,0	50,6
41 - Loir-et-Cher	7,2	3,9	51,2
42 - Loire	7,9	4,4	45,2
43 - Haute-Loire	6,2	2,6	41,9
44 - Loire-Atlantique	10,4	10,2	56,2
45 - Loiret	5,7	3,6	42,4
46 - Lot	4,6	3,4	37,2
47 - Lot-et-Garonne	8,4	4,5	48,3
48 - Lozère	3,9	3,9	40,5
49 - Maine-et-Loire	7,8	4,7	49,0

Densité pour 100 000 habitants

Au 1er janvier 2015

Sources : RPPS, ADELI

Les cases en rouge correspondent aux territoires où la densité des ophtalmologistes est inférieure à 8 médecins pour 100 000 habitants.

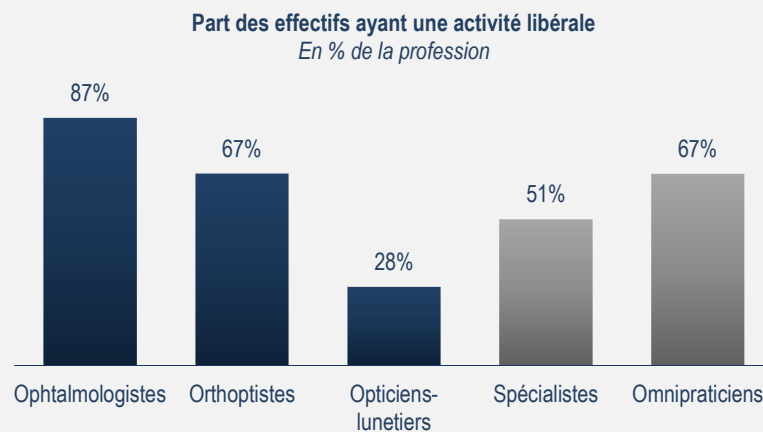
	Ophtalmologie	Orthoptistes	Opticiens-lunetiers
50 - Manche	5,6	3,8	48,0
51 - Mame	7,5	3,0	43,9
52 - Haute-Mame	4,4	3,3	43,9
53 - Mayenne	4,9	2,3	46,0
54 - Meurthe-et-Moselle	10,5	9,3	51,0
55 - Meuse	6,3	5,7	37,0
56 - Morbihan	7,7	4,9	54,5
57 - Moselle	6,6	3,5	49,9
58 - Nièvre	7,5	3,7	38,7
59 - Nord	8,7	5,1	53,6
60 - Oise	5,6	3,9	37,4
61 - Orne	6,6	2,1	40,0
62 - Nord-Pas-de-Calais	4,3	2,3	41,7
63 - Puy-de-Dôme	10,4	8,2	40,7
64 - Pyrénées-Atlantiques	9,7	9,1	47,1
65 - Hautes-Pyrénées	7,5	14,0	47,4
66 - Pyrénées-Orientales	9,7	6,2	40,8
67 - Bas-Rhin	9,9	7,7	50,1
68 - Haut-Rhin	7,6	5,4	41,8
69 - Rhône	11,9	8,3	59,8
70 - Haute-Saône	4,6	2,9	38,8
71 - Saône-et-Loire	5,6	3,4	53,9
72 - Sarthe	6,7	4,6	46,5
73 - Savoie	8,2	8,9	61,5
74 - Haute-Savoie	5,5	4,6	56,0
75 - Paris	29,1	15,9	103,6
76 - Seine-Maritime	8,0	3,9	41,6
77 - Seine-et-Mame	5,9	4,3	42,5
78 - Yvelines	10,6	6,5	46,8
79 - Deux-Sèvres	4,3	3,7	48,1
80 - Somme	8,0	3,7	46,4
81 - Tarn	6,3	7,6	46,4
82 - Tarn-et-Garonne	8,3	9,9	41,7
83 - Var	12,1	7,0	49,5
84 - Vaucluse	8,9	6,4	53,8
85 - Vendée	5,0	5,9	56,5
86 - Vienne	7,6	3,5	44,7
87 - Haute-Vienne	8,0	5,6	38,0
88 - Vosges	5,3	4,0	50,5
89 - Yonne	4,4	1,5	46,1
90 - Territoire de Belfort	6,9	5,5	51,2
91 - Essonne	7,6	5,6	41,8
92 - Hauts-de-Seine	11,2	8,3	50,1
93 - Seine-Saint-Denis	6,6	5,1	39,5
94 - Val-de-Mame	11,1	6,2	45,4
95 - Val-d'Oise	8,2	4,6	40,5
971 - Guadeloupe	7,2	5,0	34,9
972 - Martinique	8,7	4,5	32,0
973 - Guyane	2,4	2,0	16,8
974 - La Réunion	5,9	6,6	25,0
976 - Mayotte	0,5	0,5	3,3

Une offre avant tout libérale

Plus que toute autre spécialité médicale, l'ophtalmologie est essentiellement libérale : **87% des ophtalmologistes exercent à leur compte** ; 67% de manière exclusive et 20% en parallèle d'une activité salariée. La profession ne comptait ainsi au 1^{er} janvier 2015 que 771 salariés exclusifs (13% des effectifs), dont les trois-quarts sont en milieu hospitalier. Pour comparaison, le salariat exclusif concerne près d'un médecin sur deux toutes spécialités confondues (hors médecine générale).

Les orthoptistes forment également une profession plutôt libérale, avec 67% des effectifs à leur compte. Le salariat se développe toutefois rapidement. Certains actes ouverts aux orthoptistes en 2007 peuvent être réalisés dans le cadre d'une activité libérale indépendante, mais d'autres, plus techniques, requièrent obligatoirement la présence d'un ophtalmologiste. Cette particularité se traduit par une poussée des orthoptistes salariés au sein des cabinets d'ophtalmologie. Entre 2011 et 2014, le nombre d'orthoptistes exclusivement salariés a ainsi progressé de 26%, contre une hausse de « seulement » 10% des orthoptistes libéraux.

A l'inverse des ophtalmologistes et des orthoptistes, **la grande majorité des opticiens-lunetiers sont salariés (72%)**. « Seuls » 28% des opticiens sont propriétaires de leur boutique. Bien que la profession soit essentiellement salariée, elle est **absente du milieu hospitalier** : seuls 12 opticiens-lunetiers étaient employés par un hôpital au 1^{er} janvier 2015.



Sources : RPPS, ADELI

2.3.3 Une situation qui alimente les dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires se révèlent particulièrement importants chez les ophtalmologistes.

Suivant les données du SNIR, en ophtalmologie libérale :

- Les dépassements se sont élevés à **339,7 millions d'euros en 2010**, soit 15,7% des dépassements des médecins libéraux toutes spécialités confondues (hors médecine générale). Or les ophtalmologistes ne représentent « que » 8,6% des médecins libéraux.
- **Les dépassements représentent un quart des honoraires** (24,9% en 2010) contre environ 16% dans pour l'ensemble des spécialités.
- **Les dépassements représentent un tiers des tarifs conventionnels** (33,2% en 2010), contre « seulement » un cinquième pour la médecine de ville spécialisée (19,7%).
- **La moitié des actes donnent lieu à un dépassement** (44,5% en 2011), contre un tiers en médecine de ville, hors omnipraticiens (27,4%).
- **Le nombre annuel de dépassements par médecin est supérieur à 2 500**, contre moins de 1 200 pour les médecins spécialistes pris dans leur ensemble.
- En 2013, **56% des ophtalmologistes étaient en secteur 2**, contre 43% toutes spécialités confondues. D'importants écarts existent entre territoires : à Paris 88% des ophtalmologistes appartiennent au secteur 2.
- Il est toutefois à noter que **la valeur moyenne des dépassements n'est « que » de 23 euros en ophtalmologie** (en 2010), contre 32 euros pour l'ensemble des spécialités.

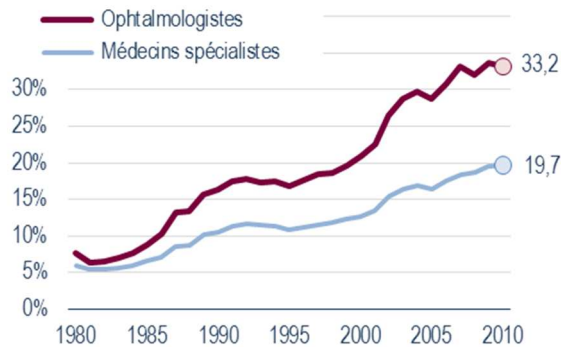
Poids des dépassements d'honoraires

Sources : SNIR, Eco-Santé

	Année	Ophtalmologie libérale	Ensemble des spécialités
Montants	2010	339,7 M€	2 160,0 M€
Part dans les honoraires	2010	24,9%	16,4%
En % des tarifs conventionnels	2010	33,2%	19,7%
NB dépassements pour 100 actes	2011	44,5	27,4
NB dépassements par médecin	2009	2 816	1 145
Valeur moyenne du dépassement	2010	22,9 €	32,1 €
Part des médecins en secteur 2	2013	56,4%	43,1%

La pénurie d'ophtalmologistes a alimenté une croissance particulièrement forte des dépassements d'honoraires au cours des années 2000. De 2000 à 2010, les dépassements sont passés de 20,9% des tarifs conventionnels à 33,2%, soit une hausse de 12 points. Pour l'ensemble des spécialités, la progression a été moins prononcée : de 12,6 à 19,7%, soit une hausse de 7 points.

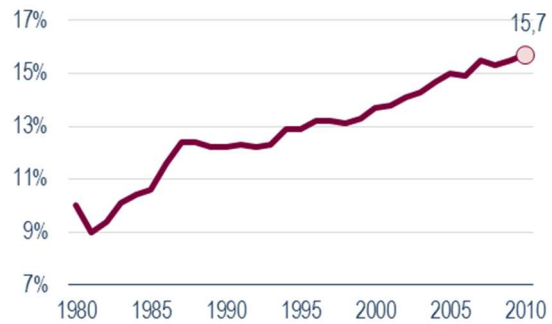
Dépassements d'honoraires en % des tarifs conventionnels Activité libérale, dernière année = 2010



Moyenne mesurée sur la France métropolitaine de 1980 à 2009, puis sur la France en 2010.

Source : SNIR, Eco-Santé

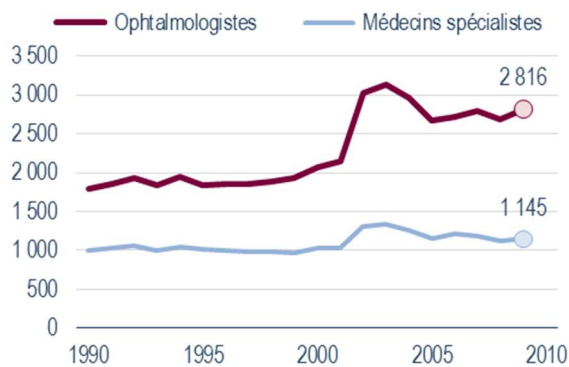
Dépassements d'honoraires des ophtalmologistes dans l'ensemble des spécialités Activité libérale, dernière année = 2010



Moyenne mesurée sur la France métropolitaine de 1980 à 2009, puis sur la France en 2010.

Source : SNIR, Eco-Santé

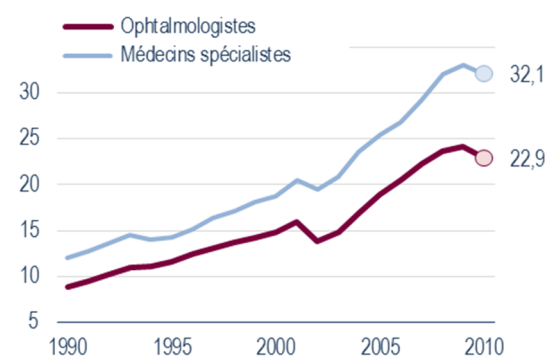
Nombre de dépassements par médecins Activité libérale, dernière année = 2009



Moyenne mesurée sur la France métropolitaine.

Source : SNIR, Eco-Santé

Valeur moyenne des dépassements Activité libérale, dernière année = 2010



Moyenne mesurée sur la France métropolitaine de 1980 à 2009, puis sur la France en 2010.

Source : SNIR, Eco-Santé

La croissance de l'activité et des dépassements d'honoraires explique que **les ophtalmologistes forment la profession médicale, après celle des anesthésistes, qui a connu la plus forte hausse de revenu**. En 2005 et 2011, le revenu d'activité moyen dans la profession a progressé de 2,5% par an en moyenne, contre 1,3% pour l'ensemble des spécialistes et 0,7% pour les omnipraticiens²¹.

²¹ Sources : INSEE, DGFIP, CNAMTS, traitement DREES.

2.3.4 Vers une baisse des médecins ophtalmologistes

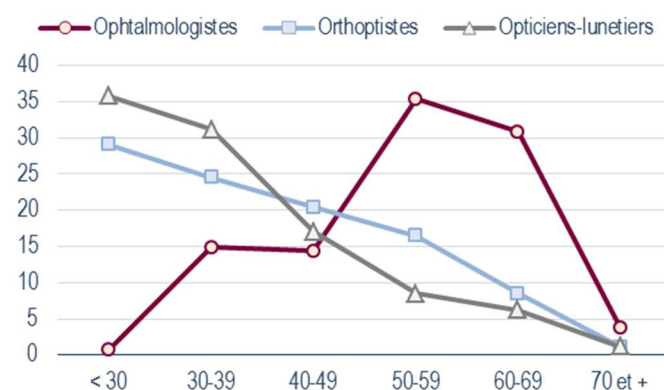
Les ophtalmologistes sont relativement âgés : 54 ans en moyenne au 1^{er} janvier 2015, contre 40 ans chez les orthoptistes et 37 ans chez les opticiens-lunetiers. Les ophtalmologistes sont également plus âgés que leurs homologues spécialistes (51 ans) et omnipraticiens (52 ans). Leur pyramide des âges annonce une importante vague de départs en retraite au cours des deux prochaines décennies. Les plus de 54 ans représentent en effet 60% de la profession, contre 46% chez les spécialistes et les omnipraticiens.

Chez les orthoptistes et les opticiens-lunetiers, la part des 55 ans et plus ne s'élève respectivement qu'à 17 et 11% des effectifs. Inversement, les jeunes générations sont fortement représentées, avec 29% des orthoptistes et 36% des opticiens-lunetiers qui ont moins de 30 ans (les moins de 40 ans représentent respectivement 54 et 67% des effectifs).

Les écarts d'âges entre les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers s'expliquent en partie par leur durée d'études : respectivement de 11 années, 3 et 2 années après le bac. Arrivant plus tard dans la vie active, les ophtalmologistes partent plus tard à la retraite.

Structure des professions, par classe d'âge

En % de la profession



Sources : RPPS, ADELI

Age moyen par profession :

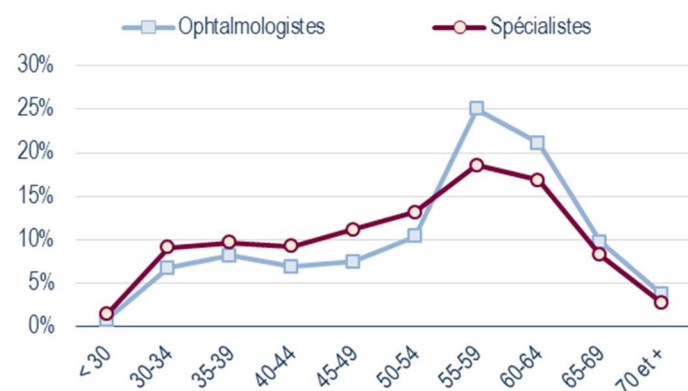
53,8 ans chez les ophtalmologistes

40,1 ans chez les orthoptistes

37,0 ans chez les opticiens-lunetiers

Structure des professions, par classe d'âge

En % de la profession



Source : RPPS

51,3 ans : âge moyen chez les médecins spécialistes

Part des plus de 54 ans :

60% chez les ophtalmologistes

46% chez les médecins spécialistes

Donnant tort aux prévisions réalisées dans les années 2000, la démographie en ophtalmologie n'avait toujours pas amorcé de baisse en 2015. Cette évolution favorable s'explique par²² :

- L'augmentation du nombre d'internes en ophtalmologie (150 à la rentrée 2014, contre 106 en 2010) ;
- L'essor du cumul emploi-retraite (de 200 à 600 entre 2010 et 2014) ;
- Une hausse des installations d'ophtalmologistes étrangers (de 25 en 2010 à 40 en 2014).

D'après le SNOF, en l'état du *numerus clausus* et en prenant en compte ces évolutions récentes, **l'ophtalmologie pourrait voir ses effectifs décroître entre 10 et 20% à horizon 2025**. Par la suite, les effectifs remonteraient progressivement.²³

²² Les données proviennent de la présentation de septembre 2014, « La démographie ophtalmologique, perspectives 2014-2035 », Dr. Thierry Bour, Commission Démographie du SNOF.

²³ Présentation du SNOF de septembre 2014.

Comparaisons internationales

La problématique de l'adéquation de l'offre de soins oculaires aux besoins, dans un contexte d'une population vieillissante et d'une vague de départs en retraite des ophtalmologistes, est commune à de nombreux pays. Pour y faire face, des **réformes d'ampleur** ont été mises en place en **Allemagne**, au **Royaume-Uni** et aux **Pays-Bas**. Bien que leurs systèmes de santé diffèrent, ces trois pays ont adopté une **stratégie similaire : intégrer davantage les optométristes et les opticiens** dans le parcours de soins en leur déléguant les examens routiniers afin de permettre aux ophtalmologistes de se recentrer sur le traitement des pathologies les plus graves et particulièrement sur la chirurgie de l'œil.

Dans les trois pays étudiés, les réformes visant à la délégation de tâches ont eu lieu au début des années 2000. Quinze ans plus tard, **les retours d'expérience sont positifs** :

- La délégation a permis de **réduire sensiblement les files d'attente** pour les soins de la réfraction : elles sont inexistantes au Royaume-Uni et deux fois moins longues en Allemagne qu'en France. Le cas des Pays-Bas est éloquent. Avant sa réforme, l'organisation du parcours de soins y était similaire à celui de la France, et les délais de consultations avoisinaient 4 mois. Depuis sa réforme, autorisant les optométristes à assurer les consultations et à renvoyer les patients vers des ophtalmologistes, les délais ont diminué de plus de 70% pour se stabiliser à 33 jours.
- **Les coûts de traitements et de consultations n'ont pas été impactés par les réformes.**
- **La qualité des soins n'a pas été détériorée.**

Le succès de ces réformes tient en grande partie à la formation initiale des optométristes et des opticiens-ophtalmologistes. Cette formation est souvent plus longue qu'en France et diffère grandement dans son contenu. En effet, dans les trois pays étudiés, la formation de l'optométriste impose au moins six mois de résidence dans un centre d'ophtalmologie, la plupart du temps en hôpital.

Plusieurs études, conduites par des médecins et des ophtalmologistes, ont testé la compétence des optométristes. **Les résultats concluent toujours à l'adéquation de leurs qualifications avec les missions de consultations et de diagnostics basiques des maladies oculaires.** Globalement, ces études observent que **la formation initiale de l'optométriste est déterminante**, bien plus que les formations complémentaires effectuées en cours de carrière.

Enfin, le comparatif met en évidence une spécificité française concernant le marché des opticiens. A population constante, ces derniers sont deux fois plus nombreux qu'en Allemagne et cinq fois plus nombreux qu'au Royaume-Uni, tout en ayant un chiffre d'affaires moyen 15% supérieur à celui de leurs homologues allemands et anglais. **Cette observation confirme les résultats de plusieurs rapports sur le secteur de l'optique en France, lesquels pointent d'importantes marges d'efficience dans la distribution des optiques de vue.**

⇒ **La comparaison internationale est détaillée dans la section 5 de la présente étude.**

2.4 Le boom démographique des opticiens



Malgré une croissance particulièrement forte du nombre de magasins d'optique, leurs prix se maintiennent à des niveaux élevés. Cette situation s'explique par :

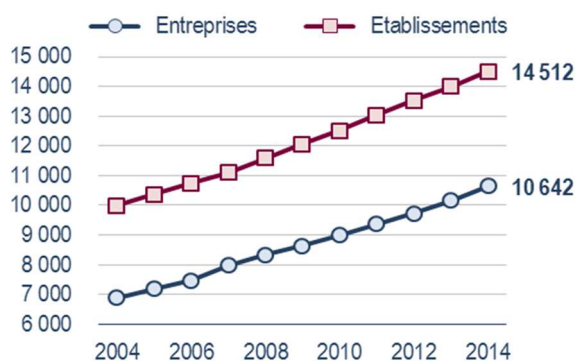
- une exposition partielle des consommateurs aux tarifs, compte tenu de la prise en charge assurantielle ;
- un manque de transparence sur les caractéristiques des produits.

2.4.1 Le nombre de magasins d'optique explose

Pour l'année 2014, l'INSEE dénombre **10 642 entreprises** du « commerce de détail d'optique » (NAF 47.78A), pour un total de **14 512 établissements**, soit une moyenne de 1,4 point de vente par société.

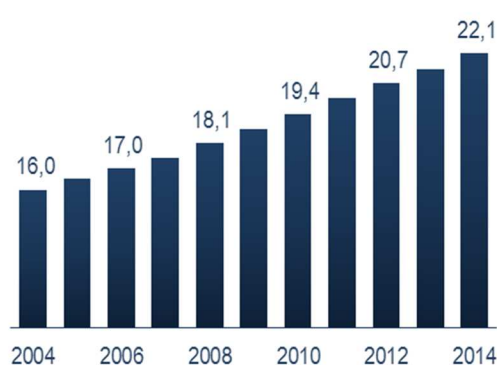
Bien que le cœur de métier des opticiens soit la distribution de produits médicaux, **il est relativement aisé d'ouvrir un magasin** : le BTS d'opticien-lunetier, qui s'obtient en 2 années d'études après le bac, suffit pour avoir le droit de gérer une boutique. Il n'y a **aucun numerus clausus**, que cela soit à la formation ou à l'installation. Sans autre dispositif de régulation que le BTS, **la démographie du secteur a explosé au cours des années 2000**. Entre 2004 et 2014, le nombre d'entreprises répertoriées par l'INSEE a augmenté de 54% et les établissements de 45%. La densité est en conséquence passée de 16 établissements pour 100 000 habitants en 2004 à 22,1 en 2014.

Démographie des commerces de détail d'optique
NAF 47.78A



Source : INSEE

Densité des boutiques d'optique
Etablissements pour 100 000 habitants. NAF 47.78A



Source : INSEE

2.4.2 Une concurrence biaisée

Le nombre de points de vente augmentant plus rapidement que la demande, **l'activité par boutique s'est tendanciellement réduite**. Actuellement, un magasin vend en moyenne **moins de 3 lunettes par jour ouvré** (2,7 en 2014, d'après GfK). **Avec un volume d'activité aussi faible, dégager une rentabilité suffisante pour faire vivre une boutique, compte tenu de ses frais fixes, suppose de pratiquer des prix élevés**. Suivant les données INSEE-ESANE, le « commerce de détail d'optique » est le secteur de la vente au détail qui présente le taux de marge commerciale le plus élevé. La valeur des ventes représente 2,6 fois celle des achats, contre 1,4 fois en moyenne dans le secteur du commerce au détail (hors concessionnaires automobiles). Toujours suivant INSEE-ESANE, la marge commerciale du secteur représentait 62% des ventes HT en 2012.

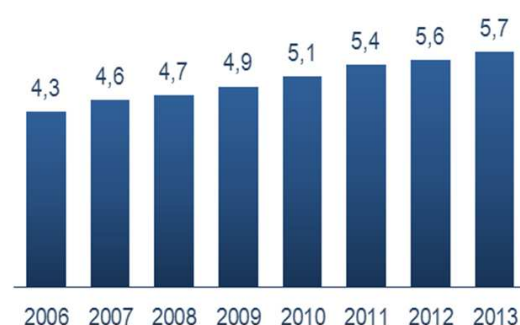
Les magasins d'optique se multiplient mais les consommateurs, l'assurance maladie et les assureurs privés n'en tirent pas de bénéfices en termes de prix.

Cette situation s'explique par deux caractéristiques du marché :

- 1. Les consommateurs ne supportent qu'une petite fraction du prix** (22% en moyenne après le remboursement des assurances) **et sont en conséquent moins regardant sur la dépense**. La pratique de « l'ajustement », suivant laquelle certains opticiens font converger le prix du panier d'achat vers le plafond de remboursement, n'est pas régulée. Elle est même acceptée par les assurés qui y voient un moyen de « rentabiliser » leur assurance. En réalité, ce sont les premières victimes de cette pratique : les prix se répercutent directement sur leurs restes à charge et leurs primes d'assurance.
- 2. Par manque d'informations claires, les consommateurs sont souvent incapables d'évaluer convenablement le rapport qualité/prix des produits**. Leur capacité à comparer les offres chez un même commerçant, et entre plusieurs commerçants, est ainsi limitée. Une **asymétrie d'information** existe entre les patients et leurs opticiens. Mal informés, les premiers se laissent logiquement conseiller par les seconds pour leurs choix de montures et de verres²⁴. Avec des objectifs commerciaux en ligne de mire, ces conseils mènent parfois à privilégier les articles à forte marge commerciale.

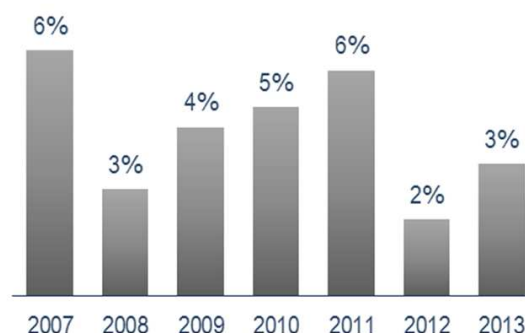
L'assurance maladie ne démontre aucune volonté de réguler elles-mêmes l'augmentation des frais d'optique. En 2013, la dépense de santé en biens d'optique a représenté **5,7 milliards d'euros**.

Evolution de la dépense de santé en biens d'optique
En milliards d'euros



Source : Comptes de la santé

En variations annuelles



²⁴ Décision n°02-D-36 du 14 juin 2002 relative à des pratiques relevées dans le secteur de la distribution de lunettes d'optique sur le marché de l'agglomération lyonnaise.

Suivant l'association UFC-Que Choisir, qui s'appuie sur des données de marché GfK de 2011, **les patients Français paient leurs verres et leurs montures plus cher que leurs homologues européens**. Le budget annuel moyen par personne mesuré par l'association est en effet de 75 euros en France, contre 62 euros en Allemagne, 56 euros au Royaume-Uni et seulement 28 euros en Espagne.²⁵ Outre le fait que le marché français soit peu concurrentiel malgré un grand nombre d'offres, un différentiel dans la qualité des verres et dans le choix des montures pourrait expliquer une partie des écarts relevés. Nous n'avons toutefois pas trouvé d'études sérieuses ni de statistiques pouvant confirmer ou infirmer qu'il existe un écart de qualité notable entre les verres vendus en France et ceux vendus à l'étranger. A ce stade, les écarts de prix entre les pays doivent donc être interprétés avec précaution.

²⁵ Source : UFC Que Choisir, « Distribution de l'optique : examen à la loupe d'un marché juteux ». Avril 2013.

2.5 Protocoles de coopération : une meilleure répartition des tâches

L'article 51 de la loi HPST de juillet 2009 permet aux professionnels de santé de s'engager, par dérogation et à leur propre initiative, dans **une démarche de coopération** ayant pour objet le **transfert d'activités ou d'actes de soins** entre eux, ou bien une **réorganisation de leurs modes d'intervention** auprès des patients.

Pour cela, les professionnels volontaires doivent rédiger un **protocole de coopération** qu'ils soumettent à leur **Agence régionale de santé** (ARS). Celle-ci en contrôle la cohérence avec les besoins locaux. L'ARS transmet ensuite les projets pertinents à la **Haute autorité de santé** (HAS) qui s'assure que la qualité et la sécurité des soins sont bien garanties. Suite à l'avis de la HAS, l'ARS valide ou non l'implémentation des protocoles dans sa région.

Fin 2013, la HAS avait rendu un avis sur 38 protocoles et 19 étaient en instruction. Parmi les avis rendus, 30 étaient « *favorables avec réserves* » (pour cause d'information incomplète) et 8 étaient défavorables (pour cause de qualité et/ou de sécurité insuffisantes). Plus de la moitié des protocoles concernent une délégation d'actes de médecins vers des infirmiers diplômés d'Etat (IDE). **Un peu plus d'un dixième concerne une délégation en faveur des orthoptistes et une minorité concerne des opticiens.**

Le Nord-Pas-de-Calais a initié un protocole entre ophtalmologistes et orthoptistes pour la conduite de bilans visuels. Ce protocole, permettant de réduire les délais d'attente, est à présent autorisé dans 9 régions.

L'ARS des Pays de la Loire, suivant un protocole distinct, permet également aux orthoptistes la réalisation de bilans de réfraction sans ordonnance. Le bilan de l'orthoptiste est analysé en différé par l'ophtalmologiste chargé d'envoyer l'ordonnance au patient, ou de le recontacter, dans les 8 jours. Dans le cadre de ce protocole, le tarif de la consultation pour le patient est de 23 euros et est pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Ce modèle d'organisation, initié dans les Pays de la Loire, a été validé par la HAS au niveau national.

Ces protocoles locaux de coopération constituent **un système pertinent d'expérimentations décentralisées**. Les expériences les plus concluantes pourraient *a posteriori* être élargies au territoire national dans le cadre de nouvelles mesures de délégation de tâches.

Les protocoles de coopération dans la filière de la santé visuelle

Avis favorable avec réserve obtenu entre début 2009 et fin 2013.

Source : HAS

Structure ou professionnels porteurs	Thème	Actes dérogatoires	Professionnels impliqués	ARS concernées
Equipe de l'URPS Bourgogne	Dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique : travail pluridisciplinaire améliorant la prise en charge du patient diabétique en zone sous-médicalisée.	Anamnèse ; prise de la pression intraoculaire ; prise de clichés à l'aide d'une rétinographie non mydriatique ; sans prescription.	Ophtalmologiste ↔ orthoptiste	Bourgogne Ile-de-France
Cabinet libéral	Mise en place d'une consultation de dépistage de la rétinopathie diabétique <i>via</i> télémedecine.	Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction, sans prescription médicale ; mesure de la pression intraoculaire avec un tonomètre à main.	Ophtalmologiste ↔ IDE Ophtalmologiste ↔ orthoptiste	Martinique
	Transfert par l'ophtalmologiste de la prescription médicale des actes dispensés par l'orthoptiste.	Sans prescription : mesure à l'auto-refractomètre ; tonométrie à air pulsé ; bilan orthoptique moteur et sensoriel ; réfraction subjective et objective ; kératométrie ; photos couleur non mydriatiques du FO ; examen par OCT des fibres visuelles et de l'épaisseur maculaire ; champ visuel automatisé ; champ visuel manuel ; vision des couleurs.	Ophtalmologiste ↔ orthoptiste	Nord-Pas-de-Calais Ile-de-France Bretagne PACA Haute Normandie Océan Indien Rhône-Alpes
	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un orthoptiste et/ou infirmier, en lieu et place d'un ophtalmologiste.	Interrogatoire (pour l'orthoptiste) ; prise de rétinographies avec une rétinographie non mydriatique sans instillation de collyre mydriatique, sans prescription ; prise de rétinographies avec un RNM après instillation de collyre mydriatique, en l'absence d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement.		Pays de la Loire

Structure ou professionnels porteurs	Thème	Actes dérogatoires	Professionnels impliqués	ARS concernées
Cabinet libéral	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à15 ans.	Pour les enfants de 6 à 15 ans : interrogatoire (éliminer les contre-indications) ; réfraction sans prescription ; bilan des déséquilibres oculomoteurs sans prescription.	Ophtalmologiste ↗ orthoptiste	Pays de la Loire
	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans.	Interrogatoire (éliminer les contre-indications) ; réfraction sans prescription ; bilan des déséquilibres oculomoteurs sans prescription.		
Groupe Korian Ehpad	Réalisation d'une réfraction subjective par un opticien en EHPAD, en lieu et place d'un ophtalmologiste.	Réalisation d'une réfraction subjective par un Opticien en EHPAD.	Ophtalmologiste ↗ opticien	Ile-de-France
Cabinet libéral	Extension de la période de renouvellement de verres correcteurs par un opticien, après un premier équipement prescrit par un ophtalmologiste, de 3 ans à 5 ans.			Ophtalmologiste ↗ orthoptiste
	Réalisation d'examens de dépistage ophtalmologique par une orthoptiste.	Réalisation d'une tonométrie sans contact par une orthoptiste hors la présence d'un ophtalmologiste.		
	Protocole de coopération entre professionnels de la sante oculaire au Puy en Velay et en Haute Loire.	Interrogatoire ; mesure des lunettes portées au frontofocomètre ; réfractométrie ; tonométrie à air ; fond d'œil numérique ; ordonnance de lunettes.		

Les recommandations du rapport « Voynet »

Sur demande de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, adressée à l'inspection générale des affaires sociales, l'inspectrice Dominique Voynet a diligenté au premier semestre 2015 une mission d'appui à la filière de la santé visuelle.

Le rapport de mission a été remis en juillet dernier et comporte 30 recommandations pour réduire de moitié le délai moyen pour une consultation ophtalmologique, d'ici 2017. Les conclusions de la mission ont été favorablement accueillies par les trois grandes professions de la filière.

Les préconisations avancées se répartissent en quatre thèmes :

1. Renforcer l'offre de soin ophtalmologique

Il s'agit notamment d'encourager les ophtalmologistes à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans ; d'inciter à la réalisation d'actes au tarif opposable, avec un minimum de 30% de l'activité ; d'élargir le champ des protocoles de coopération au suivi des maladies chroniques ; de penser un mécanisme de soutien au travail aidé en secteur 1 dans les zones sous-denses ; d'expérimenter des pôles ophtalmologiques multi-sites ; et de réévaluer la cotation du bilan de la vue en contrepartie d'une limitation de la cotation des actes techniques pour cette indication.

2. Conforter le travail de l'orthoptiste

Il s'agit de renforcer la délégation de tâches entre les ophtalmologistes et les orthoptistes, notamment libéraux, en étendant le champ de compétences des orthoptistes.

3. Clarifier le rôle de l'opticien

Le rapport préconise d'autoriser les opticiens à renouveler les ordonnances de lentilles et à les adapter sous certaines conditions, chose qu'ils sont déjà en droit de faire avec les lunettes. Par ailleurs, le rapport propose de faire varier la durée de validité des ordonnances pouvant être renouvelées par un opticien en fonction de l'âge des patients et de leur état de santé. Le rapport plébiscite également une réflexion sur le rôle des opticiens en matière de dépistage des amétropies et autres pathologies de l'œil.

4. Compléter la formation des acteurs de la filière visuelle

Le rapport propose d'accroître le nombre d'étudiants en orthoptie, suivant les besoins régionaux, et d'adapter leur formation à l'extension de leurs compétences. La mission préconise de « *mettre de l'ordre dans l'offre surabondante et inégale de formations au BTS d'opticien-lunetier* » et de réformer leur formation, notamment pour l'intégrer au schéma LMD. Les enseignements de l'année supplémentaire seraient alors orientés sur la physiologie de l'œil, et moins sur l'aspect commercial de l'activité, déjà largement couvert par les deux années de BTS. Le rapport suggère de conduire une mission IGAS-IGAENR pour « *expertiser la faisabilité d'un socle commun aux études paramédicales du secteur visuel* ». Il recommande également de mettre rapidement à l'étude la mise en place d'un master de santé visuelle, délivré par les UFR de médecine et ouvert aux titulaires d'un titre de niveau Bac+3 en optique-lunetterie, en orthoptie ou en sciences optiques.

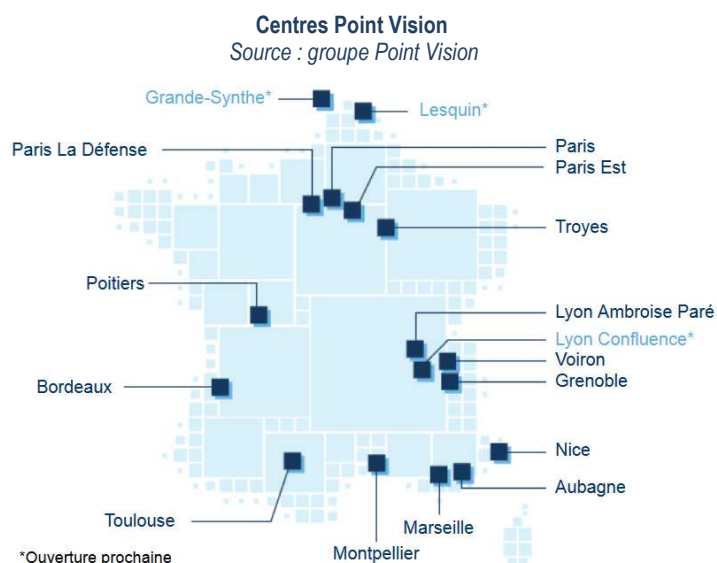
2.6 « Point Vision » : une organisation optimisée des soins de ville

2.6.1 Un dispositif récent, en plein développement

Le groupe Point Vision est né d'une **initiative privée**, originale et innovante, ayant pris appui sur l'extension des compétences des orthoptistes opérée en 2007. Le modèle repose sur **l'optimisation du travail interdisciplinaire**, entre secrétaires, orthoptistes et ophtalmologistes, au sein de centres de santé spécialisés.

Signe de son succès, le groupe compte aujourd'hui **plus de 300 professionnels exerçant dans 14 centres**. Trois centres supplémentaires sont actuellement en cours d'ouverture.

Chaque structure est juridiquement indépendante et détenue par des ophtalmologistes associés disposant de la majorité des droits de vote aux assemblées générales.

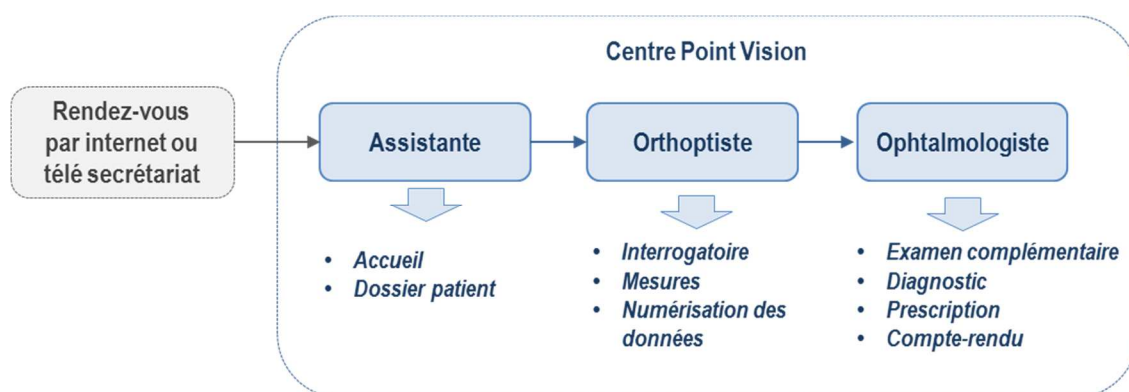


2.6.2 Un travail d'équipe optimisé

Schématiquement, le travail d'équipe au sein des établissements Point Vision s'organise en trinôme, avec une assistante et un orthoptiste pour chaque ophtalmologiste. A chaque visite, tout patient passe successivement devant ces trois professionnels :

1. Les rendez-vous sont pris en amont, par internet (70% des cas) ou par télé secrétariat. Les **assistantes** peuvent ainsi se concentrer sur l'accueil des patients et la constitution de leur dossier.
2. Les **orthoptistes** interrogent les patients et mesurent les variables oculaires courantes, dont celles de la réfraction. Ils entrent les informations oralement obtenues et les résultats mesurés dans un logiciel métier pour les transférer instantanément à un ophtalmologiste du centre. En moyenne, l'intervention des orthoptistes durent 8 à 13 minutes.
3. Les **ophtalmologistes** analysent les premiers résultats, examinent les patients, formulent un diagnostic et, si nécessaire, délivrent une ordonnance. Enfin, ils rédigent un compte rendu de l'examen. En moyenne, l'intervention des ophtalmologistes durent 10 minutes, mais avec des temps variant de 3 minutes pour les cas les plus simples à 1 heure pour les cas complexes.

Le parcours des patients dans les centres Point Vision



Pour accroître davantage le temps médical des ophtalmologistes, le groupe Point Vision offre à ses centres des services leur permettant de **se libérer des tâches administratives**, comme la gestion comptable, la gestion des paies, les démarches de recrutement ou encore les achats de matériel.

Outre la répartition des tâches, la logique d'optimisation de ces centres s'applique également :

- à **l'aménagement des locaux**, pensés pour faciliter la circulation des patients et des équipes. L'organisation des différents établissements est ainsi homogène : environ 350 mètres carrés, 4 box d'examen pour les orthoptistes, 4 box de consultation pour les ophtalmologistes et un box de bilan pré- et post- opératoires et de contactologie.
- au **choix des matériels** : ceux de dernière génération.
- aux **compétences des ophtalmologistes associés**. Plus que de simples médecins, les ophtalmologistes chefs de centre sont des managers ayant sous leur responsabilité une entreprise et des salariés. Or la gestion d'entreprise et de salariés n'est pas une compétence transmise lors de la formation initiale des médecins. Pour pallier à ce manque, le groupe Point Vision permet aux chefs de centre de suivre des modules de formation à la gestion et au management dispensés par HEC.

2.6.3 Une productivité élevée

D'après les fondateurs du groupe, cette rationalisation des processus de production (division du travail, optimisation des locaux, matériels de dernière génération et formation des dirigeants) permet **un gain de productivité de 40% relativement à un ophtalmologiste non aidé**. Avec une telle performance, il suffirait que 1 000 ophtalmologistes indépendants adoptent ce modèle d'organisation pour que les besoins des Français en soins optiques de premier recours soient satisfaits. Chaque établissement Point Vision assure en moyenne 70 000 rendez-vous par an.

2.6.4 Des tarifs du secteur 1

Ce niveau de productivité permet aux centres **Point Vision atteindre le seuil de rentabilité tout en pratiquant les tarifs du secteur 1**. Leur implantation est donc pertinente aussi bien dans **les zones à faible densité d'ophtalmologistes** que dans **les zones à forte densité mais où les professionnels en secteur 1 sont insuffisamment nombreux**. C'est par exemple le cas de Paris, qui compte trois établissements Point Vision. A

Paris, la densité d'ophtalmologistes est très forte, avec 29 médecins pour 100 000 habitants, mais seulement 12% appartiennent au secteur 1 (contre 43% en France)²⁶.

2.6.5 Une logique d'innovation

Le groupe Point Vision prépare et expérimente des **innovations technologiques** visant à optimiser davantage l'organisation interne des soins :

- Le groupe travaille par exemple sur la mise au point d'un **algorithme destiné à faciliter l'examen de l'orthoptiste sur les actes de réfraction subjective**. Le temps moyen alloué à ces actes pourrait ainsi passé de 7 à 2 minutes seulement.
- **L'utilisation de la 3D** pourrait permettre d'optimiser le choix des mouvements de rééducation optique.
- Le développement d'un **logiciel métier plus ergonomique** permettrait de réduire le temps nécessaire aux manipulations informatiques.

L'innovation organisationnelle, au cœur du business model du groupe, reste l'un des principaux vecteurs d'optimisation des processus de production des années à venir. Notamment, en 2016, le groupe implémentera le protocole « Pays de la Loire » qui permet à un orthoptiste de conduire des bilans de réfraction sans ordonnance. Son bilan est ensuite validé ou non, numériquement, par un ophtalmologiste chargé d'envoyer l'ordonnance au patient ou de le recontacter dans les 8 jours. Ce protocole implique un tarif de 23 euros qui est intégralement remboursé par la sécurité sociale.

²⁶ Source : SNIR, pour l'année 2003.

Section 4

La filière de la santé visuelle

Un financement sous tension

4.1 Des comptes sociaux structurellement déficitaires



Confrontée au déficit de la sécurité sociale, le financement solidaire des dépenses de santé devra se concentrer sur les soins « essentiels » et/ou sur les populations les plus fragiles. En retour, le secteur privé, par le biais des assurances complémentaires, supportera lui une fraction plus importante du coût des soins « moins essentiels ». Cette évolution s'observe déjà clairement dans la filière de la santé visuelle.

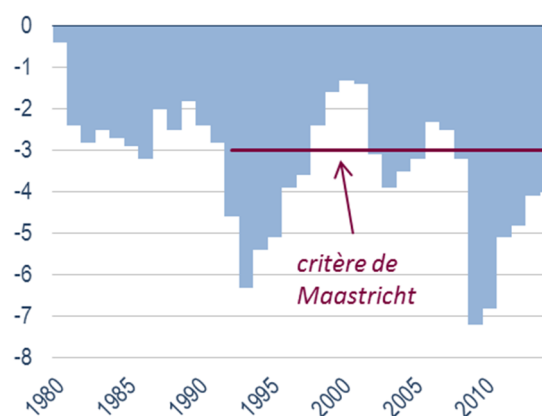
4.1.1 La nécessaire maîtrise des comptes publics

Les finances publiques sont dans une situation préoccupante depuis la crise économique et financière de 2009. L'écart entre les recettes et les dépenses de l'Etat, des collectivités locales et de la sécurité sociale a atteint 7,2% du PIB en 2009 et se résorbe depuis progressivement. **En 2014, le déficit était encore profond, à 4% du PIB**, soit un point au-dessus du critère de Maastricht. **Assainir les comptes publics est un impératif pour que l'Etat puisse conserver la confiance des investisseurs et ainsi continuer d'emprunter à bas coût.**

Une remontée significative des taux consécutive à des doutes sur la capacité de l'Etat à honorer ses engagements aurait des effets fortement négatifs sur l'ensemble de l'économie française. Le service de la dette, premier poste de dépenses en 2012, 2013 et 2014, est en concurrence avec les autres dépenses publiques, comme l'éducation, la santé et les investissements en infrastructures. Si le taux des emprunts publics venait à augmenter, le service de la dette s'alourdirait au détriment des services publics. **La résorption des déficits demeure ainsi un impératif auquel seront soumises les trois administrations publiques au moins jusqu'en 2020.**

Déficit public français

En % du PIB, dernière année = 2014



Source : INSEE

4.1.2 Assainir les comptes de l'assurance maladie

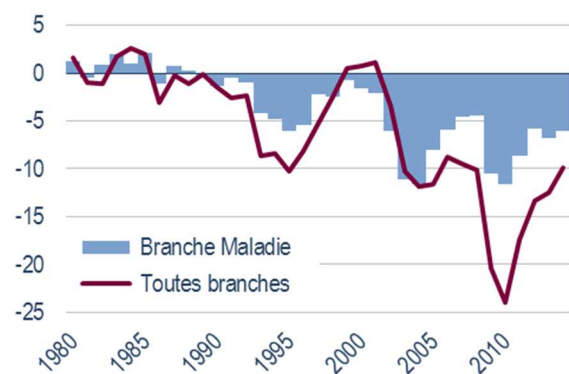
L'équilibre des finances publiques passe notamment par une réduction du déficit de l'assurance maladie. Or ce déficit est profond et en grande partie structurel. Il court depuis la seconde moitié des années 1980 et s'est dangereusement creusé au début des années 2000, soit bien avant la crise économique de 2008 et 2009. Pour l'exercice 2015, la loi de financement de la sécurité sociale anticipe un « trou » de 7 milliards d'euros pour la branche Maladie des régimes obligatoires de base, après 7,4 milliards d'euros en 2014.

L'assurance maladie subit un effet ciseau entre ses recettes et dépenses qui menace son modèle. Ses recettes reposent essentiellement sur le travail, *via* les cotisations prélevées sur les salaires. Or si ce mode de financement était pertinent durant les Trente Glorieuses, il ne l'est plus depuis l'essor du chômage de masse dans les années 1970. L'introduction de la contribution sociale généralisée (CSG) en 1991, qui porte également sur les revenus de remplacement, a permis de réduire la dépendance des recettes sociales à la situation de l'emploi national. La CSG représente aujourd'hui un cinquième des ressources du régime général de sécurité sociale.

Grevées par le chômage et l'atonie des salaires, les recettes sociales progressent aujourd'hui lentement et peinent à suivre le rythme des dépenses médicales. Une hausse des taux de cotisation n'est pas une stratégie viable pour combler le manque de recettes car cela dégraderait la compétitivité-prix des entreprises et soutiendrait le chômage structurel du pays.

Solde du régime général de la sécurité sociale

En milliards d'euros courants, dernière année = 2014



Source : Eco-Santé

-7 Md€

**Déficit prévu pour 2015
de la branche Maladie**
(régime obligatoire de base)

4.2 Les complémentaires santé : premiers financeurs de la filière



La part de l'assurance maladie dans le financement des consultations d'ophtalmologie recule du fait de la croissance des dépassements d'honoraires. Sa participation au financement des optiques est symbolique et elle est complètement absente du remboursement des chirurgies réfractives. De fait, les complémentaires santé sont ainsi le premiers financeurs de la filière de la santé visuelle.

4.2.1 La part du public dans les frais d'ophtalmologie recule

La sécurité sociale ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires. Aussi, **son poids relatif dans la couverture des consultations d'ophtalmologie s'est sensiblement réduit avec l'augmentation des dépassements dans cette spécialité.**

L'assurance maladie couvre 70% des tarifs de base des consultations médicales. Ces tarifs sont demeurés stables au cours des années 2000, contrairement aux tarifs pratiqués en secteur 2.

Le tarif de base diffère selon qu'il s'agisse ou non du médecin traitant, selon le secteur activité (secteur 1, sans dépassement autorisé, ou secteur 2, avec dépassements autorisés) et selon le contexte de la consultation (suivi régulier, avis ponctuel) :

- Une consultation de suivi régulier auprès d'un médecin du secteur 1 revient à 28 euros et donne lieu à un remboursement par l'assurance obligatoire de 18,6 euros après la déduction forfaitaire de 1 euro. Hors dépassement, le remboursement effectif de l'assurance maladie s'élève ainsi à 66% du prix.
- En secteur 2, le tarif est libre et la base de remboursement de l'assurance maladie est réduite à 23 euros.

En se basant sur un dépassement de 20,9% des tarifs conventionnels en 2000 et de 33,2% en 2010, nous estimons que le remboursement effectif de l'assurance maladie pour les consultations d'ophtalmologie (secteur 1 et 2 confondus) est passé de 55% en 2000 à 50% en 2010, soit une baisse de 5 points²⁷.

²⁷ Source : calculs Asterès sur la base des données du SNIR (Eco-Santé).

Remboursement des consultations d'ophtalmologie par l'assurance maladie

Source : ameli.fr

		Tarif	Base de remboursement	taux de remboursement	Montant remboursé
Médecin traitant	Secteur 1	25 €	25 €	70%	16,5 €
	Secteur 2	Libre	23 €		15,1 €
Médecin correspondant pour suivi régulier	Secteur 1	28 €	28 €		18,6 €
	Secteur 2	Libre	23 €		15,1 €
Médecin correspondant pour avis ponctuel	Secteur 1	46 €	46 €		31,2 €
	Secteur 2	Libre	46 €		31,2 €
Consultation ophtalmologie en accès direct	Secteur 1	28 €	28 €		18,6 €
	Secteur 2	Libre	23 €		15,1 €

Evolution des dépassements d'honoraires en ophtalmologie libérale (secteurs 1 et 2 confondus)

Source : SNIR, Eco-Santé

	2000	2010	Variation
Dépassement en % des tarifs conventionnels	20,9%	33,2%	+12,3 pts
Nombre de dépassements par médecin	2 073	2 816*	+36%
Nombre de dépassements / 100 actes	39,8	44,4	+4,6
Valeur moyenne du dépassement	14,8 €	22,9 €	+55%

* année 2009

4.2.2 Une participation symbolique de l'assurance maladie au financement des optiques

L'assurance maladie est presque absente du financement des lunettes de vue et des lentilles de contact, dont le coût global s'est élevé à 5,7 milliards d'euros en 2013. Elle ne rembourse les montures qu'à hauteur de 60% sur la base d'un tarif de 2,8 euros, et les verres à 60% sur la base d'un tarif allant de 2,3 euros pour le verre correcteur le plus simple à 24,5 euros pour un verre progressif (pour une personne de plus de 18 ans). Ces tarifs de référence ne reflètent en rien les prix en magasin. L'association UFC-Que Choisir a relevé en 2013 un prix de vente moyen des lunettes de 470 euros TTC, pour une prise en charge par l'assurance maladie comprise entre 4 et 31 euros suivant les verres²⁸. La couverture publique ne représente ainsi que 2 à 3% du prix d'une paire de lunettes. Cette proportion est confirmée par les comptes nationaux de la santé. Suivant ceux-ci, la contribution du secteur public (sécurité sociale, Etat et CMU-C) au financement des optiques médicales s'élève à seulement 5%. Les assurances complémentaires couvrent quant à elle près des trois quarts du financement.

Le poids des assurances complémentaires dans le financement des optiques médicales est passé de 58,6% en 2006 à 72,6% en 2013 (+14 points). Cette évolution s'est faite au bénéfice des ménages, dont la part dans le financement est passée de 35,8 à 22,3% (-13,5 points)²⁹. Pour comparaison, les assurances complémentaires ne prennent en charge « que » 14% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 22% de la dépense de soins de ville.³⁰

Symbole du retrait de l'assurance maladie, son taux de remboursement des optiques (qui s'applique aux prix de base et non aux prix de marché) est passé en 2011 de 65 à 60%.

Dépenses d'optique

En millions d'euros



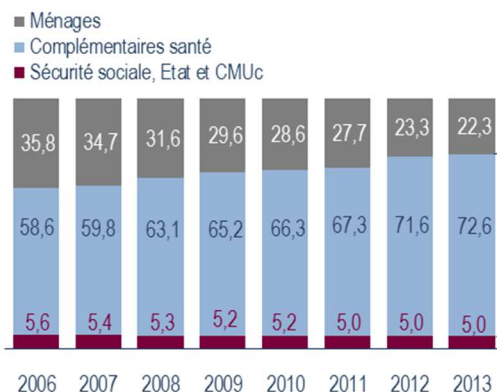
Source : Drees, Comptes de la santé

²⁸ Dans le détail, suivant une autre étude, conduite par Alcimed en mars 2011 pour le compte de la direction de la sécurité sociale, le coût moyen d'une paire de lunettes munie de verres unifocaux est de 278 euros, dont 135 euros de monture, et le coût moyen pour une paire dotée de verres progressifs était de 578 euros.

²⁹ Rappelons que, collectivement, ce sont les assurés qui paient leurs propres dépenses de santé à travers leurs primes d'assurance.

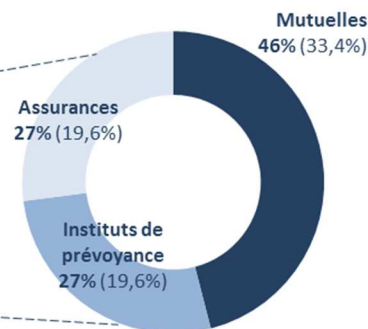
³⁰ Ces données, non publiées par la DREES à ce niveau de détail, sont sujettes à des approximations. Elles ne permettent pas d'aller au-delà de l'estimation d'un ordre de grandeur du poids respectif des financeurs.

Prise en charge des dépenses d'optique par type de financeurs (en %)



Source : Drees. Ces données, non publiées par la DREES à ce niveau de détail, sont sujettes à des approximations. Elles ne permettent pas d'aller au-delà de l'estimation d'un ordre de grandeur du poids respectif des financeurs.

Structure de la prise en charge des assurances complémentaires, en 2013 *



* La première valeur représente la part dans le financement des frais d'optique par les assurances complémentaires. La seconde valeur représente la part dans le financement des frais d'optique tous acteurs confondus (sécurité sociale, Etat, CMU-C, ménages et complémentaires)

Montants remboursés par l'assurance maladie

Source : ameli.fr

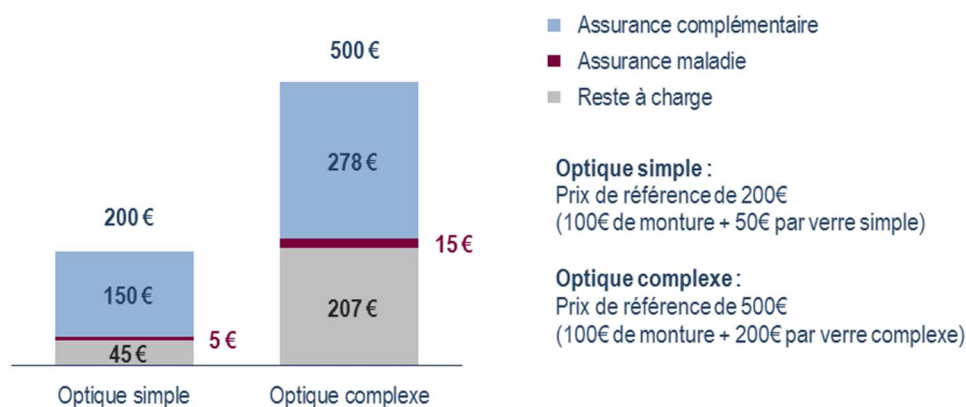
	Pour les moins de 18 ans	Pour les plus de 18 ans
Monture	18,3 €	1,7 €
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00	7,2 €	1,4 €
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,25 à -10,00	16,0 €	2,5 €
Verre blanc simple foyer, sphère de +6,25 à +10,00	16,0 €	2,5 €
Verre blanc simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	27,0 €	4,6 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	9,0 €	2,2 €
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	21,8 €	4,1 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	16,7 €	3,8 €
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	27,9 €	5,7 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	23,5 €	4,4 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	26,0 €	6,5 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	26,2 €	6,2 €
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	40,0 €	14,7 €

La prise en charge des assurances complémentaires est forfaitaire. Dès lors, leur poids dans le financement de lunettes est d'autant plus important que le prix est faible. En 2010, suivant les données de la DREES, les complémentaires santé couvraient ainsi, en moyenne, 75% du coût d'un équipement de 200 euros à verres simples, mais 56% du coût d'un équipement de 500 euros à verres complexes. La couverture étant intégrale pour les équipements dont le coût n'excède pas le plafond de remboursement, **les restes à charge de nombreux assurés s'expliquent par le choix :**

- **d'une monture de gamme « supérieure »** (considération liée à la mode) ;
- **et d'options facultatives sur les verres** (considération liée au bien-être).

Une part importante des restes à charge (voire leur totalité) est ainsi liée à des choix non médicaux.

Structure moyenne du financement de lunettes de vue coûtant 200€ et 500€
En 2010



Source : DREES, calculs Asterès

Prise en charge des optiques par les assurances complémentaires, en euros

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2010

		Optique simple Prix de référence = 200 € (100 € pour la monture + 50€ par verre simple)				Optique complexe Prix de référence = 500 € (100 € pour la monture + 200€ par verre complexe)			
		Moyenne	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Moyenne	1er quartile	Médiane	3ème quartile
Mutuelles	Contrats collectifs	169	155	195	195	356	255	408	485
	Contrats individuels	131	112	142	153	224	155	220	306
	Ensemble	141	115	143	192	261	168	258	318
Institutions de prévoyance	Contrats collectifs	175	153	190	195	363	258	412	485
	Contrats individuels	111	103	103	153	189	145	158	258
	Ensemble	168	153	190	195	345	258	412	485
Sociétés d'assurance	Contrats collectifs	184	180	195	195	387	342	405	485
	Contrats individuels	139	105	147	195	200	115	160	250
	Ensemble	155	138	170	195	267	148	230	405
Ensemble des organismes	Contrats collectifs	175	155	195	195	366	258	412	485
	Contrats individuels	132	107	143	162	216	148	200	306
	Ensemble	150	125	153	195	280	167	260	408

Les assurances doivent-elles financer la mode ?

Les montures sont des produits de santé, mais il s'agit également d'accessoires de mode pour lesquels les Français sont prêts à ouvrir leurs portefeuilles. Il en existe à tous les prix. Schématiquement, trois grands niveaux de gamme se démarquent :

- **Les montures sans marque, de bas ou de moyenne de gamme.** Fabriquées en Asie, elles sont généralement écoulées en tant que « secondes paires offertes » ou pour les offres « CMU-C ». Ces niveaux de gamme, compris entre 10 et 80 euros, représentent entre 40 et 45% du marché français. Entre 50 et 80 euros, il est possible de trouver des montures de milieu de gamme de bonne qualité.
- **Les montures griffées.** Il s'agit des montures de marque, comme Ray-Ban, Persol ou Chanel. Ce segment représente 40 à 45% du marché en volume. Leurs prix varient entre 50 et 150 euros. Les entreprises qui fabriquent ces produits disposent de licences octroyées par les marques. Elles sont localisées principalement en Italie et en France.
- **Les montures de lunetiers-créateurs.** Elles représentent 15% du marché français. Les modèles vendus en France sont conçus principalement par des artisans français et italiens. Les prix vont de 150 euros à quelques milliers d'euros.

Depuis le 1^{er} avril 2015, le remboursement des produits d'optique a été plafonné par décret à 470 euros pour les lunettes à verres simples et à 850 euros pour les paires à verres plus complexes. A l'intérieur de ces plafonds, **le remboursement maximal des montures est fixé 150 euros.** Des montures de très bonnes factures se trouvant à moins de 100 euros, **un tel plafond signifie que le gouvernement accepte que les primes d'assurance des ménages servent à financer des produits de mode.** Afin de limiter l'inflation des primes, **le remboursement des montures pourrait être plafonné à 100 euros, voire 80 euros.**

4.2.3 Des chirurgies réfractives non remboursées par l'assurance maladie

La chirurgie réfractive permet de modifier la structure de l'œil pour corriger totalement ou partiellement les défauts de réfraction : myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie. Que cela soit par laser ou par pose d'implants, les techniques employées aujourd'hui sont à la fois **efficaces et sûres**, bien que les résultats dépendent de la cicatrisation, propre à chaque individu, et que le risque zéro n'existe pas en chirurgie.

L'assurance maladie n'assure aucune prise en charge des chirurgies réfractives, considérant qu'il s'agit là de soins de confort. Etant hors nomenclature, les tarifs de ces opérations sont librement fixés par chaque prestataire. Il faut compter en moyenne entre 1 200 et 3 000 euros pour un traitement des deux yeux.³¹

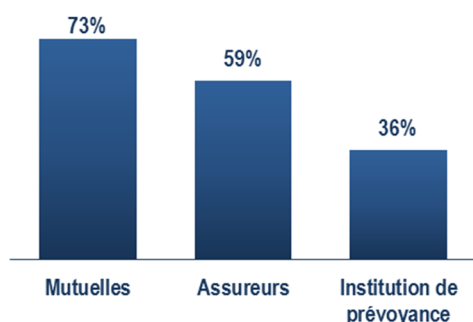
L'assurance maladie ne finançant qu'une infime fraction du coût des optiques, son intérêt financier à rembourser ces chirurgies est faible : son coût immédiat serait élevé pour des économies de moyen terme modérées. L'intérêt est en revanche plus net pour les assureurs complémentaires qui, selon les patients, peuvent espérer « rentabiliser » à moyen-long terme ces opérations. Corriger l'acuité par chirurgie permet en effet d'économiser sensiblement sur les frais d'optique à venir.

Prise en charge de la chirurgie réfractive par les complémentaires santé

Sources : FNMf, * Drees, ** Profidéo

	Individuel	Collectif
Bénéficiaires couverts * Contrats les plus souscrits en 2010	61 % +0,9% depuis 2009	62 % + 4% depuis 2009
Montant moyen de prise en charge par œil ** Contrats commercialisés en 2015	247 euros	366 euros <i>petit collectif</i>

Prise en charge de la chirurgie réfractive par les organismes complémentaires En % des bénéficiaires



Sources : FNMf, Drees (contrats les plus souscrits en 2010)

En 2010, les mutuelles étaient nettement plus investies que les autres modèles de complémentaires en matière de prise en charge des chirurgies réfractives : 73% des assurés mutualistes bénéficiaient d'une couverture pour ce type de soins, contre 59% au sein des assureurs et 36% au sein des institutions de prévoyance.

³¹ Source : Asterès, relevés manuels de tarifs communiqués sur internet.

Schématiquement, en supposant **pour des verres simples** :

- des frais de remboursement pour les complémentaires de 155 euros³² à chaque renouvellement de lunettes, soit tous les trois ans en moyenne ;
- un coût de remboursement d'une opération des yeux de 600 euros³³ ;
- une réussite totale de l'opération : le patient n'a plus besoin de lunettes,

alors une complémentaire santé « rentabilise » l'opération dès le troisième renouvellement théorique de lunettes, soit en moyenne au bout de 10 ans, soit le temps moyen pour quatre renouvellements de lunettes).

		Renouvellement de lunettes tous les 3 ans				
		année 1	année 4	année 7	année 10	année 13
Sans chirurgie	Remboursement lunettes	155 €	155 €	155 €	155 €	155 €
	Coût cumulé	155 €	310 €	465 €	620 €	775 €
Avec chirurgie	Remboursement lunettes	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement chirurgie	600 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Coût cumulé	600 €	600 €	600 €	600 €	600 €

Schématiquement, en supposant **pour des verres complexes** :

- des frais de remboursement pour les complémentaires de 287 euros³⁴ à chaque renouvellement de lunettes (tous les trois ans) ;
- un coût de remboursement d'une opération des yeux de 600 euros ;
- une réussite de l'opération : la vision est améliorée mais le port de lunettes reste nécessaire. Le patient peut à présent porter des verres simples.

alors une complémentaire santé « rentabilise » l'opération lors du quatrième renouvellement théorique de lunettes, soit en moyenne la 13^{ème} année suivant la chirurgie.

		Renouvellement de lunettes tous les 3 ans				
		année 1	année 4	année 7	année 10	année 13
Sans chirurgie	Remboursement lunettes	287 €	287 €	287 €	287 €	287 €
	Coût cumulé	287 €	574 €	861 €	1 148 €	1 435 €
Avec chirurgie	Remboursement lunettes	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
	Remboursement chirurgie	600 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Coût cumulé	750 €	900 €	1 050 €	1 200 €	1 350 €

³² Cette valeur correspond au remboursement moyen, mesuré par l'enquête de la Drees auprès des organismes complémentaires en 2010, auquel nous avons appliqué l'inflation des prix d'optique, telle que communiquée par les comptes nationaux (les comptes nationaux s'arrêtant en 2013, une hypothèse d'inflation a dû être formulée pour les années 2014 et 2015).

³³ Nous avons retenu un montant intermédiaire entre le montant moyen remboursé dans le cadre d'un contrat individuel (494 euros pour les deux yeux) et le montant moyen remboursé dans le cadre d'un contrat « petit » collectif (732 euros).

³⁴ Même méthode que précédemment.

L'opération peut ne pas conduire à une correction parfaite de la réfraction. Dès lors, des lunettes restent nécessaires mais la puissance des verres est allégée, ce qui en diminue également le coût pour le patient et son assureur. Les complémentaires pourraient ainsi davantage s'impliquer dans la promotion et le financement des chirurgies réfractives. Des difficultés freinent cependant leur implication :

- **L'assurance maladie est totalement absente du remboursement de ces chirurgies et leurs prix ne sont donc pas régulés administrativement.** Or l'application de la tarification à l'activité (T2A) permettrait une modération efficace des prix.
- Pour les assureurs, les chirurgies réfractives ne sont « rentables » que pour certains types d'assurés : les jeunes (moins de 35 ans ; myopes ou astigmatiques mais éloignés de la presbytie) et les assurés plus âgés chez qui la presbytie est importante et peut être sensiblement réduite. Une personne de 40 ans, chez qui la presbytie n'est pas tout à fait déclarée, présente moins d'intérêt. **Une prise en charge différenciée, suivant l'âge, est donc pertinente.**
- Suite à une chirurgie réfractive, **un assuré pleinement rationnel modifiera son contrat d'assurance pour réduire, voire supprimer, la couverture des frais optiques**, et ainsi alléger sa prime. Pour l'assureur, cette stratégie se traduit logiquement par un manque à gagner.
- **Le nomadisme des assurés rend aléatoire le « retour sur investissement » attendu par les complémentaires.** Celles-ci peuvent en effet voir un client migrer vers un autre prestataire à tout moment, perdant ainsi leur « investissement » dans la prévention des risques de moyen et long terme.

Part des assurés d'une assurance privée couverts par un contrat comprenant un remboursement de la chirurgie réfractive, en 2010

Source : DREES

	Collectifs	Individuels	Ensemble
Mutuelles	82%	69%	73%
Institutions de prévoyance	38%	17%	36%
Sociétés d'assurance	71%	52%	59%
Ensemble	61%	62%	62%

La certitude ne s'assure pas !

Les trois quarts des Français (74%) déclarent endurer un trouble de la vue et cette proportion s'élève à 97% chez les plus de 65 ans*. En moyenne, un porteur de lunettes renouvelle son équipement tous les trois ans. Pour une personne disposant de lunettes, les dépenses d'optique sont donc régulières et à peu près connues. **La consommation de lunettes ne relève donc pas d'un risque mais de certitudes**, hormis pour les Français de moins de 40 ans qui n'en portent pas encore et qui, eux, ne savent pas s'ils en porteront prochainement. **La prise en charge partielle ou totale des frais d'optique ne relève donc pas du métier de l'assurance** qui, fondamentalement, consiste à couvrir des sinistres dont l'occurrence pour un individu est aléatoire.

La couverture assurantielle des frais d'optique n'est possible qu'en raison d'une rationalité limitée des assurés. Un porteur de lunettes parfaitement rationnel comprendrait en effet que ses dépenses d'optique sont incluses dans sa prime d'assurance avec une pondération proche de 1 (le renouvellement de lunettes est un évènement certain et déclenché par la volonté des assurés). Or l'assureur doit s'acquitter de taxes sur la prime perçue et couvrir ses frais de gestion. La prime effectivement payée au titre des frais d'optique excède donc logiquement le montant de ces coûts. Dès lors, deux stratégies s'offrent aux porteurs de lunettes pleinement informés et rationnels :

- **Ils peuvent refuser la couverture des frais d'optique pour épargner eux-mêmes en anticipation de ces dépenses.** Se faisant, ils économiseraient de manière sûre les montants des taxes et des frais de gestion qui s'appliquent à la fraction des primes imputables à l'optique.
- **Ils peuvent accepter la couverture et accélérer le rythme de renouvellement de leur équipement.** En renouvelant non plus tous les trois ans en moyenne mais tous les ans, ils « rentabilisent » leur prime d'assurance liée à l'optique. Les individus ont-ils intérêt à un tel rythme de renouvellement sachant qu'il ne se justifie pas médicalement ? La réponse est oui car, plus que de simples dispositifs paramédicaux, les lunettes sont devenues des objets de mode.

Ces deux stratégies sont évidemment défavorables aux assureurs. La première se traduit par un manque à gagner ; la seconde par une perte financière nette. **La certitude ne s'assure donc pas... sauf si les assurés manquent de rationalité.**

**Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008*

4.2.4 Quelle régulation des dépenses par les complémentaires santé ?

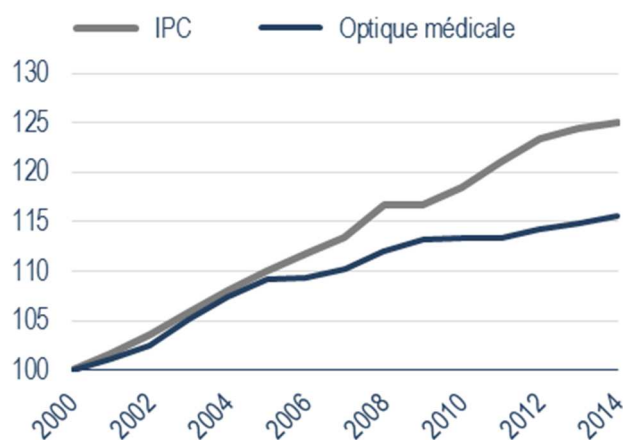
Supportant une part importante du financement des soins oculaires, les assureurs complémentaires semblent légitimes pour endosser un rôle déterminant de régulation des dépenses qui leur incombent. D'une position de « payeurs aveugles » à faible valeur ajoutée, ils pourraient ainsi endosser progressivement une position plus affirmée de « payeurs régulateurs » à forte valeur ajoutée.

Les mutuelles ont d'ores et déjà pu s'affirmer dans la régulation des dépenses d'optique en constituant des réseaux conventionnés d'opticiens. Ces réseaux reposent sur une prise d'engagements réciproques entre assureurs et opticiens. Dans le cadre de ces réseaux, les opticiens s'engagent à pratiquer des tarifs convenus avec les assureurs, à mettre en place le tiers-payant et à respecter des normes de qualité (gamme de produits, services offerts). En contrepartie, les assureurs garantissent à leurs partenaires opticiens un certain volume de clients.

Ce système a vraisemblablement contribué à la modération des dépenses d'optique. **Sur la première moitié des années 2000, l'indice des prix des optiques médicales a progressé au même rythme que l'indice des prix à la consommation (IPC), soit environ +2% par an. L'augmentation des tarifs d'optique a ensuite ralenti, de 2006 à 2009, avant de se stabiliser.** Cette stabilisation concorde avec la montée en puissance des réseaux de soins conventionnés.

Indice des prix à la consommation et indice des prix des optiques médicales

Base 100 = 2000 / Source : INSEE



Section 5

La filière de la santé visuelle

Comparaisons internationales

Synthèse de la section

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une **forte hausse de la demande de soins oculaires**. A titre d'exemple, les cas de glaucomes et de dégénérescences maculaires liées à l'âge augmenteront de 35% d'ici à 2030. Dans le même temps, **l'offre de soins va diminuer rapidement** du fait d'un accroissement des départs en retraite des ophtalmologistes dont l'âge moyen dépasse 50 ans.

Dans ce contexte, **la distorsion entre l'offre et la demande de soins va s'aggraver** dans un secteur déjà sous tension. Pour faire face à cette problématique, commune à de nombreux, **des réformes d'ampleur** ont été mises en place en **Allemagne**, au **Royaume-Uni** et aux **Pays-Bas**. Bien que leurs systèmes de santé diffèrent, ces trois pays ont adopté **une stratégie similaire** : intégrer davantage **les optométristes et les opticiens dans le parcours de soins en leur déléguant les examens routiniers** afin de permettre aux ophtalmologistes de se recentrer sur le traitement des pathologies les plus graves et particulièrement sur la chirurgie de l'œil.

Dans les trois pays étudiés, les réformes visant à la délégation de tâches ont eu lieu au début des années 2000. Quinze ans plus tard, les retours d'expérience sont positifs :

- La délégation a permis de **réduire sensiblement les files d'attente** pour les soins de la réfraction : elles sont inexistantes au Royaume-Uni et deux fois moins longues en Allemagne qu'en France. Le cas des Pays-Bas est éloquent. Avant sa réforme, l'organisation du parcours de soins y était similaire à celui de la France, et les délais de consultations avoisinaient 4 mois. Depuis sa réforme, autorisant les optométristes à assurer les consultations et à renvoyer les patients vers des ophtalmologistes, les délais ont diminué de plus de 70% pour se stabiliser à 33 jours.
- Les **coûts** de traitements et de consultations **n'ont pas été impactés** par les réformes.
- La **qualité des soins n'a pas été détériorée**.

Le succès de ces réformes tient en grande partie à la formation initiale des optométristes et des opticiens-ophtalmologistes. Cette formation est souvent **plus longue qu'en France** et diffère grandement dans son contenu. En effet, dans les trois pays étudiés, la formation de l'optométriste impose **au moins six mois de résidence** dans un centre d'ophtalmologie, la plupart du temps en hôpital. Plusieurs études, conduites par des médecins et des ophtalmologistes, ont testé la compétence des optométristes. Les résultats concluent toujours à l'adéquation de leurs qualifications avec les missions de consultations et de diagnostics basiques des maladies oculaires. Globalement, ces études observent que **la formation initiale de l'optométriste est déterminante**, bien plus que les formations complémentaires effectuées en cours de carrière.

Enfin, le comparatif met en évidence **une spécificité française concernant le marché des opticiens**. A population constante, ces derniers sont deux fois plus nombreux qu'en Allemagne et cinq fois plus nombreux qu'au Royaume-Uni, tout en ayant un chiffre d'affaires moyen 15% supérieur à celui de leurs homologues allemands et anglais. Cette observation confirme les résultats de plusieurs rapports sur le secteur de l'optique en France, lesquels pointent d'importantes marges d'efficience dans la distribution des optiques de vue.

Introduction

La prise en charge des pathologies de l'œil diffère grandement d'un pays à l'autre. Néanmoins, en raison du vieillissement de la population, une tendance se dégage qui vise à renforcer le rôle des optométristes dans la fourniture d'exams, la prescription de médicaments et la prestation de soins pour les pathologies les moins graves.

Qu'il s'agisse du Royaume-Uni ou de l'Allemagne, plusieurs réformes ont été mises en place afin de réduire les délais de consultation. Ces réformes ont eu pour principal effet **d'accélérer la délégation de tâches des ophtalmologistes vers les optométristes et les opticiens spécialisés**. Cette section fournit un état des lieux de la situation des soins oculaires dans les pays étudiés et met en évidence l'impact positif de la délégation des tâches sur le fonctionnement de la filière. En effet, **pour des soins similaires, les coûts sont relativement identiques d'un pays à l'autre et la qualité des examens de base n'est pas détériorée lorsqu'ils sont pris en charge par les optométristes ou les opticiens qualifiés**. Dans les pays étudiés, la présence des optométristes a permis de combler le manque d'ophtalmologistes et de réduire les délais d'attente des patients.

Enfin, **la forte densité d'opticiens en France est un cas unique**, qui ne se retrouve ni en Allemagne, ni au Royaume-Uni.

1. Le modèle allemand

Le modèle allemand est proche du modèle français. L'ophtalmologiste demeure au cœur du système. Les opticiens spécialisés et les optométristes peuvent procéder à certains exams. Les patients ont ainsi le choix de consulter en premier lieu un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien spécialisé. Les opticiens spécialisés et les optométristes n'étant pas reconnus comme des professionnels de santé, leur champ de compétences en matière de traitement est toutefois fortement restreint. Aussi, en cas d'anomalie détectée, ils sont légalement tenus d'orienter leurs patients vers un ophtalmologiste. Cette organisation explique que la plupart des patients préfèrent consulter directement un ophtalmologiste afin de raccourcir leur parcours de soins.

L'opticien allemand a un statut d'artisan³⁵. Il est autorisé à effectuer des diagnostics mais il lui est interdit d'être en contact avec l'œil.

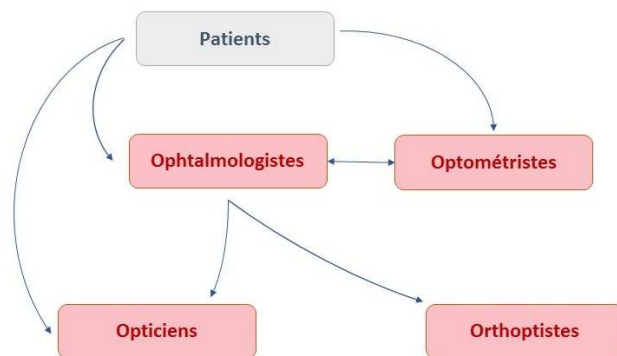
Le statut d'optométriste n'est lui pas reconnu formellement dans le droit allemand. Seul un diplôme délivré par l'académie ZVA de Knechtsteden (« Optometrist (ZVA/HwK) ») a été reconnu par les chambres de commerce de Saxe et de Brandebourg. Pour autant, depuis 2000, sous la pression de la demande de soins et l'incapacité des ophtalmologistes à y répondre dans des délais acceptables, **les optométristes sont autorisés à procéder à des tests de dépistage de maladies de l'œil, notamment des glaucomes**. Ils ont à présent le droit de pratiquer des tests de tonométrie, de périmétrie, de sensibilité chromatique, d'acuité visuelle et peuvent conduire l'ensemble des exams internes et externes de l'œil.

³⁵ Code de l'Artisanat (Handwerksordnung – HwO)

L'ophtalmologiste allemand n'est donc plus l'unique pierre angulaire (ou « *gatekeeper* ») du système : 80% des Allemands ont déjà consulté un optométriste et 73% des prescriptions de lunettes correctrices ont été faites par des optométristes ou des opticiens³⁶.

Ce développement est lié au fait que le nombre de cabinets d'opticiens a fortement augmenté et que chaque cabinet compte au moins un optométriste.

Parcours de soins en Allemagne



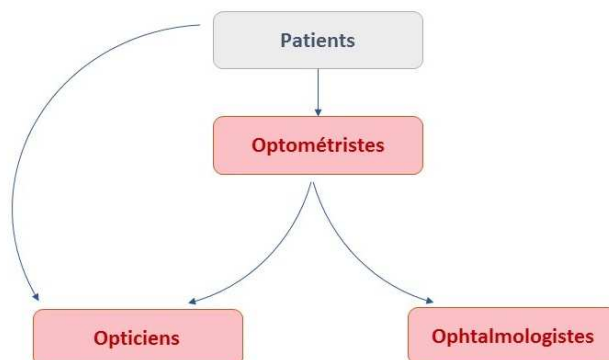
2. Le modèle britannique

Contrairement à la France et l'Allemagne, le **Royaume-Uni a clairement délégué les tâches de consultations et d'examens aux optométristes**. Jusqu'en 1999, les optométristes avaient l'obligation de renvoyer leurs patients vers un ophtalmologiste en cas de dépistage d'une maladie ou d'un trouble visuel. Cela a changé en 2000, avec l'autorisation de procéder directement à des soins pour la plupart des maladies en recourant à l'ensemble des produits médicaux jugés adéquats par l'optométriste³⁷.

Le rôle des ophtalmologistes s'est en conséquence recentré sur les activités les plus sensibles, notamment la chirurgie, et s'est déplacé vers les hôpitaux.

Aujourd'hui, **la grande majorité des consultations sont assurées par les optométristes** et seuls certains ophtalmologistes en formation ou proche de la retraite continuent à recevoir des patients pour des troubles courants de la réfraction.

Parcours de soins au Royaume-Uni



³⁶ Cagnolati 2011.

³⁷ College of Optometrists 2010.

3. La réforme néerlandaise

Aux Pays-Bas, la filière des soins oculaires a connu un grand bouleversement au début des années 2000. Auparavant, le système était semblable à celui de la France, avec l'ophtalmologiste au cœur du parcours de soins et des orthoptistes et des optométristes sous sa responsabilité.

Face à l'allongement des délais de consultations, une réforme a reconnu le statut des optométristes et les a autorisés à conduire des examens, établir des diagnostics et prescrire directement les soins. De ce fait, les optométristes ont été placés au centre du parcours de soins. **Afin de limiter les tensions entre ophtalmologistes et optométristes, l'organisation de leur activité a fait l'objet d'un conseil de l'ensemble des professionnels de l'œil (National Eye Care Platform).** Ce conseil a défini l'étendue de l'activité des optométristes et a précisé leur responsabilité civile à l'égard des patients. Un soin particulier a été porté aux risques induits par la double compétence des optométristes : celle de prescrire et de distribuer les optiques correctrices. A cet égard, le gouvernement a imposé un **Code Ethique des optométristes** créant une barrière entre la fonction « médicale » et la fonction « commerciale ». Ce Code impose notamment aux optométristes de fournir une ordonnance à leurs patients afin que ceux-ci puissent acheter leurs produits ailleurs. De plus, le Code interdit aux optométristes de vendre des produits à des patients envoyés par des opticiens ou d'autres optométristes pour être examinés.

Aujourd'hui, le rôle des optométristes est presque aussi vaste qu'au Royaume-Uni. Les optométristes néerlandais sont en charge du dépistage des maladies de l'œil et sont autorisés à utiliser l'ensemble des instruments et produits médicaux disponibles. Néanmoins, contrairement au Royaume-Uni, en cas de maladie de l'œil diagnostiquée chez un patient, **les optométristes néerlandais ont l'obligation de le rediriger vers un praticien général ou un ophtalmologiste.** La conduite d'examens supplémentaires pour les patients ayant des maladies chroniques est autorisée si elle fait l'objet d'une prescription par le praticien général ou l'ophtalmologiste.

En permettant de diviser par 4 les temps d'attente, la réforme du statut des optométristes a parfaitement rempli son objectif. Par ailleurs, la délégation de tâches a permis de désengorger les hôpitaux. Ainsi le nombre d'hospitalisations pour des cas de cataracte a baissé de 87% alors que, dans le même temps, le traitement ambulatoire de la cataracte a augmenté de 89%.

Effets de la réforme néerlandaise sur le traitement de la cataracte (100 000 habitants)

	2000	2009	Variation
Hospitalisation	95,4	11,9	-87,5%
Ambulatoire	457,9	867,7	89,5%
Délais	111 jours	33 jours	-70,3%

Sources : Siciliani et al., 2013.

La réforme des optométristes a permis un recentrage de l'activité des ophtalmologistes sur leurs activités de chirurgie et de traitement de pathologies les plus grave. Cette fonction était mise en péril par la faible densité des ophtalmologistes, qui n'étaient que 4,4 pour 100 000 habitants. Aujourd'hui, cette densité n'a pas évoluée mais elle se concentre à présent dans les hôpitaux, grâce à la forte densité en ville d'optométristes, d'opticiens-ophtalmologistes et de généralistes à qui les consultations ont été déléguées. Au total, quinze ans après la réforme, **la densité de spécialistes – toutes professions confondues – est passée de 4,4 à 15,9 pour 100 000 habitants.**

Densité de spécialistes aux Pays-Bas 2000 – 2013, pour 100 000 habitant

	2000	Fournisseurs de soins en 2000	2013	Fournisseurs de soins en 2013
Opticiens ophtalm.	2,2	4,4	1,9	13,5 – 15,9
Optométristes	3,1		4,8	
Ophtalmologistes	4,4		4,4	
Généralistes	2,6 – 4,5		2,4 – 4,8	

4. La délégation de tâches

4.1. Solution au vieillissement de la population...

Dans l'ensemble des pays, **la principale problématique de la filière de soins oculaires découle du vieillissement de la population.** En ce qui concerne la France, en 2020, le nombre de patients souffrant de glaucome aura augmenté de 30% par rapport aux années 2000. De même, les patients souffrant de cataracte seront aussi 35% plus nombreux et le nombre de DMLA aura augmenté de 50%. Les mêmes évolutions sont observées en Allemagne et, dans une moindre mesure, au Royaume-Uni.

Bien qu'il s'agisse davantage de soins secondaires, il est clair que cet accroissement entrainera une augmentation du nombre de consultations et donc des coûts des soins primaires. Dans ce contexte, une détection plus rapide et efficace permettrait de réduire les coûts des soins secondaires, mais cela nécessite que le nombre de professionnels soit suffisamment important. Ainsi, le rôle des soins primaires va devenir de plus en plus important pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Besoins futurs (pour 100 000 habitants)

	France		Allemagne		Royaume-Uni	
	2000	2020	2007	2050	2010	2020
Glaucome	254	344	1 104	1 584	2 66	327
Cataracte	3 486	4 770	-	-	-	-
DMLA	358	537	875	1 769	415	516
Réfraction	30 540	35 526	-	-	-	-

Sources : De Pourvoirville et al., 2003, Peter et al., 2010, Minassian et Reidy 2009.

Les réformes des années 2000 en Allemagne et au Royaume-Uni ont été conduites dans la perspective de répondre à cet accroissement des pathologies. A cet égard, **il apparaît clairement que la France est déjà en retard par rapport à ses voisins**. En effet, en comparant le nombre de fournisseurs de soins dans les trois pays, on observe qu'ils sont beaucoup moins nombreux en France.

En France, seuls les ophtalmologistes sont autorisés à examiner les patients alors qu'ils sont accompagnés par les optométristes en Allemagne et au Royaume-Uni. Bien qu'il soit difficile de comparer totalement les systèmes du fait des différences intrinsèques entre les professions (l'optométriste anglais a plus de compétences et fournit davantage de services de soins que son homologue allemand mais moins que l'ophtalmologiste allemand), certains faits saillants sont notables :

- En premier lieu, au total, on dénombre 8,9 fournisseurs de soins pour 100 000 habitants en France, alors qu'ils sont plus de 25 pour 100 000 habitants en Allemagne et près de 20 pour 100 000 habitants au Royaume-Uni.
- La forte densité de fournisseurs de soins en Allemagne est récente et résulte uniquement des réformes des années 2000, autorisant les optométristes à pratiquer des examens et des diagnostics. Auparavant, le nombre de spécialistes était proche du cas français.
- Cet écart important entre la France et ses voisins semblent tenir principalement au fait que les autres pays ont intégré les optométristes dans le parcours de soins. En effet, on en dénombre plus de 18 pour 100 000 habitants dans les deux pays étudiés, et cela, notamment en raison des réformes des dix dernières années qui ont renforcé leur rôle.
- Dans le cas du Royaume-Uni, on note que le faible nombre d'ophtalmologistes s'explique par le fait qu'ils travaillent, dans leur grande majorité, en hôpitaux, et sont en charge uniquement des cas nécessitant un diagnostic approfondi et une intervention chirurgicale. Par ailleurs, près de 20% des optométristes interviennent aussi en hôpital.
- Enfin, il apparaît que la France a une surcapacité d'opticiens, qui sont, en proportion, deux fois plus nombreux qu'en Allemagne et cinq fois plus nombreux qu'au Royaume-Uni. Si le nombre d'opticiens est inquiétant au Royaume-Uni, il semble que la forte population d'opticiens en France soit le signe d'un pouvoir de marché important de leur part³⁸.

Population des spécialistes

		Total	Densité (100 000 hab)	Fournisseurs de soins (100 000 hab)
France	Opticiens	32 245	48,9	8,9
	Ophtalmologistes	5 907	8,9	
Allemagne	Opticiens	17 250	21,1	25,5
	Optométristes	15 200	18,6	
	Ophtalmologistes	5 626	6,9	
Royaume-Uni	Opticiens	5 655	9,1	19,3
	Optométristes	11 954	19,3	
	Ophtalmologistes	396	0,6	

Sources : INSEE 2010, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011, FODO 2010, NHS 2010.

³⁸ Martimort et Pouyet (2013).

Le comparatif régional de la densité des professionnels met aussi en évidence **l’existence d’une forte disparité en France**, caractérisée par une surpopulation dans les régions économiquement attractives et une sous-population dans d’autres régions. Ainsi, il n’y a que 5,8 ophtalmologistes pour 100 000 habitants en Champagne-Ardenne alors qu’ils sont 12,6 en Ile-de-France. Cette hétérogénéité régionale est spécifique à la France et ne se retrouve pas en Allemagne et au Royaume-Uni. En effet, dans ces deux pays, les différences régionales sont faibles, ce qui laisse penser que le vieillissement de la population n’entraînera pas l’apparition de « déserts » de la santé oculaire.

Par ailleurs, le comparatif régional montre que la densité d’opticiens est relativement homogène, ce qui implique que la surpopulation d’opticiens n’est pas liée à la structure économique des régions mais bien à un élément national.

Comparatif régional (pour 100 000 hab.)

	Opticiens			Optométristes			Ophtalmologistes		
	Min	Max	Moy.	Min	Max	Moy.	Min	Max	Moy.
France	43,7 Auvergne	55,1 IDF	48,9	-	-	-	5,8 Champagne -Ardenne	12,6 IDF	8,9
Allemagne	16,1 Hambourg	25,6 Saare	21,1	14,2 Hambourg	22,6 Saare	18,6	5,6 Basse Saxe	8,6 Brême	6,9
Angleterre	n/a	n/a	10,9	15,8 East Midlands	21,3 Londres	18,7	0,3 North East	1,1 Londres	0,7
Royaume- Uni	n/a	n/a	9,1	n/a	n/a	19,3	n/a	n/a	0,6

Sources : INSEE 2010, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011, FODO 2010, NHS 2010.

4.2. ... et au vieillissement des professionnels

Le vieillissement des professionnels de santé accentue encore la tension entre l’augmentation future des besoins médicaux et l’offre de soins. L’âge moyen des ophtalmologistes français est de 54 ans et 35% ont plus de 59 ans. Ainsi, **près d’un cinquième des ophtalmologistes seront à la retraite dans les cinq années à venir** et ces départs ne sauront être compensés à court terme en raison de la durée de formation d’un ophtalmologiste (11 ans). En conséquence, et même en relâchant le *numerus clausus*, le nombre de fournisseurs de soins va baisser au cours des dix prochaines années.

En prolongeant la tendance jusqu’en 2030, il apparaît qu’en l’absence de réforme de la filière, **le nombre d’ophtalmologistes baissera de 30% pour atteindre 5,2 ophtalmologistes pour 100 000 habitants**, alors même que la plupart des maladies de l’œil connaîtront une croissance située entre 35 et 50%. La situation paraît donc critique et appelle des modifications immédiates du système.

Evolution du nombre de spécialistes

	France		Allemagne			Royaume-Uni		
	Opticien	Ophtalmo.	Opticien	Optom.	Ophtalmo.	Opticien	Optom.	Ophtalmo.
Population	32 245	5 907	17 250	15 200	6 756	5 655	11 954	396
Age								
< 40 ans	65	11	49		15	3	54	
41 - 49 ans	16	20	36		35	42	32	
> 50	10	50			31	41		n/a
> 60	9	19	15		19	14	14	
Age moyen	38	52	< 40 ans		51	< 45 ans	< 45 ans	
Tendance								
1999 - 2009	+ 110%	+ 5,7%	- 4,9%		+ 6,6%	+9,1%	+ 17,2%	- 30,1%
2030		↓ 35% Pop : 5,2/100k			↓ 5,5% Pop : 5,9/100k		Tendance positive : > 10%	

Sources : Bour et Chorre 2006, Atal-Doubert, 2009, Thomas et al. 2011.

L'Allemagne, ayant amorcé sa phase de vieillissement démographique plus tôt, est déjà confrontée à cette problématique. Afin d'y répondre sans réduire la qualité et donc la durée de formation des ophtalmologistes (de 11 ans, comme en France), les gouvernements successifs ont promu la délégation de tâches et le renforcement du rôle des optométristes. Ayant une durée de formation plus courte (6 ans), ces derniers sont plus rapidement opérationnels et pourront plus facilement compenser les départs en retraites des ophtalmologistes. Néanmoins, comme le montre le tableau précédent, les réformes des années 2000 ont été trop tardives pour endiguer totalement les départs massifs des ophtalmologistes. En effet, bien que 50% des optométristes aient moins de 40 ans, l'entrée sur le marché de jeunes optométristes ne sera pas suffisante pour endiguer la baisse des fournisseurs de soins. Ainsi, à horizon 2030, le nombre de professionnels aura baissé de 5,5% pour atteindre 5,9 professionnels pour 100 000 habitants.

A l'inverse, le Royaume-Uni connaîtra une hausse du nombre de professionnels sur les vingt prochaines années. Cette hausse est principalement liée à la forte croissance du nombre d'optométristes qui résulte d'un attrait nouveau des étudiants en optique et en médecine pour cette formation. Selon l'étude comparative conduite par Thomas et coauteurs (2011), l'attractivité pour la profession tient au renforcement des compétences et des responsabilités des optométristes au Royaume-Uni depuis le début des années 2000, et particulièrement au fait que leur statut de professionnels de santé soit reconnu et protégé, garantissant une reconnaissance de la part des patients et des autres professionnels.

Sur ce dernier point, il est notable que les différences d'évolution de la démographie des ophtalmologistes et des optométristes dans les pays observés tiennent principalement à la reconnaissance du statut d'optométriste et non à la durée de leur formation. En effet, la durée de formation des différents professionnels est très proche d'un pays à l'autre. Pour autant, **le contenu de la formation diffère en ce qui concerne les optométristes : en Allemagne et au Royaume-Uni, les optométristes ont l'obligation de passer au moins 6 mois en hôpital, ce qui laisse penser que leur formation médicale est plus approfondie qu'en France.**

Formation

	Ophthalmologiste	Optométriste	Orthoptiste	Opticien
France	11 ans	5 ans	2 ans	2 ans
Allemagne	11 ans	6 ans ¹	-	3 ans ²
Royaume-Uni	9 ans ³	4 - 5 ans ⁴	-	3 - 4 ans

¹ Diplôme d'opticien plus 6 semestres de formation pour obtenir un « *Bachelor of Science Augenoptik/Optométrie* », dont un semestre d'internat. ² Plus 12 à 30 mois de formation supplémentaire pour diriger un centre d'opticiens (50% des opticiens ont cette formation supplémentaire). ³ Durée minimale, décomposée en 5 années de médecine, 2 années d'internat et au moins 2 ans de spécialisation en ophtalmologie. ⁴ Dont 1 an en tant que résident.

Sources : Thomas, D. et al., 2011.

L'organisation des soins oculaires en Suède

Le système de soins suédois est considéré comme l'un des plus efficaces et des plus équitables au monde.* Au cours des 30 dernières années, la Suède a su maintenir une stabilité de ses dépenses de soins, représentant en moyenne 9,5% du PIB sur l'ensemble de la période, alors même que la population est l'une des plus vieilles de monde, avec 18% de plus de 65 ans et plus de 5% ayant plus de 80 ans.

Le système suédois est fondé sur une couverture universelle très vaste – financée par l'impôt – dont l'étendue est suffisamment large pour éviter de recourir à une couverture complémentaire. Ainsi, seuls 5% des Suédois cotisent à une complémentaire santé.

L'organisation du parcours de soins est décentralisée : l'Etat central fixe les objectifs de qualité et définit la réglementation générale puis laisse les 21 provinces définir les modalités de son application. Pour autant, certains faits généraux demeurent communs à l'ensemble des provinces. Ainsi, la plupart des médecins généralistes sont des salariés dans des hôpitaux publics bien que, depuis 2010, généralistes comme spécialistes aient tendance à se mettre à leur compte. Ce changement est lié à une réforme nationale qui autorise les patients à choisir leurs médecins, généralistes comme spécialistes. Par ailleurs, cette réforme a permis aux patients d'aller directement consulter un spécialiste, au lieu de passer, comme auparavant, par un généraliste. Néanmoins, s'ils décident de consulter un spécialiste sans y être envoyé par un généraliste, le coût de la consultation est majoré. En conséquence, il n'existe plus de réel « *gatekeeper* » dans le parcours de soins. Cette réforme a eu un impact direct sur le parcours de soin oculaire. **Comme au Royaume-Uni ou en Allemagne, les patients ont le choix de consulter un ophtalmologiste ou un optométriste.** Ce choix a favorisé l'émergence d'une **division des rôles** entre les différents acteurs de la santé visuelle. Ainsi, **les optométristes assurent la majorité des examens (plus de 75%) et sont autorisés à conduire l'ensemble des tests nécessaires à l'établissement de diagnostic et à fournir des lunettes et des lentilles de contacts.** En revanche, **ils ont l'obligation de renvoyer leurs patients vers un ophtalmologiste lorsqu'il est nécessaire d'utiliser des produits de diagnostic ou d'effectuer des opérations de l'œil.**

Dans l'ensemble, l'organisation du système est donc très proche de celle observée en Allemagne et, logiquement, on observe des densités de spécialistes comparables. Ainsi, pour 100 000 habitants on compte en Suède 22 optométristes, 7 ophtalmologistes et 22 opticiens.

Le système suédois compte 29 spécialistes et 22 opticiens pour 100 000 habitants, ce qui confirme les observations précédentes quant à la faiblesse du nombre de spécialistes en France et la surcapacité d'opticiens.

Le système suédois souffre néanmoins d'une faiblesse importante qui tient à la longueur des files d'attente en chirurgie oculaire. En effet, au début des années 2010 les files d'attente pour une opération de l'œil pouvait entraîner des délais supérieurs à 3 mois. Selon les spécialistes suédois, cela s'explique moins par un décalage structurel entre l'offre et la demande que par une incapacité à s'adapter à des hausses conjoncturelles de la demande. En effet, ces derniers expliquent que **la nature salariée de la majorité des ophtalmologistes implique que leur rémunération soit déconnectée de leur niveau d'activité, ce qui a pour effet de limiter la flexibilité de l'offre de soins chirurgicaux.**

* Source : Davis, K. et al. (2014) *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compare Internationally*, Commonwealth Fund.

5. La qualité des soins oculaires

5.1. Des files d'attente plus longues en France...

La faible densité d'ophtalmologistes en France révèle déjà des défaillances importantes dans la fourniture de soins. Fait marquant, **les délais d'attente pour obtenir une consultation sont bien plus importants en France** qu'en Allemagne. Plusieurs études observent un délai moyen d'attente oscillant entre 2 et 7 mois selon la région, avec un maximum de 12 mois pour les régions dans lesquelles la population est relativement âgée et la densité d'ophtalmologistes est faible (inférieure à 6 pour 100 000 habitants). En Allemagne, ce délai est plus court, pouvant aller jusqu'à 4 mois. Selon Thomas et coauteurs (2011), le délai allemand s'est fortement réduit depuis les réformes des années 2000.

Au Royaume-Uni, aucun délai d'attente n'est observé en ce qui concerne les consultations. En revanche, il est possible que les délais concernant la chirurgie oculaire soient plus importants qu'en France et en Allemagne en raison du très faible nombre d'ophtalmologistes. Pour autant, aucune donnée n'a permis de vérifier cette hypothèse.

Délais

	Opticiens	Soins primaires
France	Aucun	2 - 7 mois (max : 12 mois)
Allemagne		2 - 4 mois
Royaume-Uni		Aucun

Sources : Aboud 2009, Panis 2010, Ettelt et al., 2006.

5.2. ... qui ne sont pas dues aux coûts des soins

Du point de vue économique, **l'existence de files d'attente est toujours liée à un déséquilibre entre l'offre et la demande**. Pour autant, ce déséquilibre peut avoir deux causes différentes : **un plafonnement des prix** ou **l'existence de barrières à l'entrée**. En effet, lorsqu'un accroissement de la demande ne peut être absorbé par les entreprises présentes sur le marché (c'est-à-dire par une hausse de la production), les prix doivent mécaniquement augmenter et cette hausse des prix attire alors de nouveaux concurrents sur le marché. Dès lors, un blocage des prix empêche le rééquilibrage du marché, favorisant une partie des consommateurs (qui payent un prix inférieur au prix du marché) au détriment d'une autre partie qui ne peut avoir accès aux biens et services produits. Dans ce premier cas, le marché est caractérisé par des prix relativement faibles. A l'inverse, l'existence de barrière à l'entrée empêche l'arrivée de nouvelles entreprises concurrentes et confère donc un pouvoir de marché aux entreprises déjà présentes. Dans ce second cas, le marché est caractérisé par un nombre d'entreprises relativement faibles.

Concernant le secteur de l'ophtalmologie, **la question se pose donc de déterminer la cause première de l'allongement des files d'attentes**. Pour ce faire, nous comparons les coûts des examens ophtalmologiques en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. Si les coûts sont significativement plus faibles en France, cela signifiera que les files d'attentes s'expliquent par la volonté de maintenir des prix inférieurs au prix du marché.

Le tableau ci-dessous présente les coûts des prestations des différents spécialistes dans les trois pays étudiés. On observe une forte homogénéité des tarifs pratiqués par les ophtalmologistes, particulièrement lorsqu'il

s'agit d'ophtalmologistes conventionnés et de patients éligibles aux différents régimes d'aides de la sécurité sociale (notamment le NHS au Royaume-Uni). Dans ce cas, une consultation coûte entre 25 et 33 euros en France, 18 et 22 euros en Allemagne, et 24 et 27 euros au Royaume-Uni. Ainsi, les prix pratiqués ne peuvent expliquer les écarts de délais. En effet, les délais sont plus faibles en Allemagne et pourtant, les prix pratiqués par les ophtalmologistes y sont plus bas qu'en France. De même, les ophtalmologistes non conventionnés allemands pratiquent des tarifs plus faibles que leurs homologues français.

Coûts de l'examen (en euros)

	France	Allemagne	Royaume-Uni
Ophtalmologistes	25 – 33 [37 – 66]	18 – 21,70 [36 – 45]	24,05 – 26,78 ⁴
Optométristes (opticiens)	- (< 60)	< 100 ¹	< 60 ⁵
Remboursement	70% base 25 euros ²	Non ³	24,05 ⁶

Note : Entre crochets, les tarifs non conventionnés pour la France et l'Allemagne.

¹ Les examens ne sont pas couverts mais certains sont gratuits s'ils s'accompagnent d'un achat. ² Base 30% si le patient n'est pas envoyé par son médecin traitant. ³ La dépense n'est pas remboursée mais n'a lieu qu'une fois par trimestre, quel que soit le nombre de visites nécessaires. ⁴ Tarifs des ophtalmologistes et optométristes pour les personnes éligibles au NHS. ⁵ Tarifs des ophtalmologistes et optométristes pour les consultations « privées », non couvertes par le NHS. Le tarif de 60 euros représente le coût maximal observé au Royaume-Uni. ⁶ Remboursement NHS uniquement pour les personnes éligibles.

Sources : L'Assurance Maladie 2011, EBM 2011, FODO 2010.

Concernant les optométristes, les consultations ne sont pas remboursées en Allemagne et en France et leurs tarifs sont plus élevés que ceux des ophtalmologistes conventionnés. Ceci explique aussi la préférence des patients français et allemands pour les ophtalmologistes. En effet, dans ces deux pays, seule une consultation chez un ophtalmologiste est « remboursée ». Le remboursement est alors déterminé selon une base fixe en France. En Allemagne, il n'y a pas de remboursement à proprement parler mais un paiement pour la première consultation et la gratuité des consultations suivantes, si jugées nécessaires par l'ophtalmologiste, au cours des trois mois suivants. Néanmoins, concernant l'Allemagne, il n'est pas possible de comparer directement les tarifs des ophtalmologistes et des optométristes car les chiffres présentés n'intègrent pas les mêmes services. En effet, le tarif de 100 euros représente le coût maximal d'un examen complet de l'œil (incluant entre autre, des examens de la réfraction et de tonométrie). En revanche, au Royaume-Uni, aucune différence de tarifs n'est observée entre les ophtalmologistes et les optométristes et seul le statut du patient a un impact sur le coût de l'examen : les patients éligibles au NHS paient entre 24 et 26 euros, aussi bien chez un ophtalmologiste que chez un optométriste, alors que les autres patients paient au maximum 60 euros, aussi bien chez un ophtalmologiste que chez un optométriste.

L'observation des coûts de traitement des maladies oculaires ne permet pas non plus de dégager de conclusions définitives sur le fonctionnement et la qualité des différents systèmes. En effet, concernant les dégénérescences maculaires liées à l'âge, leur traitement est nettement moins cher au Royaume-Uni qu'en Allemagne (5 200 euros contre 12 500 euros), mais le traitement des troubles de la vision est plus coûteux au Royaume-Uni qu'en Allemagne. Par ailleurs, concernant le traitement des glaucomes, le coût est quasiment identique dans les trois pays.

Coût de traitement de différentes maladies

	France	Allemagne	Royaume-Uni
DMLA ¹	7 348 €	12 445 €	5 299 €
Glaucome ²	1 002 €	1 194 €	1 065 €
Troubles visuels ³	8 434 €	12 662 €	13 674 €

Note : ¹ Dégénérescence maculaire liée à l'âge. Concerne les coûts médicaux directs. ² Représente les coûts de visites, les examens, la chirurgie et les produits de soins. ³ Concerne la perte de revenu, les produits de soins et l'assistance.

Sources : Cruess et al., 2008, Traverso et al., 2005, Lafuma et al., 2006.

Pour conclure, le comparatif des coûts confirme les observations précédentes : **l'existence de files d'attentes semble principalement liée à la faiblesse du nombre de fournisseurs de soins**. En d'autres termes, le déséquilibre entre l'offre et la demande s'explique avant tout par la présence de **barrières à l'entrée** qui limitent trop fortement le nombre de fournisseurs de soins, qu'il s'agisse d'ophtalmologistes ou d'optométristes.

5.3. La qualité des soins prodigués par les optométristes

Bien que la délégation de tâches aux optométristes permette de réduire les délais d'attente, la question de la qualité des soins demeure. Aussi bien en Allemagne qu'au Royaume-Uni, ce point a fait l'objet de nombreux débats lors de l'introduction des réformes, les ophtalmologistes affirmant que les optométristes étaient inaptes à conduire certains examens nécessitant d'être en contact direct avec l'œil des patients ou insuffisamment qualifiés pour établir les bons diagnostics et en déduire les soins adaptés.

De nombreuses études scientifiques ont été menées par des universitaires et des médecins afin de tester cette hypothèse. **Depuis 2008, nous avons recensé 10 études sur ce sujet.** Dans chacune de ces études, les comportements et compétences des optométristes ont été testés et contrôlés par des ophtalmologistes afin de comparer les décisions prises entre optométristes et ophtalmologistes.

Dans deux études différentes, Shak et ses coauteurs ont embauché des acteurs devant simuler des symptômes caractéristiques de certaines pathologies oculaires dans des cabinets d'optométristes et ont ensuite demandé à des ophtalmologistes de vérifier les diagnostics établis par les optométristes ainsi que les traitements proposés. Selon les types de pathologies, **les résultats varient entre 93% et 98% de bons diagnostics, ce qui amène les ophtalmologistes à conclure que les optométristes ne commettent pas plus d'erreurs qu'ils n'en commettraient eux-mêmes.**

Trois études portent sur une comparaison directe des diagnostics établis par des optométristes et des ophtalmologistes. Dans ces études, deux groupes de patients soupçonnés d'avoir un glaucome sont formés, le premier est ausculté par des optométristes alors que le second est examiné par des ophtalmologistes. **Ici encore, les diagnostics sont très proches, allant de 89% de similitude à 98% selon l'étude.**

Une autre expérience a été répétée plusieurs fois (Bristol Shared Care Glaucoma Study) consistant à comparer le suivi, par des ophtalmologistes et des optométristes, de patients atteints d'un glaucome. **Les résultats ont conclu à une absence de différence de traitement au cours des deux années ayant suivi l'opération.**

La totalité des études recensées est fournie et détaillée dans le tableau de « synthèse des études ». Au total, **les ophtalmologistes en charge du contrôle des compétences des optométristes observent que ces-derniers sont capables d'effectuer de bons diagnostics et de choisir les traitements appropriés avec autant de risque d'erreur qu'un ophtalmologiste**, ce qui les amènent à conclure qu'un optométriste a les mêmes compétences

qu'un ophtalmologiste ayant tout juste terminé sa formation. Ainsi, la délégation des consultations, diagnostics et choix des traitements aux optométristes ne semble pas réduire la qualité des soins oculaires primaires.

Encadré 11

L'organisation des soins oculaires au Canada

A proprement parler il **n'existe pas de système canadien car ce dernier est totalement décentralisé et organisé de façon autonome par les provinces**. Ainsi, selon la province, le financement et l'offre de soins peuvent être majoritairement privés ou organisés presque entièrement publiquement.

De même, la division des rôles entre les différents acteurs de la santé visuelle est définie par un « **Optometry Act** » spécifique à chaque province. . Légalement, cette division des rôles est peu claire. **Les ophtalmologistes peuvent assurer une gamme très large d'activités allant d'une simple visite de contrôle aux pratiques chirurgicales les plus poussées. Les optométristes sont autorisés à effectuer l'ensemble des tests visuels et à dispenser les soins primaires alors que les opticiens peuvent effectuer les tests de réfraction mais n'ont pas le droit de poser de diagnostic ou de faire la moindre prescription.** Ainsi, un patient consultant un opticien sera renvoyé vers un optométriste en vue d'un diagnostic et, en cas de maladie ou de chirurgie, l'optométriste devra le renvoyer à l'ophtalmologiste. Ce chevauchement des fonctions est souvent perçu comme une cause d'inefficacité du système et de complexité inutile. Pour autant, quelle que soit la province observée, l'optométriste reste en pratique le premier interlocuteur des patients. En effet, **77% des soins primaires sont dispensés par les optométristes.**

A cette complexité s'ajoute **une réelle insuffisance d'optométristes, comme d'ophtalmologistes**. On compte en moyenne 3,3 ophtalmologistes et 8,5 optométristes pour 100 000 habitants, soit moins de 12 spécialistes pour 100 000 habitants, ce qui fait du Canada un pays presque aussi faiblement doté que la France.

Cette faible capacité combinée à l'absence d'une distinction claire entre les fonctions de chaque spécialiste favorise **l'émergence de files d'attente longues atteignant en moyenne 12 mois pour les opérations de la cataracte**, et jusqu'à 16 mois pour la Colombie-Britannique. Par ailleurs, **l'insuffisante offre de soins explique aussi l'importance des chiffres d'affaires moyens des optométristes** (3 900 euros par mois) **et des ophtalmologistes** (25 140 euros par mois) par rapport à leurs homologues européens.*

* Source : Service Emploi 2015, www.servicecanada.gc.ca.

6. Les revenus des professionnels

Les systèmes de santé sont très différents, ce qui rend particulièrement complexe leur comparaison. En effet, le financement des dépenses et les modes de remboursement, tout comme la place des mutuelles privées varient énormément d'un pays à l'autre. Aussi, l'observation des coûts des prestations, tout comme celle des revenus des professionnels, est imparfaite car il serait nécessaire d'intégrer les modes de remboursement et les profits potentiels subséquents dégagés par les différents prestataires. A titre d'exemple, Martimort et Pouyet (2013) observent que les tarifs appliqués par les opticiens en France s'expliquent en partie par les modes de remboursement mais aussi par la position monopolistique des fournisseurs de verres correcteurs et par celle de certaines enseignes d'opticiens. Faute de données suffisantes, il est impossible d'approfondir la comparaison afin de prendre en considération ces effets sectoriels. Néanmoins, les données disponibles permettent d'observer certains faits remarquables.

Tout d'abord, **le coût des lunettes est bien plus important en France** et en Allemagne qu'au Royaume-Uni. Ainsi, bien que les opticiens soient plus nombreux dans ces deux pays, il semble que **la concurrence y soit plus faible**.

Coûts moyen des lunettes correctrices

	France	Allemagne	Royaume-Uni
Lunettes correctrices	94	120	31
Monture	122	85	78
Paire de lunettes	310	325	140

Sources : FODO 2008, Optician Online 2011, GfK Retail and Technology 2011.

Cette observation est par ailleurs corroborée par l'analyse des dépenses d'optique dans les trois pays. Alors que **la dépense moyenne par habitant est inférieure à 50 euros au Royaume-Uni et inférieure à 55 euros en Allemagne, elle s'élève à près de 90 euros en France**. A l'inverse, le chiffre d'affaires annuel moyen par point de vente est bien plus important en France (511 000 euros) qu'en Allemagne et au Royaume-Uni, où il s'élève respectivement à 366 000 euros et 438 000 euros. Ainsi, bien que **cinq fois plus nombreux qu'au Royaume-Uni (proportionnellement à la population), les opticiens français génèrent 15% de chiffre d'affaires en plus**.

Dépenses d'optique

	France	Allemagne	Royaume-Uni
Dépenses / hab. (€)	88	54	49
CA / point de vente (K€)	511	366	438

Sources : Cour des Comptes 2013.

Cette situation particulière des opticiens ne peut s'expliquer que par **la structure du marché de l'optique** – et notamment la position **oligopolistique** de certains fournisseurs et de certains distributeurs – puisqu'elle n'est pas reflétée par les revenus des opticiens salariés, qui sont, en moyenne, moins bien rémunérés en France qu'à l'étranger. A cet égard, Martimort et Pouyet (2013) observent une forte disparité des chiffres d'affaires réalisés par les magasins d'opticiens selon qu'ils appartiennent ou non à une franchise.

Revenus des fournisseurs de soins (en euros)

	France	Allemagne	Royaume-Uni
Opticien			
Débutant	1 254	1 353	1 720
Expérimenté (>5 ans)	1 500	1 847	2 936
Manager	2 285	-	-
Libéral	5 298	-	-
CA annuel	437 844	373 813	-
Optométriste			
Débutant	-	1 967	2 875
Expérimenté	-	2 586	4 621
Ophthalmologiste			
CA annuel	225 072	210 508	-

Note: Montants calculés en parité de pouvoir d'achat, en euros 2013, d'après les données de l'INSEE.
Sources : Hunter Human Capital 2011, Statistisches Bundesamt 2009, Eco-Santé 2011, Spectaris 2010.

Concernant la **rémunération des autres professionnels, les différences sont faibles** et s'expliquent par des phénomènes réglementaires. En effet, la meilleure rémunération des optométristes anglais, comparativement à leurs homologues allemands, résultent de la protection de leur statut et du fait qu'ils remplacent totalement les ophtalmologistes dans leurs activités de consultations et d'examens. En effet, bien que leur dénomination soit similaire, leur activité recouvre des réalités très différentes car les optométristes allemands ne bénéficient pas d'un statut protégé – le titre d'optométriste n'étant que partiellement contrôlé – et ne peuvent se substituer totalement à un ophtalmologiste.

Synthèse des études réalisées

Auteurs	Objet	Test	Résultats
Shak et al. (2008)	Observation du contenu des examens routiniers	Patients simulant des maux de têtes caractéristiques de troubles de la vision	98% de bons diagnostics
Shak et al. (2009)	Idem	Patients simulant les symptômes d'un glaucome	95% de bons diagnostics
Syam et al. (2010)	Détection d'un glaucome (1184 patients)	Comparaison de diagnostic entre optométristes et ophtalmologistes spécialisés	93% d'interprétations identiques, 90% de traitements identiques
Uihlein et Dietze (2009)	Idem (112 patients)	Même test	97,9% d'interprétations identiques
Azuara-Blanco et al. (2007)	Idem (100 patients)	Même test	89% d'accord sur le diagnostic, 85% de traitement identique, l'optométriste est aussi compétent qu'un ophtalmologiste « junior »
Bristol Shared Care Glaucoma Study, 2007	Suivi de patient ayant un glaucome (405 patients)	Comparaison du suivi par des optométristes et des ophtalmologistes	Après 2 ans, aucune différence de qualité de suivi n'est observée
Ménon et al. (2004)	Suivi des complications après opération de la cataracte (222 cas)	Les optométristes sont-ils capables de renvoyer les cas inquiétants vers les ophtalmologistes ?	99% de bons diagnostics
Gaskell et al. (2008)	Diagnostic de la cataracte et besoin de chirurgie	Observation des renvois des patients vers un centre de chirurgie	Sur les 169 cas envoyés, seuls 3 sont jugés « non imminents » par les ophtalmologistes ; le besoin de chirurgie est correctement prédit par les optométristes
Sheen et al. (2009)	Suivi des examens faits par 274 optométristes sur 6432 patients	Analyse de la gestion des patients	1% des patients ne sont pas gérés de façon adéquate ; identique à la gestion des ophtalmologistes
Dahlmann-Noor et al. (2008)	Examen des patients par les optométristes sur 2 périodes de 3 mois	Diagnostic, analyse du degré d'urgence et renvoi aux spécialistes adaptés, selon l'opinion des ophtalmologistes	87% de bons diagnostics, 99% des renvois sont appropriés
Bernett et al. (1998)	Dépistage rétinien d'un diabète	Audit des optométristes de l'hôpital North London sur 6 mois (191 patients)	100% des troubles sont détectés, 94% sont correctement diagnostiqués comme ne souffrant pas de troubles ; les optométristes prennent donc beaucoup de précaution

Annexe

La filière de la santé visuelle

Bibliographie

- Aboud, E. (2009). Proposition de loi visant à reconnaître la profession d'optométriste. Sénat n1825.
- Allensbach, I. f. (2008). *Ergebnisse der 22. Allensbacher Untersuchung zum Sehbewusstsein der Deutschen im Auftrag des Kuratoriums Gutes Sehen*. Institut für Demoskopie Allensbach.
- Association nationale pour l'amélioration de la vue. (2013). Baromètre 2013 de la santé visuelle des Français ? 9^{ème} édition réalisée par Opinionway.
- Arné, J-L. (2013). *La prise en charge des soins ophtalmologiques en France*.
- Atal-Toubert, K., & Wanderschelden, M. (2009). *La démographie médicale à horizon 2030*. DREES. Etudes et Résultats.
- Azuara-Blanco, A., Burr, J., Thomas, R., MacLennan, G., & McPherson, S. (2007). The accuracy of glaucoma optometrists in the diagnosis and treatment recommendation for glaucoma. *Journal of Ophthalmology*, 91(12), 1639-1643.
- Bour, T. (2011). Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030. *Projections des départs. Besoins en nouveaux ophtalmologistes. Aspects nationaux et régionaux. Professions paramédicales associées et coopérations*. Commission Démographie et Santé Publique du SNOF.
- Bour, T., & Chorre, C. (2003). *L'ophtalmologie et la filière visuelle en France. Perspective et solution à l'horizon 2025-2030*. Les Ophtalmologistes en France (Snof).
- Burnett, S., Hurwitz, B., Davey, C., Ray, J., Chaturvedi, N., Salzmann, J., & Yudkin, J. (1998). The implementation of Prompted Retinal Screening of North London: a Quality of Care Study. *Diabetic Medecine*, 15, 38-43.
- Cagnolati, W. (2011). Die deutsche Augenoptik und Optometrie im Umbruch. *Die Kontaktlinse*, 45(1), 2-6.
- Célant, N. e. (2014). *L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats*. Questions d'économie de la santé n°198. IRDES.
- College of Optometrists. (2011). *UK Eye Care Services Survey*. Récupéré sur <http://www.college-optometrists.org/en/research/commissioned-research-2/uk-eye-care-services-survey.cfm>
- Cour des Comptes. (2013). *Prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique et des audioprothèses*. Paris.
- Cruess, A., Zlateva, G., Xu, X., Soubrane, G., Pauleikhoff, D., Lotery, A., . . . Goss, T. (2008). Economic Burden of Bilateral Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *Pharmacoeconomics*, 26(1), 57-73.
- Dahlmann-Noor, A., Gupta, N., Hay, G., Cates, C., Galloway, G., Jordan, K., . . . Vivian, A. (2008). Streamlining the patient journey - The interface between community and hospital-based eye care. *Clinical Governance*, 13(3), 185-191.
- Davis, K. et al. (2014) *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compare Internationnaly*, Commonwealth Fund.
- De Pourville, G., Chaîne, G., Nghiem-Buffet, S., Noël, E., Schwob, R., Combier, E., & Charreire, H. (2003). *La démographie en ophtalmologie 2000-2020*. CNAMTS.
- EBM. (2011). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab*. Récupéré sur <http://www.kbv.de/ebm2011/EBMGesamt.htm>
- ECOO. (2012). *Ecoo Blue Book*. Récupéré sur http://www.ecoo.info/wp-content/uploads/2012/07/ECOO_BlueBook2008.pdf.
- ECOO. (2015). *Ecoo Blue Book*. Récupéré sur http://www.ecoo.info/wp-content/uploads/2012/07/ECOO_Blue_Book_2015.pdf.
- Decrion, J., Abraham, E. (2009). *Les déficiences visuelles de la personne âgée. Projet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine*.
- Despres, C. (2012). *Le renoncement aux soins pour raison financière*. Document de travail n°119 de la DREES.

- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S., & McKee. (2006). *International Healthcare Comparisons Network: Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ferrand, R. (2014). *Professions réglementées. Pour une nouvelle jeunesse*.
- FODO. (2008). *Optics at a glance 2008*. Récupéré sur http://www.fodo.com/downloads/resources/OAAG_2008.pdf
- FODO. (2009). *Optics at a glance 2009*. Récupéré sur <http://www.college-optometrists.org/download.cfm/docid/D27B424D-70C7-424F-B25759AD0ED87E75>
- Gallileo Business Consulting. (2014). *Enquête. Précarité et accès à la santé visuelle*. Pour le compte de Vision Soli Dev et Emmaus Solidarité.
- Gaskell, A., A., M., Young, E., & McCristal, K. (2001). Direct optometrist referral of cataract patients into a pilot 'one-stop' cataract surgery facility. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 46(3), 133-137.
- GfK Retail and Technology. (2011). *Data on the European market for spectacles, contact lenses and sunglasses*. Zentralverband der Augenoptiker. Récupéré sur <http://gfkrt.com>
- Haute Autorité de Santé. (2011). Renouveler ses lunettes de vue : mode d'emploi.
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Rapport d'activité 2013. Les protocoles de coopération. Art 51 de la loi HPST*.
- Hunter Human Capital. (2011). *The 2011 Retail Opticians Salary Survey*. Récupéré sur http://www.hhcuk.com/hhc_salary_survey_2011.pdf
- Ifop. (2011). *Les Français et la vue*. Pour le compte du SNOF.
- Insee. (2010). *Populations de 1975 à 2040: comparaisons régionales*.
- Ipsos. (2013). *La santé oculaire des Français*. Pour le compte de Krys Group.
- Lafuma, A., Brézin, A., Lopatriello, S., Hieke, K., Hutchinson, J., Mimaud, V., & Berdeaux, G. (2006). Evaluation of Non-Medical Costs Associated with Visual impairment in Four European Countries. *Pharmacoeconomics*, 24(2), 193-205.
- Lander, S. A. (2011). http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/de_jb01_jahrtab1.asp.
- L'Assurance Maladie. (2011). *Les consultations en métropole*. Récupéré sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>
- LesEchos Etudes. (2013). *Les nouveaux défis de la distribution d'optique-lunetterie. Repenser les stratégies dans un contexte de mutation du marché*.
- Martimort, D., & Pouyet, J. (2013). *L'optique en France: Etude économique*. Altermind.
- Ménon, G., Faridi, U., & Gray, R. (2004). Direct referral of posterior capsular opacification by optometrists. *Ophthalmology, Physiology, Optometry*, 24(2), 106-110.
- Minassian, D., & Reidy, A. (2009). *Future sight loss UK: An epidemiological and economic model for sight loss in the decade 2010-2020*. RNIB. Récupéré sur http://www.rnib.org.uk/aboutus/Research/reports/2009andearlier/FSUK_2.pdf
- Montagné, G. (2007). *L'inclusion des personnes aveugles et malvoyantes dans le monde d'aujourd'hui*.
- NHS. (2009). *General Ophthalmic Services: Workforce Statistics for England and Wales*. Récupéré sur http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/Primary%20Care/Eye%20care/goswf09/General_Ophthalmic_Services_Workforce_Statistics_England_and_Wales_31_December_2009_Report.pdf

- Optician Online. (2011). *News focus: Strenght in sun and specs. Optometry and Eye Health Care*. Récupéré sur <http://www.opticianonline.net/Articles/2011/02/18/27147/News+focus+Strength+in+sun+and+specs.htm>
- Panis, J. (2010). *Proposition de loi relative à la reconnaissance de l'optométrie en France*. Sénat n521.
- Peter, E., Pritzkeleit, R., Neske, F., & Katalinic, A. (2010). Demographischer Wandel and Krankheitsaufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. *Gesundheitsschutz*, 53(5), 417-426.
- Point Vision. (2014). *Etude nationale d'évaluation d'accès à la consultation des ophtalmologie*.
- Shah, R. R., Blakeney, S., Charlesworth, P., Harle, D., & Evan, B. (2008). The content of optometric eye examniations for a young myope with headaches. *Ophthalmology, Physiology and Optomoetry*, 28(5), 404-421.
- Shah, R., Edgar, D., Spry, P., Harper, R., Kotcha, A., Righani, S., & Evans, B. (2009). Glaucoma detection: the content of optometric eye examinations for a presbyopic patient of African racial descent. *Journal of Ophthalmology*, 93(4), 492-496.
- Sheen, N., Fone, D., Phillips, C., Sparrow, J., Pointer, J., & Wild, J. (2009). Novel optometrist-led all Wales primary eye-care services: evaluation of a prospective case series. *Journal of Ophtalmology*, 93(4), 435-438.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moron, V. (2013). *Waiting Times Policies in the Health Sector: What Works?* OCDE Health Policy Studies.
- Sitbon, A. (2012). *Déficiences visuelles et rapport à la santé. Résultats d'une étude qualitative*. INPES.
- Spectaris. (2010). *Branchenstudie Augenoptik. Deutschland und die Welt, Markte, Consumer un Trends*. Berlin: Deutscher Industrieverband fur optische, medizinische und mechatronische Technologien.
- Statistische Bundesamt. (2009). *Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen*. Wiesbaden.
- Syam, P., Rughani, K., Vardy, S., Rimmer, T., Fitt, A., Husain, T., . . . Ramirez-Florez, S. (2010). The Petersborough scheme for community specialist optometrists in glaucoma: a feasibility study. *Eye*, 24(7), 1156-1164.
- Syndicat national des ophtalmologistes français. *Les ophtalmologistes répondent aux parlementaires qui demandent la reconnaissance en France des optométristes*.
- Thomas, D. e. (2011). *Comparative Analysis of Delivery of Primary Eye Care in Three European Countries*. Institut fur Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES).
- Traverso, C., Walt, J., Kelly, S., Hommer, A., Bron, A., Denis, P., . . . Bayer, A. (2005). Direct costs of glaucoma and severity of the disease: a multinational long term study of resource utilisation in Europe. *Journal of Ophthalmology*, 89(12), 1245-1249.
- UFC-Que Choisir. (2013). *Distribution de l'optique. Examen à la loupe d'un marché juteux*.
- UFC-Que Choisir (2014). *Complémentaires santé et opticiens. Les liaisons dangereuses imposent un changement de monture pour la réforme du secteur*.
- Uilhein, A., & Dietze, H. (2009). Zur Verlässlichkeit des Glaukomscreenings durch den Augenoptiker/Optomtristen,. *DOZ*, 12, 45-51.
- Voynet, D. (2015). *Restructuration de la filière visuelle*. Inspection générale des affaires sociales.



Asterès est un cabinet d'études économiques et de conseil.

Nous proposons aux entreprises et au secteur public des outils de réflexion pour orienter l'action. Notre mission est de mettre l'expertise économique au service du développement de nos clients. Ainsi, nous donnons à l'analyse économique son rôle opérationnel.

Nous proposons à nos clients :

- des analyses macroéconomiques et sectorielles ;
- des prévisions ;
- des enquêtes de conjoncture.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique.

Nous contacter

81, rue Réaumur
75002 Paris

Tél. : + 33 1 44 76 89 16

www.asteres.fr
contact@asteres.fr

