

La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations

Tome 2 : Annexes

Jean-Robert JOURDAN
Louis-Charles VIOSSAT
Françoise ZANTMAN

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2019-074R

Stéphane ELSHOUD

Membre de l'Inspection générale de
l'Éducation, du Sport et de la Recherche



N°2019-154

Avec la contribution du Pr Carole BURILLON

Janvier 2020

SOMMAIRE

ANNEXE 1 - LA VISION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE DONT LE CONTEXTE EVOLUE RAPIDEMENT	5
1 LA VISION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE, NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LES TROUBLES DE LA REFRACTION.....	5
1.1 LA PREVALENCE ET L'IMPACT DES PATHOLOGIES OCULAIRES, DES DEFICIENCES VISUELLES ET DES TROUBLES DE LA REFRACTION DANS LE MONDE.....	5
1.2 LA PREVALENCE ELEVEE DES TROUBLES DE LA REFRACTION ET DES AUTRES DEFICIENCES VISUELLES EN FRANCE.....	7
1.2.1 <i>Epidémiologie des troubles de la vision</i>	7
1.2.2 <i>Les troubles de la réfraction</i>	8
1.2.3 <i>L'impact des troubles de la réfraction</i>	9
2 UNE CROISSANCE FORTE DE LA DEMANDE DE SOINS VISUELS.....	10
2.1 DES FACTEURS MULTIPLES DE CROISSANCE DE LA DEMANDE DE SOINS VISUELS.....	10
2.2 UNE CROISSANCE REGULIERE DE L'ACTIVITE LIBERALE ET HOSPITALIERE EN OPHTALMOLOGIE.....	11
2.3 UNE DEMANDE DE SOINS VISUELS QUI VA CONTINUER A CROITRE RAPIDEMENT EN MATIERE DE REFRACTION COMME POUR LES PATHOLOGIES PLUS COMPLEXES	14
3 DES PROGRES MEDICAUX ET TECHNOLOGIQUES TRES RAPIDES, PORTEURS DE RUPTURES PROBABLES DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET L'EVOLUTION DES PRATIQUES A UN HORIZON PROCHE.....	15
3.1 DES PROGRES TRES IMPORTANTS DES DISPOSITIFS MEDICAUX, DES MEDICAMENTS, DES TECHNIQUES ET DES EQUIPEMENTS ET L'EMERGENCE DE SOLUTIONS NOUVELLES ET INNOVANTES.....	15
3.2 DES RUPTURES A VENIR, MAIS A UN HORIZON ENCORE INCERTAIN, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DE L'ORGANISATION DES SOINS.....	17
4 UN SECTEUR DE L'OPTIQUE EN PLEINE RECONFIGURATION ET QUI VA ETRE ECONOMIQUEMENT IMPACTE PAR LA REFORME DU 100 % SANTE	19
4.1 UN SECTEUR DE L'OPTIQUE EN PLEINE RECONFIGURATION	21
4.2 UN IMPACT ECONOMIQUE DE LA REFORME DU 100 % SANTE D'UNE AMPLEUR INCERTAINE	22
ANNEXE 2 - LA FILIERE VISUELLE - ASPECTS INTERNATIONAUX.....	23
1 L'OMS ET LES SOINS VISUELS.....	23
1.1 L'IMPORTANCE DE LA VISION POUR LES INDIVIDUS ET LES FAMILLES SELON L'OMS	23
1.2 L'ACTION DE L'OMS	24
1.3 L'OMS ET LES RESSOURCES HUMAINES	25
2 L'OFFRE ET L'ORGANISATION DES SOINS VISUELS	27
2.1 LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE LA FILIERE VISUELLE	27
2.1.1 <i>Les ophtalmologistes</i>	28
2.1.2 <i>Les optométristes (et opticiens spécialisés)</i>	29
2.1.3 <i>Les personnels ophtalmologiques auxiliaires (opticiens, orthoptistes..)</i>	33
2.2 L'ORGANISATION DES SOINS VISUELS.....	35
2.2.1 <i>Les deux grands modèles</i>	35
2.2.2 <i>L'organisation des soins dans les principaux pays d'Europe et sur le continent nord- américain</i>	36
2.3 LE FINANCEMENT DES SOINS VISUELS	40
ANNEXE 3 - LES FORMATIONS PARAMEDICALES DE LA FILIERE VISUELLE.....	43
1 LA FORMATION DES ORTHOPHONISTES ET SES EVOLUTIONS RECENTES	43
1.1 LE CADRE DE LA FORMATION ET L'ORIGINE DES ETUDIANTS D'ORTHOPTIE.....	43
1.1.1 <i>Le profil des étudiants en orthoptie par filière d'origine</i>	44

1.1.2	<i>Un nombre de stages et des questions matérielles (problèmes de financements, frais de déplacements, financements régionaux...) qui contraignent la formation</i>	46
1.2	DES EVOLUTIONS LIMITEES EN COURS.....	46
1.2.1	<i>La mise en œuvre enfin annoncée d'une plate forme d'enseignements et de ressources numériques</i>	46
1.2.2	<i>Des promotions très limitées dans certaines villes</i>	47
2	LA FORMATION DES OPTICIENS-LUNETIERS, UNE ABSENCE D'EVOLUTION.....	47
2.1	LE BTS D'OPTICIEN-LUNETIER (BAC + 2 ANS) SEUL DIPLOME D'EXERCICE DE LA PROFESSION, NON ENCORE REINGENIE.....	47
2.2	UNE OFFRE DE FORMATION IMPORTANTE, DIVERSE ET DE QUALITE INEGALE	48

ANNEXE 1 - LA VISION, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE DONT LE CONTEXTE ÉVOLUE RAPIDEMENT

1 La vision, un enjeu de santé publique, notamment en ce qui concerne les troubles de la réfraction

1.1 La prévalence et l'impact des pathologies oculaires, des déficiences visuelles et des troubles de la réfraction dans le monde

[1] La vision joue un rôle critique dans tous les aspects et à tous les stades de la vie. Le plus important des cinq sens, fournissant environ 80 % de toutes nos informations sensorielles, elle est essentielle à toutes les interactions interpersonnelles et sociales. Les sociétés sont construites sur notre capacité à voir : ainsi, les villes, les économies, les systèmes éducatifs, le sport, les médias et bien d'autres aspects de la vie contemporaine sont organisés autour de la vision.

[2] Pour autant, les pathologies oculaires sont très nombreuses. Les unes mènent à des déficiences visuelles que l'OMS classe en plusieurs catégories en fonction de leur sévérité (trois pour la basse vision : moyennes, sévères, profondes ; deux pour la cécité : presque totales et totales) et qui sont les premières cibles des stratégies de prévention et d'intervention. Les autres sont *a priori* plus bénignes et transitoires tout en étant handicapantes : la conjonctivite est la première cause de recours aux urgences aux États-Unis et en Australie.

[3] Les troubles de la réfraction sont les pathologies visuelles les plus fréquentes. S'y ajoutent des pathologies dégénératives comme la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome et la rétinopathie diabétique.

Les troubles de la réfraction et leurs spécificités

La vue repose sur la perception des rayons lumineux qui rebondissent sur les surfaces et les objets avant d'atteindre la rétine. La déviation de la direction rectiligne de la lumière, appelée réfraction permet la convergence des rayons sur la rétine ; on parle de troubles de la réfraction, ou amétropie lorsque les rayons sont orientés trop en avant (myopie) ou en arrière (hypermétropie) de la rétine. Les troubles les plus fréquents sont la myopie et l'hypermétropie, l'astigmatisme (déformation des images) et la presbytie (vieillesse naturelle de l'œil qui se traduit par des difficultés de voir de près).

Les troubles de la réfraction présentent plusieurs caractéristiques notables : ils sont extrêmement répandus, très souvent sous des formes faibles ; ils peuvent néanmoins avoir un impact significatif dans la vie des individus, en particulier les enfants mais également les adultes s'ils ne sont pas corrigés ; ils peuvent être dépistés par des examens simples, efficaces, non invasifs et sans risques pour le patient ; enfin, ils ont des traitements simples et efficaces : la prescription de verres correcteurs et de lunettes (ou bien aussi de lentilles de contact voire une chirurgie réfractive)

[4] La plupart des pathologies de l'œil sont multifactorielles. Les principaux facteurs de risque sont le vieillissement (presbytie, cataracte, glaucome et DMLA croissent rapidement avec l'âge), la

génétique (glaucome, troubles de la réfraction en général et dégénérescence de la rétine), le style de vie (le tabac pour la DMLA et la cataracte ; la nutrition pour l'opacité de la cornée ; le sport, l'agriculture ou le travail dans les mines), les infections par des agents bactériologiques, viraux ou microbiologiques (conjonctivite, trachome) ainsi que d'autres pathologies comme le diabète, la polyarthrite rhumatoïde ou la prématurité ainsi que l'usage prolongé de certains médicaments (stéroïdes et cataracte ou glaucome).

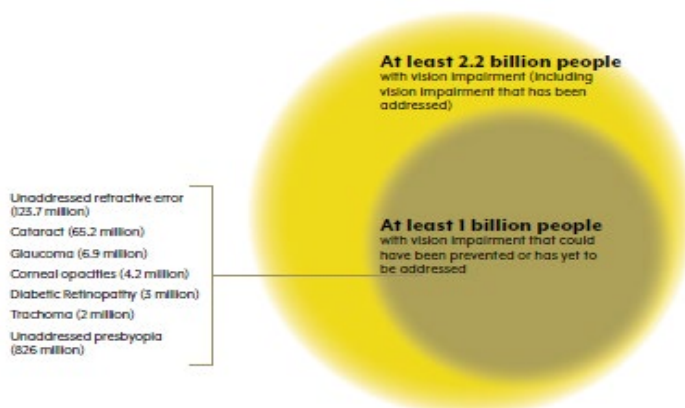
[5] Si on peut éviter totalement l'apparition de certaines pathologies oculaires comme le trachome ou l'onchocercose, ce n'est pas le cas d'autres, qui peuvent seulement faire l'objet de traitements : très simples et efficaces s'agissant des troubles de la réfraction (port de verres correcteurs, de lentilles de contact ou chirurgie réfractive) et également efficaces s'agissant de la cataracte (intervention chirurgicale). Des traitements ou des interventions chirurgicales peuvent seulement retarder ou prévenir la progression de certaines pathologies liées à l'âge comme le glaucome.

[6] L'épidémiologie des déficiences visuelles est encore entourée d'incertitudes. On reconnaît que chacun, s'il vit assez longtemps, connaîtra au moins une pathologie de l'œil dans sa vie (conjonctivite pendant l'enfance, verres correcteurs contre la presbytie à l'âge adulte après 40 ans, et chirurgie de la cataracte en devenant senior...).

[7] Dans le rapport qu'elle vient, pour la première fois, de publier sur la vision¹, l'OMS estime même qu'au moins 2,2 milliards de personnes, soit environ le tiers des habitants de la planète, ont une déficience visuelle, dont au moins un milliard dont la déficience aurait pu être évitée ou est en attente de traitement.

[8] Le rapport de l'OMS ajoute que près de 200 millions de personnes dans le monde ont, pour l'instant, une déficience sévère ou modérée de la vision de loin (124 millions pour cause de myopie et d'hypermétropie ; 65 millions en raison de la cataracte), 826 millions de la vision de près à cause d'une presbytie non corrigée et que 10 millions de personnes (sur 196 millions de personnes affectées) ont une déficience visuelle sévère ou modérée en raison de la DMLA, 7 millions en raison d'un glaucome (sur 76 millions de personnes affectées) et 3 millions de rétinopathie diabétique (sur 146 millions de personnes affectées). La prévalence des différentes déficiences visuelles, y compris les troubles de la réfraction, varie significativement entre les régions du monde.

Schéma 1 : Nombre de personnes atteintes de déficiences visuelles sévères ou modérées



Source : OMS, Rapport sur la vision dans le monde, 2019

¹ OMS, Rapport sur la vision dans le monde, 2019.

[9] Les déficiences visuelles sévères non corrigées ont des conséquences sérieuses pour les individus tout au long de leur vie : les jeunes enfants peuvent connaître des retards de développement moteur, du langage, émotionnel, social et cognitif ; les enfants d'âge scolaire peuvent avoir des résultats scolaires et une estime de soi moindres que ceux des autres enfants ; les adultes ont souvent des taux de participation à l'emploi et une productivité moindres, ainsi que des taux de dépression et d'anxiété plus élevés ; les personnes âgées souffrent d'isolement social, de difficulté pour marcher, d'un risque plus élevé de chutes et de fractures, particulièrement de la hanche, et d'une probabilité plus élevée d'entrer plus précocement en institution. On connaît beaucoup moins bien l'impact des déficiences visuelles faibles ou modérées, dont les troubles de la réfraction, dont souffre l'immense majorité des individus.

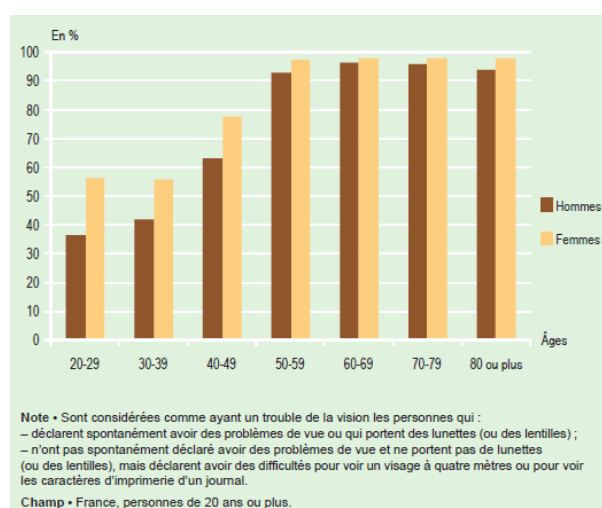
[10] Les déficiences visuelles non corrigées ont également un coût économique dont les estimations varient beaucoup selon les sources. L'OMS, dans son rapport de 2019, estime le coût nécessaire pour traiter les troubles de la réfraction non corrigés et la cataracte à 14,3 milliards de dollars par an, dont 6,9 milliards pour la chirurgie de la cataracte et 7,4 milliards de dollars pour les troubles de la réfraction, ce qui paraît peu. *A contrario*, dans un article paru en 2009, trois auteurs (Smith, Frick et Holden) avaient estimé à 200 milliards de dollars (entre 91 et 327 milliards de dollars par an selon les hypothèses) la perte de richesse due aux troubles de la réfraction non corrigés, ce qui paraît beaucoup.

1.2 La prévalence élevée des troubles de la réfraction et des autres déficiences visuelles en France

1.2.1 Epidémiologie des troubles de la vision

[11] Les Françaises et les Français ne sont pas exempts des déficiences visuelles. La DREES a montré dans une étude publiée en 2014 mais fondée sur l'enquête déjà ancienne Handicap-Santé de 2008 que les troubles de la vision sont les atteintes sensorielles les plus fréquentes. Ils concernent trois personnes sur quatre âgées de plus de 20 ans et 97 % des plus de 60 ans.

Graphique 1 : Part de la population par groupes d'âge déclarant des troubles de la vision



Source : DREES, *Etudes et Résultats*, Juin 2014, sur la base de l'enquête Handicap-Santé de 2008-2009

[12] Selon des chiffres fournis à la mission par l'équipe Inserm de Bordeaux « Expositions vie entière, santé, vieillissement – LEHA », dirigée par Cécile Delcourt, épidémiologiste et directrice de

recherche, l'ordre de grandeur des populations touchées par les principales affections oculaires en France serait le suivant (cf. tableau infra) :

Tableau 1 : Estimation de la population de 25 ans et plus touchée par les principales affections visuelles (ordre de grandeur, France entière)²

Affection	Ordre de grandeur
Astigmatisme ($\geq 1D$)	11,0 M
Myopie sans gravité (-0,75;-3)	9,0 M
Troubles de la réfraction (myopie) moyens (-6;-3)	3,7 M
Troubles de la réfraction (myopie) graves (<-6)	1,2 M
Troubles de la réfraction (hypermétropie) moyens et graves	2,3 M
Glaucome	0,8 M
Rétinopathie diabétique	1,0 M
DMLA - précoce	2,0 M
DMLA - avancée	0,4 M
Cataracte	2,4 M

Inserm, LEHA

1.2.2 Les troubles de la réfraction

[13] D'après les résultats provisoires d'une étude en cours de réalisation pour le ROF, il y aurait en France environ 5,2 millions de myopes avec une correction inférieure à 2 dioptries, 7,5 millions de myopes avec une correction inférieure ou égale à 3 dioptries et 1,6 million d'hypermétropes avec une correction inférieure ou égale à 2 dioptries.

Tableau 2 : Données issues de l'étude « Épidémiologie des troubles réfractifs en population générale », étude en cours.

Myopie	Rapporté à la population française			
	N	%	Cumul N	Cumul %
-1 < SE <= -0,5	2 100 106	9,94	2 100 106	9,94
-1,5 < Se <= -1	1 685 201	7,97	3 785 306	17,91
-2 < SE <= 1,5	1 410 110	6,67	5 195 416	24,59
-2,5 < SE <= -2	1 117 581	5,29	6 312 998	29,87
-3 <= SE <= -2,5	1 190 474	5,63	7 503 472	35,51
Hypermétropie	N	%	Cumul N	Cumul %
0,5 <= SE < 1	1 086 441	5,14	1 086 441	5,14
1 <= SE <1,5	314 323	1,49	1 400 764	6,63
1,5 <= SE <= 2	226 991	1,07	1 627 755	7,70

Source : ROF

² Ce travail a été dirigé par Cécile Delcourt, en collaboration avec le Pr. Jean-François Korobelnik, le Pr. Marie-Noëlle Delyfer, le Dr Cédric Schweitzer (tous trois ophtalmologistes au CHU de Bordeaux), Catherine Helmer (épidémiologiste, Inserm) et Virginie Naël (post-doctorante).

[14] A la demande de la mission, le ROF a constitué un échantillon, issu de plusieurs de ses adhérents, portant sur près de 25% des volumes de ventes réalisées sur les douze derniers mois glissants.

Points de repère

Les valeurs de l'ordonnance, exprimées en dioptries, correspondent à la puissance que le verre devra apporter pour compenser le défaut de l'œil. Les puissances évoluent par paliers de 0,25 dioptrie. La sphère désigne la puissance à ajouter pour corriger la myopie (signe -) ou l'hypermétropie (signe +). Le cylindre est un paramètre permettant le traitement de l'astigmatisme (noté entre parenthèses).

[15] D'après cette étude, la part de porteurs âgés de 18 à 42 ans ayant une correction dont la sphère est comprise entre -2 et +2 et dont le cylindre est compris entre 0 et -2 représente 21,2 % de l'ensemble de la population âgée de plus de 18 ans ayant acheté un équipement en 2019 et 69,7 % des acheteurs de verres correcteurs unifocaux de cette classe d'âge.

Tableau 3 : Répartition de la correction visuelle des porteurs d'unifocaux âgés de 18 à 42 ans rapportés à l'ensemble des porteurs de plus de 18 ans ayant acquis un équipement correcteur en 2019.

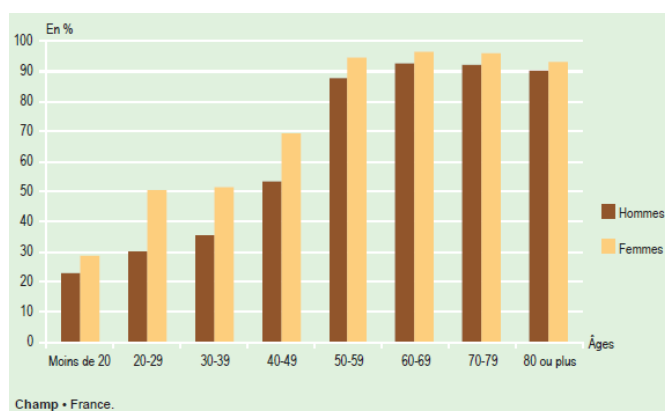
SPH	CYL < 0		
	0 à -1	-1,25 à -2	TOTAL (%)
-1 à +1	14,7%	1,6%	16,3%
+1,25 à 2 -1,25 à -2	4,3%	0,6%	4,9%
TOTAL	19,0%	2,2%	21,2%

Source : ROF

1.2.3 L'impact des troubles de la réfraction

[16] En 2008, sept français sur dix de 20 ans ou plus portaient des lunettes ou des lentilles de contact. Les femmes, les cadres et les professions intermédiaires en portent plus que les autres. 92 % des personnes déclarent n'avoir aucune difficulté pour voir de près et 96 % aucune difficulté pour voir de loin (avec leurs lunettes ou leurs lentilles si elles en portent habituellement).

Graphique 2 : Part de la population par groupes d'âge déclarant porter des lunettes ou des lentilles



Source : DREES, Etudes et Résultats, Juin 2014, sur la base de l'enquête Handicap-Santé de 2008-2009

[17] Mais lorsque le trouble sensoriel est mal ou pas corrigé, il peut constituer une limitation fonctionnelle. Les personnes âgées sont les plus nombreuses à souffrir de troubles visuels non

corrigés : 24 % des personnes de 80 ans ou plus ont des difficultés pour voir les caractères d'imprimerie d'un journal. Des inégalités sociales existent à ce propos : les ouvriers et les employés, qui déclarent moins souvent des problèmes de vue, restent plus souvent avec des troubles non corrigés.

Tableau 4 : Les troubles de la vision dans la population française selon l'enquête santé de 2014

Age	Sexe	Aucun trouble de la vision	Trouble de la vision bien corrigé	Trouble de la vision mal corrigé	Trouble de la vision non corrigé
15-24 ans	Homme	67,5	24,0	6,7	1,7
	Femme	48,4	33,1	13,4	5,1
25-64 ans	Homme	32,0	45,2	16,8	6,0
	Femme	22,0	53,2	20,9	3,8
65 ans et +	Homme	6,1	60,8	30,2	2,9
	Femme	3,5	58,2	36,3	2,1
Ensemble	Homme	32,1	45,1	18,1	4,7
	Femme	21,5	51,5	23,4	3,6

Source : EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES 2017) ; exploitation DREES.

[18] Selon la dernière édition de l'enquête de santé en milieu scolaire³, la part d'adolescents porteurs de lunettes ou de lentilles s'élevait en 2017 à 35 %, les filles étant plus souvent équipées que les garçons (41 % contre 29 %). Parmi les non-porteurs de lunettes, 6 % des adolescents présentaient un trouble de la vision de loin, et cela concernait un peu plus les filles que les garçons (7 % contre 5 %). Les enfants d'ouvriers ou scolarisés en éducation prioritaire étaient, en effet, moins souvent équipés de lunettes (31 %) que ceux des cadres (37 %), et ils étaient plus nombreux à présenter un trouble non corrigé de la vision de loin (10 % contre 3 %). Selon la DREES, ces inégalités ont pour origine une multiplicité de facteurs, parmi lesquels figure probablement le défaut de dépistage. Les écarts selon le sexe subsistent, quant à eux, quel que soit le groupe socioprofessionnel. Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux de l'enquête réalisée chez les élèves de CM2 en 2015.

2 Une croissance forte de la demande de soins visuels

[19] L'activité médicale et paramédicale pour les affections de l'œil est importante et croissante tant en ville qu'à l'hôpital. Cela tient notamment à la conjugaison de quatre facteurs clés.

2.1 Des facteurs multiples de croissance de la demande de soins visuels

[20] L'augmentation rapide de la demande de soins visuels depuis de nombreuses années tient à la conjugaison d'au moins quatre facteurs clés qui jouent en France comme dans les autres pays :

³ Cf. DREES, « En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale », Etudes & Résultats, n° 1122, Août 2019.

- La croissance démographique, et en particulier la hausse du nombre et de la proportion de personnes âgées, avec des déficiences visuelles très corrélées avec l'âge. Ainsi, le nombre de personnes de 55 ans et plus progressera de 19,8 millions en 2013 à 28,4 millions en 2050, soit une progression de plus de 40 % ;
- Les changements des styles de vie, comme la réduction du temps passé dehors et l'accroissement de l'exposition aux écrans (télévisions, écrans d'ordinateur, tablettes, smartphones) au travail ou pendant les loisirs ainsi que la croissance de la prévalence du diabète. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont fait état de leurs craintes d'une véritable épidémie à venir de myopies chez les jeunes qui passaient en moyenne, en 2017, 15 h par semaine sur Internet⁴ ;
- Le progrès médical et technologique et l'amélioration du taux de prise en charge financière des soins visuels sont également des éléments importants de progression de la demande de soins visuels ;
- L'évolution des exigences des patients eux-mêmes qui sont de plus en plus des consommateurs de soins, notamment en ophtalmologie, et pour lesquels les lunettes sont également devenus des objets de mode.

[21] La croissance constatée de l'activité en ophtalmologie, que le SNOF estime à + 500 000 patients par an, s'inscrit, au demeurant, dans un contexte plus général de croissance des soins de spécialistes dans notre pays.

2.2 Une croissance régulière de l'activité libérale et hospitalière en ophtalmologie

[22] La croissance de l'activité libérale des ophtalmologistes peut être mesurée à l'aune de plusieurs indicateurs : le nombre de « séances » d'une part, c'est-à-dire la somme du nombre des consultations d'ophtalmologistes sans acte technique facturés et de celui des consultations d'ophtalmologistes avec au moins un acte facturé appelées associations d'actes CCAM, ou, d'autre part, le nombre total d'actes facturés⁵.

[23] Le nombre de séances s'est accru de 3,4 millions, soit une progression de 14,3 %, en une petite dizaine d'années, dont 760 000 entre 2016 et 2018, soit +2,9 %, et le nombre total d'actes CCAM a, pour sa part, plus que doublé entre 2009 et 2019, progressant de près de 18 millions, et a progressé de 13,6 % entre 2016 et 2018.

⁴ Soit 2 h 51 de plus qu'en 2012 selon une enquête Ipsos (Junior's connect) publiée en 2017. L'OMS estime que le nombre d'enfants et d'adolescents myopes va augmenter de 200 millions entre 2000 et 2050, en particulier dans les pays d'Asie de l'Est.

⁵ Selon les services de la CNAM, cela n'a pas de sens d'ajouter le nombre de séances au nombre d'actes CCAM comme le fait le SNOF dans ses calculs.

Tableau 5 : Evolution de l'activité libérale des ophtalmologistes (hors centres de santé)

	Nombre de séances	dont CS	dont associations d'actes CCAM	Nombre d'actes CCAM
2009	23 457 344	14 428 750	9 028 594	16 508 228
2013	25 035 476	12 156 122	12 879 354	24 463 507
2016	26 045 275	10 225 345	15 819 930	30 350 866
2017	26 439 630	9 445 216	16 994 414	32 721 271
2018	26 808 043	8 700 610	18 107 433	34 483 420
2018/2016	+2,9 %	-14,9 %	+14,5 %	+13,6 %
2018/2009	+14,3 %	-39,3 %	+100,6 %	+108,9 %

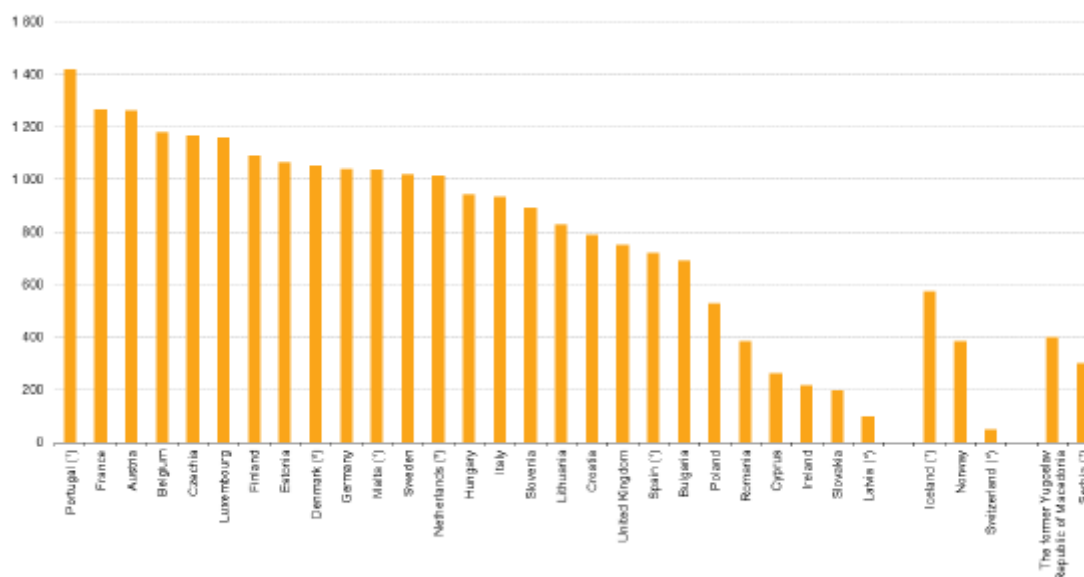
Source : CNAM

[24] La croissance des séances et des actes CCAM s'est faite dans un contexte de diminution significative du nombre des consultations spécialisées sans aucun acte associé, dont le nombre a été quasiment divisé par deux entre 2009 et 2018, passant de 14,4 millions à 8,7 millions seulement, la baisse s'accroissant au cours des dernières années (-15 % entre 2016 et 2018).

[25] L'activité des ophtalmologistes libéraux, devenue à dominante technique dès 2010, l'est ainsi de plus en plus et représente désormais les trois quarts de leurs facturations.

[26] L'activité hospitalière en ophtalmologie, qui est en-dehors du champ du présent rapport, progresse rapidement aussi. Ainsi, le nombre de séjours en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) pour des affections de l'œil ont progressé, selon l'ATIH, de 10 % entre 2015 et 2018, passant de 1,013 millions à 1,115 millions. Eurostat note que la France était, avec 1 267 interventions pour 100 000 habitants en 2016 au second rang de tous les pays européens, loin devant l'Allemagne (+21,7 %) et davantage encore le Royaume-Uni (+69,2 %), pour la proportion de sa population ayant fait l'objet d'une opération de la cataracte, qui est elle-même l'intervention chirurgicale la plus fréquente sur le continent devant la coloscopie. Selon l'ATIH, ce sont 597 000 patients qui ont fait l'objet d'une opération de la cataracte en France en 2018, loin devant la prothèse totale de hanche ; et le nombre d'interventions pour cataracte représente une hospitalisation sur dix pour les patients âgés de 65 ans et plus. On relève que près de 2/3 des séjours d'ophtalmologie sont réalisés dans des établissements privés commerciaux.

Graphique 3 : Nombre d'opérations de la cataracte pour 100 000 habitants en Europe (2016)



Source : Eurostat (site consulté en novembre 2019)

[27] La croissance conjointe de l'activité libérale et hospitalière des ophtalmologistes s'est traduite par une progression des dépenses totales de 1,0 milliards d'euros entre 2010 et 2016 (hors molécules onéreuses), soit +13,0 %, qui est néanmoins concentrée sur la ville. La dynamique des dépenses de ville est forte en effet et s'est poursuivie depuis 2016, avec une hausse de près de 500 M€ en deux ans (+5,6%), tirée notamment par un rebond des dépenses d'optique médicale en 2018 (près de + 300 M€).

[28] L'activité des orthoptistes libéraux, qui représente des montants limités par rapport à celle des ophtalmologistes, progresse également rapidement. Le volume total des coefficients d'actes a ainsi crû de 50,6 % entre 2009 et 2018 et le montant des honoraires des orthoptistes a augmenté de 22,8 % entre 2016 et 2019.

Tableau 6 : Dépenses totales de la filière visuelle

En millions €	2010	2016	2018	2018/2010	2018/2016
Ophtalmologie (honoraires totaux)	1 362	1 726	1 897	+39,3%	+9,9%
Orthoptie (honoraires totaux)	82	114	140	+70,3%	+22,8%
Optique médicale (dépenses totales)	5 475	6 142	6 393	+16,8%	+4,1%
Total dépenses totales soins de ville	6 919	7 982	8 430	+21,8%	+5,6%
Total établissements de santé	961	1 012	Nd		
Total	7 880	8 904	Nd		
Pour info : molécules onéreuses	Nd	589	Nd		

Source : Cour des Comptes, CNAM, DREES, ATIH

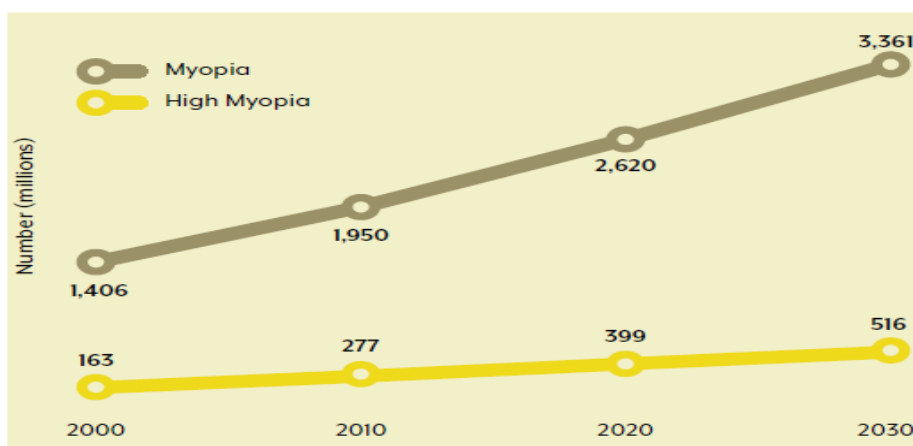
2.3 Une demande de soins visuels qui va continuer à croître rapidement en matière de réfraction comme pour les pathologies plus complexes

[29] La demande de soins pour les affections visuelles, chroniques ou non, va continuer à progresser dans les décennies à venir, créant de fortes contraintes sur l'offre de soins. Le rythme de progression de la demande est toutefois en partie incertain en raison de la multiplicité des facteurs à prendre en compte.

[30] Au plan international, l'OMS affiche dans son récent rapport sur la vision dans le monde que :

- Les troubles de la réfraction progresseraient très rapidement : la myopie toucherait 3,36 milliards de personnes dans le monde en 2030 contre 2,62 milliards en 2020 et la myopie sévère 516 millions contre 399 millions alors que le nombre de presbytes croîtrait de 1,8 milliards en 2015 à 2,1 milliards en 2030 ;
- Les pathologies plus complexes s'accroîtraient vite également : le nombre de personnes atteintes par le glaucome serait multiplié par 1,3 entre 2020 et 2030 (de 76 millions à 95,4 millions), celles atteintes de DLMA par 1,2 (de 195,6 M et 243 M) et la rétinopathie diabétique qui touchait 146 millions de personnes en 2014 en frapperait 180 millions en 2030.

Graphique 4 : Estimations du nombre de myopes dans le monde entre 2000 et 2030



Source : OMS, tiré de Holden et alii, *Ophthalmology*, 2016

[31] En France, faute d'estimations officielles de l'évolution future de la demande de soins visuels, qu'il conviendrait d'établir, on est réduit à des estimations :

- Les troubles de la réfraction vont progresser très vite : par exemple, le nombre de myopes parmi les enfants de 0 à 19 ans s'accroîtrait de plus de 800 000 entre 2018 et 2025, passant de près de 5 millions à plus de 5,8 millions⁶ ; et il est vraisemblable que l'augmentation de la prévalence de la myopie va aller de pair avec une croissance du nombre de patients fortement myopes, qui ont des risques accrus de complications pathologiques ;

⁶ Selon des données fournies par Krysz à la mission sur la base de travaux de Holden et alii, « *Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050* », *Ophthalmology* 2016.

- Les pathologies plus complexes vont également poursuivre leur croissance : sur la base des travaux réalisés par le Royal National Institute of Blindness britannique, l'Association des Optométristes de France (AOF) estime que le nombre de patients glaucomateux pourrait croître de +45 % entre 2015 et 2040, le nombre de patients atteints de DMLA de +52 % et celui de patients souffrant de rétinopathie diabétique de +30 %⁷.

[32] Ces projections doivent néanmoins être appréciées à la lumière du progrès médical et technologique qui va sans doute changer la donne.

3 Des progrès médicaux et technologiques très rapides, porteurs de ruptures probables dans l'organisation des soins et l'évolution des pratiques à un horizon proche

[33] L'ophtalmologie est un domaine marqué par une forte intensité et une réelle rapidité des progrès médicaux et technologiques, et notamment la mise en place de solutions émergentes, qui ont ouvert un vaste espace d'opportunités cliniques et chirurgicales et pourraient modifier substantiellement l'organisation des soins de la filière visuelle⁸.

3.1 Des progrès très importants des dispositifs médicaux, des médicaments, des techniques et des équipements et l'émergence de solutions nouvelles et innovantes

[34] Les progrès de la médecine et de la technologie ont été rapides dans tous les domaines de l'ophtalmologie.

[35] En matière de chirurgie, l'avancée dans les techniques chirurgicales, couplée avec les améliorations des lentilles intra-oculaires, la disponibilité accrue de lentilles intra-oculaires à bas coût et de haute qualité ainsi que les progrès du laser, ont permis des améliorations très significatives en termes de sécurité et de qualité des soins pour la cataracte ou la correction des troubles de la réfraction, avec des interventions qui se déroulent désormais principalement en ambulatoire.

[36] En matière médicamenteuse, l'introduction d'injections anti-VEGF a, selon l'OMS, révolutionné le traitement de la DMLA et a résulté en une réduction de l'incidence de la cécité due à cette pathologie dans les pays à haut revenu. Il y avait plus de 150 essais cliniques à promotion industrielle de médicaments en ophtalmologie en cours en 2018, ce qui fait figurer l'ophtalmologie aux premiers rangs des aires thérapeutiques. Le voretigène néparvovec, conçu pour traiter en une seule fois la dystrophie rétinienne héréditaire (DRH) bi-allélique à médiation *RPE65*, qui est la forme la plus grave de DRH et une cause importante de cécité précoce, est l'une des très rares thérapies géniques à avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché, aux Etats-Unis en 2017 puis en Europe en 2018. De même, plus du quart de toutes les thérapies géniques en phase I, II et III sont dans le domaine de l'ophtalmologie⁹. Les progrès scientifiques en matière de nanomédecine et de synthèse des tissus offrent également des espoirs d'amélioration du traitement du glaucome et de la DLMA. Les progrès des traitements vont permettre la mise en œuvre de thérapies biomoléculaires et ciblées

⁷ Selon des données fournies à la mission par l'AOF.

⁸ Au plan international, de grands programmes de santé publique ont permis des progrès très substantiels, et notamment la baisse très sensible du nombre d'enfants et d'adultes souffrant de pathologies visuelles dues aux carences en vitamine A, à l'oncocérchose et au trachome.

⁹ Cf. LEEM, Santé 2030. Une analyse prospective de l'innovation en santé. 2030.

(neuroprotection des tissus, réparation morpho-fonctionnelle des tissus après des implants, thérapies cellulaires et géniques).

[37] En matière de diagnostics, depuis une quinzaine d'années, la tomographie en cohérence optique (OCT), qui a permis d'obtenir des images en coupe et en volume de parties de l'œil avec des données quantitatives, a forgé de façon significative la pratique clinique en aidant au diagnostic pour toute une série de pathologies de l'œil et en guidant les traitements du glaucome, de la rétinopathie diabétique et de la DMLA. La puissance des OCT va s'accroître rapidement à l'avenir et, couplée avec des logiciels d'intelligence artificielle et des algorithmes d'apprentissage profond, la tomographie en cohérence optique va donner accès à des informations d'une qualité inégalée assortie d'outils d'aide au diagnostic voire à la prédiction de l'évolution possible des pathologies pour un soin optimisé et personnalisé.

[38] D'autres équipements, comme par exemple les tonomètres à air automatique, qui permettent de mesurer la pression intra-oculaire et de dépister notamment le glaucome, ou les rétinographes non-mydiatiques, qui permettent de faire des photos du fond de l'œil et de dépister la rétinopathie diabétique, ou la lampe à fente, qui permet d'observer le segment antérieur de l'œil et de dépister la cataracte, ont également connu des progrès technologiques importants, notamment grâce à leur miniaturisation, à leur automatisation qui transforme ces équipements en opérateur indépendant faisant eux-mêmes les mesures, et à la baisse de leurs coûts unitaires qui les rendent plus aisément accessibles¹⁰. Le couplage de ces matériels avec des logiciels d'intelligence artificielle, qui est en cours, devrait permettre d'améliorer le dépistage et, surtout, de réaliser des diagnostics. Le premier dispositif médical utilisant l'intelligence artificielle jamais autorisé par la FDA américaine, le IDX-DR, l'a été en 2018 pour le dépistage de la rétinopathie diabétique¹¹. D'autres logiciels d'intelligence artificielle en ophtalmologie existent déjà : Thirona pour la rétinopathie diabétique, Retalyze pour la rétinopathie diabétique et DMLA, EyeArt pour la rétinopathie diabétique, RetCAD pour la rétinopathie diabétique et DMLA, Pegasus pour la rétinopathie diabétique, DMLA et glaucome et OphtAI (acteur français) pour la rétinopathie diabétique, la DMLA et le glaucome.

Les matériels utilisés pour les examens de la réfraction

Les matériels de base utilisés pour l'examen des troubles de la réfraction sont l'auto-réfractomètre, pour mesurer l'acuité visuelle « objective », la tête de réfracteur pour mesurer l'acuité visuelle subjective (qui peut être remplacée par une mallette de verres) ainsi qu'un siège adaptable en hauteur avec un bras portant la tête de réfracteur et le test d'acuité visuelle (écran LCD ou bande en carton).

L'examen de la réfraction représente l'activité principale des assistants travaillant dans les cabinets d'ophtalmologie. Or une évolution technologique importante en cours concerne l'automatisation de la réfraction. Des machines (Luneau, Visionix, Essilor, bientôt Topcon) qui permettent de réaliser beaucoup des réfractations de façon automatisée sont en train d'être commercialisées. Lorsque ces appareils se seront démocratisés et améliorés, le besoin de professionnels formés pour réaliser les examens de la réfraction pourrait être réduit. Les points de vue des experts demeurent néanmoins partagés sur la part des patients qui seront concernés.

¹⁰ Aujourd'hui le coût d'un fronto-focomètre, d'un autoréfractomètre couplé à un tonomètre et d'un rétinographe est de l'ordre de 50k€

¹¹ Ce dispositif permet la détection de la rétinopathie diabétique (stade supérieur à léger) grâce à un algorithme capable de dépister la pathologie ophtalmique en analysant des photos. Il est uniquement autorisé chez l'adulte à partir de 22 ans et pour les patients autres que ceux qui ont subi un traitement des yeux au laser, les patients atteints de dégénérescence oculaire ou encore les femmes enceintes.

[39] Les progrès de la technologie ont significativement amélioré la réadaptation visuelle grâce à la reconnaissance vocale, à l'accessibilité des ordinateurs et de leurs logiciels ou aux smartphones.

[40] Des solutions de télémédecine innovantes se développent rapidement, notamment l'usage d'applications logicielles sur les mobiles pour l'évaluation de la vision et pour le parangonnage de la chirurgie de la cataracte. En France, la mission a pu avoir un aperçu des innovations existantes en rencontrant plusieurs start-ups ou entreprises qui lui ont démontré les possibilités offertes par les nouvelles technologies en matière de services en ophtalmologie :

- Althalia, entreprise offrant aujourd'hui des services médicaux de *case and disease management* pour des patients français et expatriés résidents en France et en Europe, et qui développe un projet de visio-consultation ophtalmologique qui vise à transformer les magasins d'opticiens en point de qualité de la vue par le biais de la télémédecine et d'une plateforme de réservation et d'information ;
- GlassPop, qui développe un projet de cabine de test visuel automatisé en dix minutes, couplé à un bilan visuel et une ordonnance de prescription ;
- Siview, qui développe un algorithme complexe qui automatise l'examen de l'œil et permet à quiconque de prescrire des verres correcteurs en moins de cinq minutes ;
- EyeNeed, qui propose un système de pré-consultation en ligne permettant d'affiner la demande des patients et de mieux qualifier leurs besoins puis d'orienter le patient vers le professionnel le plus proche et le plus adapté à sa demande.

[41] Il convient de noter également la diffusion rapide de la prise de rendez-vous en ligne par des fournisseurs comme Doctolib et ses concurrents. L'ophtalmologie a été l'un des premières spécialités libérales à faire largement appel à ses outils innovants. Au 1^{er} novembre 2019, 2 200 ophtalmologistes¹² étaient utilisateurs de Doctolib¹³.

3.2 Des ruptures à venir, mais à un horizon encore incertain, des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins

[42] Les progrès de la télémédecine, des matériels, des dispositifs médicaux et des médicaments ainsi que de la chirurgie sont de nature à bouleverser le dépistage, le diagnostic et les traitements en ophtalmologie mais aussi à avoir un impact majeur sur les pratiques professionnelles et l'organisation des soins, notamment dans le domaine des troubles de la réfraction.

[43] S'agissant des troubles de la réfraction, la diffusion des solutions de télémédecine a déjà permis dans les pays en développement, comme le souligne l'OMS, d'améliorer le dépistage et l'accès à une série de services de soins visuels, particulièrement pour ceux qui vivent dans des zones rurales et reculées. Un article du Lancet Global Health de 2018 décrit, par exemple, le succès d'un test d'acuité visuelle sur smartphone (Peak Acuity) au Kenya réalisé par les professeurs des enfants scolarisés qui orientent ceux qui sont dépistés pour un trouble de la réfraction vers les services de santé compétents et l'entreprise de l'économie sociale. PeekVision fournit une technologie de dépistage des pathologies oculaires via le téléphone mobile dans des écoles ou des communautés par des non-spécialistes, qui réfèrent ensuite les patients qui l'exigent vers des spécialistes de la vision.

[44] Les matériels de diagnostic de dernière génération, totalement non invasifs et donc sans risque de sécurité sanitaire pour les patients, permettent déjà de libérer leurs opérateurs de la contrainte

¹² Pour 3659 ophtalmologistes libéraux et mixtes non hospitaliers, selon le CNOM

¹³ Selon des informations fournies par Doctolib à la mission.

et de la connaissance technico-médicale, de définir des réfractions fiables et très précises, jusqu'au 100ème de dioptrie, de produire des images de grande qualité et d'adresser des rapports précis en interface avec les logiciels des médecins prescripteurs. Cela devrait conduire à sortir ces matériels, y compris l'OCT, du cadre d'utilisation par l'ophtalmologiste ou sous sa supervision et de prévoir leur utilisation par les médecins généralistes certes mais également les pharmaciens, les infirmiers, les orthoptistes ou les opticiens (cf. infra) pour un dépistage de masse, voire directement par le patient pour une auto-surveillance à domicile.

[45] Si l'on suit les analyses du professeur Resnikov¹⁴, la plupart des maladies de la vision pourront autour de 2030 être dépistés pour tous à un stade précoce et la prévention se conjuguera alors au dépistage et à la thérapie (contrôle du diabète, contrôle systématique de la pression oculaire...).

[46] Selon l'ancien président du SNOF, M. Rottier, une simple photographie de rétine prise par un technicien ou une machine automatique permettra ainsi le même niveau d'expertise qu'un ophtalmologiste formé à la faculté de médecine. Il sera possible d'aller chez son opticien pour renouveler ses lunettes sans sacrifier le dépistage des maladies de la rétine ou du nerf optique. Et là où l'expert aura plusieurs dizaines d'années d'expérience sur les cas complexes, l'intelligence artificielle en aura l'équivalent de plusieurs milliers. A vrai dire, c'est déjà le cas, par l'exemple, de l'IDx-DR qui, souligne la FDA, est « utilisable par des professionnels de santé qui ne sont normalement pas habilités à dispenser des soins oculaires ». Ainsi, le professionnel de santé consulté (médecin généraliste, infirmier d'un centre de soin ou ophtalmologue par exemple) télécharge les photos des rétines du patient sur un serveur cloud sur lequel le logiciel IDx-DR est installé et qui fournit au professionnel l'un des deux résultats suivants: "rétinopathie diabétique détectée: se référer à un professionnel de la vue" ou "rétinopathie diabétique négative: revoir un professionnel dans 12 mois".

[47] L'usage du big data aura également le potentiel d'améliorer la connaissance de l'usage des services ainsi que la surveillance et l'étiologie des pathologies visuelles, ainsi que le suivi des résultats des opérations chirurgicales.

[48] Comme pour les autres spécialités médicales, et même peut-être plus encore, les progrès technologiques devraient entraîner des changements profonds du métier et des pratiques des ophtalmologistes et des autres professionnels de la filière ainsi que, logiquement, de l'organisation des soins visuels dans la filière (cf. infra 4.2).

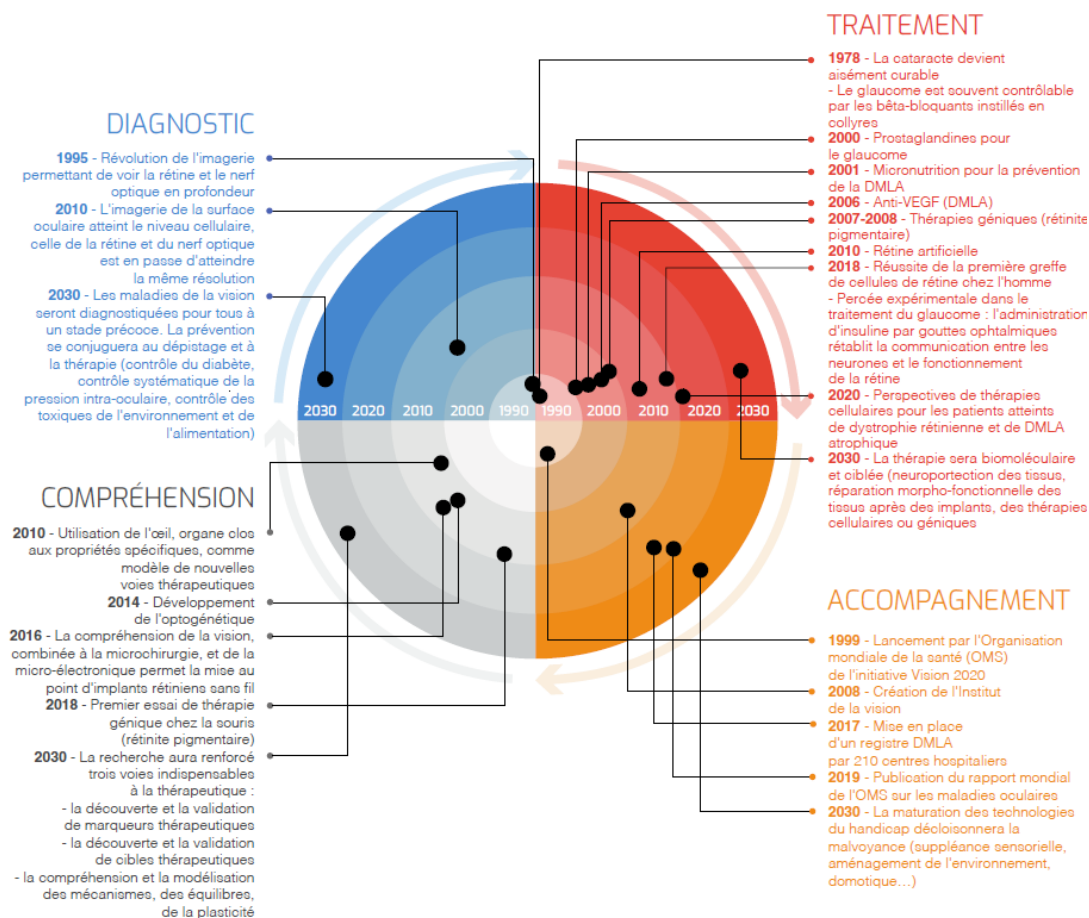
[49] Il est néanmoins encore difficile de savoir quel sera le contenu futur de leurs métiers et de leurs pratiques futures, et notamment si leur champ d'action se concentrera essentiellement ou non à la prise de décision et à la chirurgie pour les cas les plus complexes.

[50] Le calendrier des évolutions du métier et des pratiques des ophtalmologistes ainsi que de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation des soins demeure tout aussi incertain car il dépend de nombreux facteurs : juridiques, financiers, culturels... La recomposition des parcours de soins et de l'organisation de la filière dépendra fondamentalement du volontarisme des régulateurs et des financeurs (Etat et assurance maladie) et des capacités d'agilité des principales parties prenantes, et en particulier des ophtalmologistes¹⁵.

¹⁴ Université de Sydney, Australie.

¹⁵ Au plan international, selon l'OMS, davantage de recherche est encore nécessaire en conditions réelles avant une adoption généralisée des technologies mobiles pour le dépistage.

Schéma 2 : L'évolution du diagnostic, du traitement, de l'accompagnement et de la recherche en ophtalmologie entre les années 1970 et 2030



Source : LEEM, Santé 2030, sur la base d'analyses du professeur Resnikov (Université de Sydney)

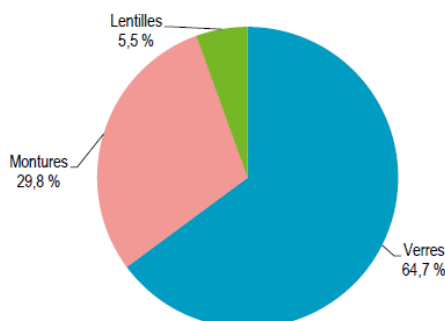
4 Un secteur de l'optique en pleine reconfiguration et qui va être économiquement impacté par la réforme du 100 % santé

[51] Le secteur de l'optique évolue rapidement et profondément depuis plusieurs années en raison précisément de la rapidité des innovations technologiques et commerciales mais aussi du fait du jeu des forces de la concurrence et de la rapidité des innovations. L'impact économique de la réforme du 100% santé qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 est encore incertain dans le contexte d'une socialisation déjà élevée, par rapport aux autres pays, du financement des dépenses.

Les dépenses d'optique et le chiffre d'affaires des commerces d'optique de détail – faits et chiffres

En 2018, les dépenses totales d'optique médicale représentaient 6 393 M€ qui étaient constitués aux deux tiers par les verres de correction et les montures pour un gros quart.

Schéma 3 : La structure par grands postes des dépenses totales d'optique en 2018



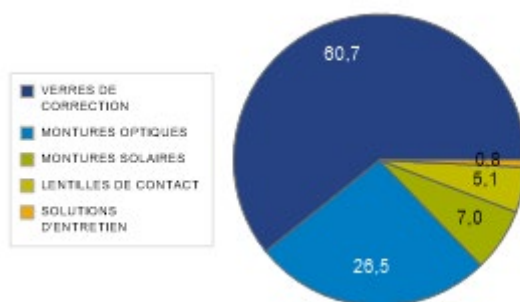
Source : DREES

Au sein des verres correcteurs, les deux tiers des ventes portent sur des verres progressifs, dont l'essentiel avec traitement, et un tiers sur des verres monofocaux. Le prix moyen des verres de correction était sur la période janvier 2018-juillet 2018 de 103 € et celui des montures optiques de 112 € selon les chiffres publiés par GFK. Les dépenses d'optique médicale, après un certain plafonnement depuis 2013 et même une baisse en 2017, ont rebondi en 2018, retrouvant des niveaux de progression proche du tournant des années 2010.

En 2018, on comptait près de 12 350 points de vente pour des ventes totales de 6 543 M€, soit un montant de 527 k€ de chiffre d'affaires annuel par magasin, qui varie énormément toutefois comme a pu le constater la mission dans ses visites de terrain. Les magasins d'enseignes représentent la moitié des points de vente environ mais trois-quarts du chiffre d'affaires total.

Les lentilles de contact, les montures solaires et les solutions d'entretien, qui n'entrent pas dans les dépenses d'optique médicale, représentent 13 % du chiffre d'affaires moyen des magasins, auquel il faut ajouter le chiffre d'affaires lié aux audioprothèses, qui est croissant (source GFK, Juillet 2019).

Schéma 4 : La structure par grands postes du chiffre d'affaires des commerces de détail d'optique en 2019



Source : GFK, juillet 2019.

Le chiffre d'affaires des commerces de détail d'optique progresse à nouveau de façon assez significative depuis deux ans : +4,5 % en 2018 et +7,2 % à fin août 2019 (source INSEE/DSS).

4.1 Un secteur de l'optique en pleine reconfiguration

[52] Le secteur de l'optique est en pleine reconfiguration tant du côté des fabricants que celui des indépendants, des mutualistes, des groupements coopératifs (Krys, Atol, Optic 2000...), des succursales et franchisés (Afflelou, Lissac...) ou des grandes surfaces spécialisées (Grand Optical...), chacun repensant son modèle économique. Parmi les évolutions importantes, on doit signaler :

- De grandes manœuvres de concentrations au plan international et européen entre fabricants avec, en particulier, la fusion annoncée en octobre 2018 entre Essilor et Luxotica, qui sont les leaders des verres et de la distribution d'équipements d'optique, et entre fabricants et enseignes, avec l'offre d'achat pour 7 milliards de dollars de Grand Vision (Grand Optical, Générale d'Optique...)¹⁶ par Essilor-Luxotica, qui est déjà le principal fournisseur des magasins d'optique en France et donnerait naissance à un géant mondial avec 20 Mds€ de CA ;
- Le retour de la grande distribution dans l'optique ;
- Une adaptation des stratégies des enseignes qui cherchent des axes de différenciation plus marqués, en misant sur la digitalisation des services et en recourant à l'omnicanal¹⁷, en faisant le choix de la montée en gamme et de l'optique sur-mesure, en recourant à l'optique « hors les murs » (entreprises, EHPAD...), et se diversifient vers les aides auditives¹⁸ ;
- Le développement d'un modèle de magasins d'optique à faible marge et fort volume (« Lunettes pour Tous » et ses concurrents), alors que le modèle économique du secteur est traditionnellement fondé sur de fortes marges et de faibles volumes ;
- La montée en puissance des réseaux de soins, fermés ou semi-fermés, comme Santéclair qui référencent les fabricants et les magasins d'optique et imposent progressivement de ce fait leurs standards.

Le low-cost dans le secteur de l'optique

Le commerce de détail de lunettes est traditionnellement fondé sur un modèle économique avec de faibles volumes de ventes (en moyenne moins de trois paires de lunettes par jour et par magasins) mais des prix élevés (le panier moyen était de 384 €, dont 284 € pour le panier unifocal et 563 € pour le panier progressif¹⁹) ainsi que des marges élevées (en moyenne, le taux de marge commerciale brute des commerces d'optique serait de l'ordre de 62 %²⁰, l'un des plus élevés du commerce de détail et du commerce non alimentaire).

¹⁶ Entreprise néerlandaise qui gère 900 magasins et a 10 % de parts de marché en France.

¹⁷ La vente sur internet n'a pas véritablement décollé en France et seuls 3 % des clients environ auraient déjà acheté des lunettes en ligne.

¹⁸ En 2016, les opticiens représentaient déjà près du tiers des points de vente d'audioprothèse.

¹⁹ Selon Xerfi/MCI, février 2019. Selon la DREES, en 2017, le prix moyen des verres était de 469€ et celui des montures de 146€. Ces chiffres ne correspondent pas exactement entre eux.

²⁰ Selon des données fournies par le CROCIS, octobre 2018.

Depuis quelques années pourtant, des enseignes « low-cost », reposant sur un modèle économique avec de faibles prix et des volumes élevés, ont levé des fonds et se sont lancées. L'une des plus connues est la chaîne Lunettes Pour Tous, créée par un jeune entrepreneur, Paul Morlet, en 2014 sur le principe d'une paire à partir de 10€ (en pratique entre 5 € et 50 € la monture et 2,5 € et 110 € le verre) et fabriquée en 10 minutes dans le magasin lui-même. Lunettes Pour Tous emploie désormais environ 500 salariés, dont une petite centaine d'opticiens-lunetiers à bac +3, qui travaillent dans 16 magasins entre 300 et 800 m² installés dans les rues très passantes ou les centres commerciaux de grandes villes. La chaîne vient de racheter une trentaine de magasins supplémentaires. Lunette pour Tous commercialise environ 700 000 paires par an, soit plus de 5 % de part de marché. Elle s'adresse en priorité à une clientèle pressée de remplacer ou d'acheter une paire de lunettes et qui n'a pas le temps d'attendre un rendez-vous chez l'ophtalmologiste.

D'autres enseignes low-costs existent également, comme par exemple Pollette, Direct Optic ou easy-verres, qui combinent optique en ligne et points de vente physiques. On commence également à voir apparaître des corners optiques. Par exemple, une chaîne néerlandaise de corners low-cost (Eyelove), qui en gère 180 environ aux Pays-Bas et en Belgique, installés dans les pharmacies et les drugstores, vient d'annoncer qu'elle allait ouvrir près de 70 corners d'ici un an en France dans les magasins d'optique indépendants. Les groupes historiques ont réagi en ouvrant des enseignes dédiées au low-cost (Optical Discount chez Afflelou, Lynx chez Krys..) et ont multiplié les promotions.

4.2 Un impact économique de la réforme du 100 % santé d'une ampleur incertaine

[53] La réforme du 100 % santé, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 pour l'optique, a pour objet d'offrir à toute personne disposant d'un contrat d'assurance complémentaire responsable, c'est-à-dire l'essentiel des assurés sociaux, et aux bénéficiaires de la CMU-C, l'accès à des lunettes de vue de qualité, performantes et esthétiques prises en charge à 100 %. La réforme proposera un panier à tarifs plafonnés, dit panier A, dont 30 euros de montures, sur lequel le reste à charge sera nul, avec une revalorisation de la participation de la sécurité sociale, portée à 18 % du coût total de l'équipement et une prise en charge à 100 % par les assurances complémentaires. Le panier A offrira un large choix parmi au minimum dix-sept modèles de montures adultes en deux coloris différents, et dix modèles enfants en deux coloris différents, ainsi que des verres (amincis, antireflet...) traitant toutes les corrections visuelles. En-dehors de ce panier, le remboursement de la monture par les assurances complémentaires sera plafonné à 100€.

[54] La réforme va certainement diminuer le reste à charge global pesant sur les patients, qui est déjà très bas au plan international (cf. annexe 2, 2.3). Son impact sur les magasins d'optique et les fabricants d'équipements sera réel mais il est encore incertain. Interrogés par la mission, les interlocuteurs de la mission ont avancé des estimations divergentes, certains soulignant les risques économiques pesant sur un nombre significatif de petits magasins indépendants et de magasins d'enseignes ayant des charges importantes, en faisant l'hypothèse d'une part de marché importante prise par le panier A (celui du 100 % santé) et d'un renforcement de la concurrence, d'autres minorant son impact compte tenu d'une part de marché supposée limitée prise par le panier A. Les études réalisées par des cabinets de conseils, notamment une étude Xerfi au début de l'année 2019, conduisent à des conclusions assez divergentes.

ANNEXE 2 - LA FILIÈRE VISUELLE - ASPECTS INTERNATIONAUX

1 L'OMS et les soins visuels

[1] L'OMS joue un rôle important dans le domaine des soins visuels depuis une vingtaine d'années et vient notamment de rendre public son premier rapport sur la vision dans le monde.

1.1 L'importance de la vision pour les individus et les familles selon l'OMS

[2] L'OMS a une approche extensive de la vision qui est un terme large englobant tous les processus du système visuel et des sept fonctions visuelles :

- L'acuité visuelle : capacité de distinguer les images de façon nette et précise (clarté) ;
- Le champ visuel : capacité de voir ce qui se passe sur les côtés en regardant droit devant soi (on parle aussi de vision périphérique) ;
- La sensibilité au contraste : détermination du contraste entre des objets et l'arrière-plan ;
- La perception des couleurs : capacité de distinguer entre les différentes couleurs et la lumière qu'elles émettent ;
- L'acuité de Vernier : capacité à discerner la discontinuité sur une ligne (sert à détecter des motifs) ;
- L'acuité stéréoscopique : perception de la profondeur ;
- Le seuil d'adaptation à l'obscurité : capacité de voir dans des conditions de faible luminosité.

[3] L'OMS insiste sur le fait que la vision est essentielle pour le développement des enfants. Pour les très jeunes enfants, reconnaître, sourire puis répondre à ses parents, aux membres de sa famille est à la base de l'intimité et des liens affectifs et est essentiel au développement cognitif de l'enfant et à la croissance des aptitudes motrices des nourrissons, de sa coordination et de son équilibre. De la petite enfance à l'adolescence, la vision permet un accès facile aux matériaux éducatifs et est cruciale pour la réussite scolaire. La vision permet le développement des compétences sociales afin de nourrir les liens amicaux, renforce l'estime de soi et promeut le bien-être. Elle est également importante pour la participation aux sports et aux activités sociales qui sont essentielles pour le développement physique et la santé mentale et physique, l'identité personnelle et la socialisation.

[4] A l'âge adulte, la vision facilite la participation à l'emploi, contribue à la génération de revenus et à un sens de l'identité. A un âge plus avancé, la vision aide à maintenir le contact social et l'indépendance et facilite la gestion de la santé et des différentes pathologies. Elle aide aussi à préserver la santé mentale et le bien-être, qui sont meilleurs chez ceux qui ont une bonne vision.

1.2 L'action de l'OMS

L'OMS a eu une action importante depuis une vingtaine d'années :

- Elle a lancé en 1999 l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable : « *Vision 2020 : le droit à la vue* », qui a été essentielle pour le plaidoyer international et national et pour renforcer les programmes nationaux de prévention de la cécité et le développement de plans nationaux des soins visuels. Elle se concentrait sur les principales causes de cécité pour lesquelles des interventions coût-efficaces étaient disponibles, comme la cataracte, le trachome, l'oncocercose et la cécité infantile ;
- L'assemblée mondiale de la santé a adopté quatre résolutions en 2003 (WHA56.26), en 2006 (WHA59.25), en 2009 (WHA62.1) puis enfin en 2013 (WHA66.11). A partir de 2006, les résolutions ont inclus non seulement l'élimination de la cécité évitable mais aussi les déficiences visuelles, et en particulier la correction des troubles de la réfraction.

[5] Les résolutions de 2009 et de 2013 ont été accompagnés par des plans d'actions de l'OMS qui ont identifiés des objectifs clairs et des activités à conduire par les Etats-membres, le secrétariat de l'OMS et les partenaires internationaux. Le plan d'action 2014-2019 (Universal Eye health : a global action plan 2014-2019) a inclus une dimension supplémentaire sur l'accès universel à des soins visuels complets et a fixé des objectifs mondiaux ambitieux de réduire la prévalence des déficiences visuelles évitables par 25 % en 2019.

[6] L'objectif de l'OMS est un monde où personne n'est atteint d'une déficience visuelle évitable, où ceux qui ont une perte de vision inévitable peuvent réaliser leur plein potentiel et où il existe un accès universel à des services de soins de santé oculaires complets (cf. plan d'action 2014-2019)

[7] Le plan d'action 2014-2019 s'est articulé autour de trois objectifs

- Obtenir les données factuelles sur l'ampleur du problème des déficiences visuelles, leurs causes et la disponibilité des services de soins oculaires et de s'en servir pour suivre les progrès réalisés, définir les priorités et demander aux Etats membres d'accroître leur engagement politique et financier en faveur de la santé oculaire ;
- Encourager l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, plans et programmes nationaux intégrés de santé oculaire afin d'améliorer l'accès universel à la santé oculaire ;
- Favoriser l'engagement multi-sectoriel et la mise en place de partenariats efficaces en vue d'améliorer la santé oculaire.

[8] Les Etats membres sont convenus de travailler ensemble à la réduction de 25 % de la prévalence des déficiences visuelles évitables entre 2010 (le taux était de 3,18 %) et 2019. Un bilan a été présenté à l'assemblée mondiale de la santé en 2017 qui a mis en évidence des progrès. 56 pays avaient développé un plan national des soins visuels ou des stratégies soutenues par un plan d'action. Et plus de 50 pays avaient établi un comité national des soins visuels ou un mécanisme de coordination similaire. 60 études populationnelles ont été conduites dans 35 pays depuis 2010 (et environ 300 études dans 98 pays depuis 1980).

[9] Enfin, l'OMS vient de présenter en octobre 2019 le rapport mondial sur la vision qui était attendu depuis plusieurs années. Trois orientations de politique publique sont avancées par ce rapport :

- Fournir des services de soins visuels de qualité adaptés aux besoins de la population afin d'améliorer la couverture et réduire les inégalités. Cela exige des évaluations des besoins en soins visuels de toute la population ;

- Assurer que le coût des interventions prioritaires en soins visuels sont inclus dans le panier de soins couvert par les assurances sociales ;
- Aller vers l'objectif de soins visuels intégrés et centrés sur les personnes (« *integrated people-centred eye care* » ou IPCEC), qui passe par quatre orientations : associer étroitement les individus et les communautés, réorienter le modèle de soins, coordonner les services au sein et entre secteurs et créer un environnement favorable²¹.

[10] Sur le premier point, l'OMS considère qu'il faut accroître les efforts pour fournir une information claire et efficace, notamment sur l'existence de services de réhabilitation de la vision. Les nouvelles technologies peuvent être utiles : les SMS réguliers sur les mobiles accroissent le taux d'accès aux services de santé visuelle. L'usage des dossiers médicaux partagés est utile également, comme la télésanté : le rapport OMS donne l'exemple de l'Australie, avec les services de *Lions Outback Vision* depuis 2011 dans l'Etat de Western Australia, qui combine consultations synchrones et asynchrones et concernent généralistes, optométristes et ophtalmologistes. Les vidéo-consultations ont lieu via Skype ou Facetime. Cela a permis une réduction des délais d'accès pour les patients, une meilleure utilisation des services de soins avec les troubles de la réfraction traités par les optométristes et les ophtalmologistes se concentrant sur la chirurgie.

[11] Sur le second point, il est essentiel de bâtir des services de soins primaires solides et qui intègrent les soins visuels. L'OMS souligne qu'il n'y a pas une façon unique de bâtir des soins primaires solides qui inclue les soins visuels : cela peut passer par l'intégration de centres de santé primaires visuels dans les centres de santé primaires, via la formation des personnels, ou bien l'adoption de services ad hoc de soins visuels, soit fixes soit mobiles. Dans son récent rapport, l'OMS donne les exemples :

- Du Tadjikistan où les soins primaires visuels sont gérés par les généralistes, qui ont été formés pour cela ;
- Du programme de soins visuels à l'école à Baltimore (USA), appelé « Vision for Baltimore », et établi en 2016 par la ville, l'université Johns Hopkins et le secteur privé au profit des enfants des quartiers défavorisés, pour assurer des soins visuels après le dépistage via un partenariat public-privé. Sur 35 000 enfants testés, 12 000 ont été dépistés de troubles de la réfraction et 80 % ont eu des prescriptions de lunettes sur les 6 000 dont les parents ont autorisé des soins visuels ;
- De partenariats publics-privés pour la fourniture de lunettes au Pakistan, au Sri Lanka et en Afrique du Sud.

1.3 L'OMS et les ressources humaines

[12] Jusqu'à récemment, le nombre de professionnels des soins visuels par million d'habitants a été utilisé comme guide dans la planification des ressources humaines. Cette approche est simple mais ne permet pas de prendre en compte des facteurs importants comme la structure de la population, l'épidémiologie, les réglementations, la localisation des ressources humaines et la demande du public.

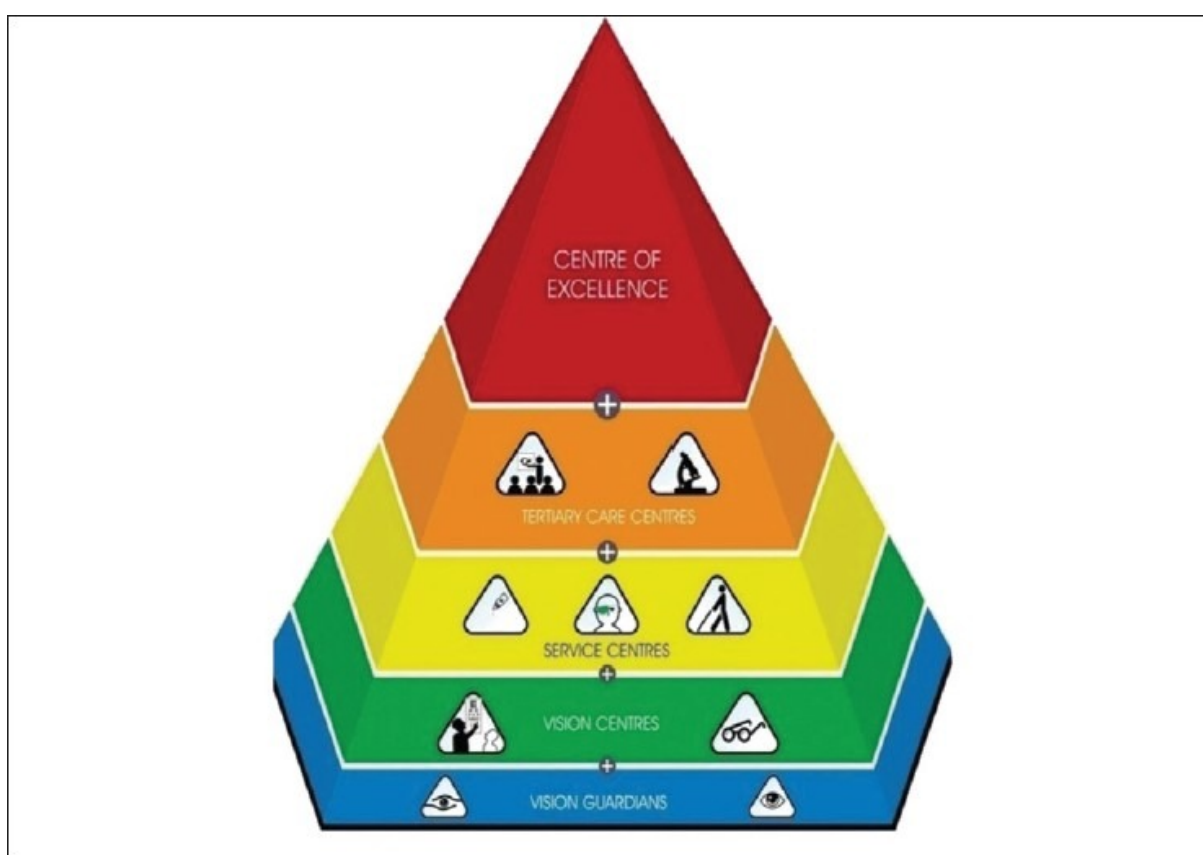
[13] Pour l'OMS, il est essentiel de développer des politiques qui permettent d'optimiser l'offre de professionnels de santé. L'organisation internationale souligne que « *les approches innovantes comme*

²¹ Les soins visuels contribuent au troisième objectif de développement sur la santé et le bien-être et à la cible de la couverture universelle en santé (ODD 3.8).

les délégations de tâches, seront nécessaires pour gérer les efficiences et améliorer l'équité de l'accès aux soins de santé visuelle » et que « la délégation des tâches a le potentiel d'étendre le nombre de professionnels de santé paramédicaux qui peuvent réaliser des actes cliniques en toute sûreté, ou des éléments clés de ces actes, qui seraient sinon réservés à des personnels plus qualifiés comme les ophtalmologistes » ainsi que « si les politiques permettant l'usage effective de compétences et de savoir-faire définis sont mises en œuvre, une distribution plus rationnelle des tâches et des responsabilités parmi les professionnels de santé impliqués dans les soins visuels peut être créée afin d'améliorer l'accès et la coût-efficacité ».

[14] L'OMS mentionne que certains pays sont déjà parvenus à autoriser de « nouveaux métiers de la santé » à délivrer une série de services de soins visuels, en utilisant ces personnels soit seuls soit comme une composante d'équipes au sein de communautés et d'établissements de santé à différents niveaux du système de santé.

Schéma 1 : Un exemple de pyramide des soins



Source : OMS et LVPEI Eye Care (cf. <https://www.lvpei.org/services/icare/eye-health-pyramid>)

2 L'offre et l'organisation des soins visuels

2.1 Les différents professionnels de la filière visuelle

[15] Au plan international, et selon l'OMS, l'offre de soins repose sur trois types de professionnels :

- Les ophtalmologistes, qui sont selon l'organisation internationale « *les principaux professionnels chargés des interventions médicales et chirurgicales de santé oculaire* », des « *docteurs en médecine formés en ophtalmologie et/ou en chirurgie ophtalmique, et qui diagnostiquent et traitent des maladies de l'œil* » ;
- Les optométristes, qui sont dans un nombre croissant de pays, les « *premiers interlocuteurs des personnes atteintes de maladies oculaires* », dont les connaissances et les compétences varient beaucoup d'un pays à l'autre, leur formation n'étant pas normalisée²² ;
- Les personnels ophtalmologiques auxiliaires : catégorie qui regroupe selon l'OMS les opticiens (« *dispensing optician* » ou opticiens-lunetiers) et une série d'autres professions comme les orthoptistes, les infirmiers en ophtalmologie, les assistants en ophtalmologie et en optométrie, technicien en ophtalmologie et en optométrie, rééducateur en basse vision, oculariste, photographe et spécialiste de l'imagerie ophtalmique, administrateur spécialisé... Leur niveau de formation varie d'un pays à l'autre et parfois au sein d'un même pays, de même que la législation et la réglementation de leur pratique, de leurs compétences et de l'étendue de leurs attributions.

[16] Pour sa part, le Conseil mondial de l'optométrie a établi une classification des compétences des optométristes et des autres professionnels de la filière en quatre catégories, depuis les « *services de technologie optique* » (catégorie 1) aux « *services oculaires thérapeutiques* » (catégorie 4), en passant par « *les services de la fonction visuelle* » (catégorie 2) et « *les services de diagnostic oculaire* ». Les opticiens-lunetiers appartiennent, par exemple, à la catégorie 2.

Tableau 1 : Compétences des professionnels de la vision par catégories de compétences

	Catégorie 1 – Services de technologie optique	Catégorie 2 – Services de la fonction visuelle	Catégorie 3 – Services de diagnostic oculaire	Catégorie 4 – Services oculaires thérapeutiques
Compétences	Gestion et dispensation des verres correcteurs et des montures et des autres équipements qui corrigent les défauts de la vision	Catégorie 1 + investigations, examens, mesures, diagnostic et correction des défauts du système visuel	Catégorie 2 + Investigations, examens et évaluation de l'œil afin de dépister, de diagnostiquer et de traiter les maladies	Catégorie 3 + Utilisation d'agents pharmaceutiques et d'autres procédures pour gérer les maladies et les pathologies visuelles

Source : WCO

²² . Cette profession est liée à celle des opticiens, et on les appelle aussi parfois des « opticiens ophtalmiques » ou spécialisés.

2.1.1 Les ophtalmologistes

[17] L'International Council of Ophthalmology (ICO) a réalisé une première enquête en 2010 qui a établi le nombre d'ophtalmologistes à 200 000 (204 909 exactement) dans 193 pays. Ce chiffre est passé en 2015 à 232 866, en progression de 14 % en cinq ans, soit + 2,6 % par an (à comparer à une progression estimée de +1,2 % en 2010). La croissance constatée du nombre d'ophtalmologistes est plus forte dans les pays à haut revenu que dans les autres.

[18] Ces chiffres relativisent un peu l'ampleur de la pénurie d'ophtalmologistes à venir qui était un constat clé établi en 2010 même si elle demeure si l'on considère que la population de 60 ans et plus croît de 2,9 % par an.

[19] La densité moyenne était en 2015 de 3,17 ophtalmologistes pour 100 000 habitants (avec des écarts de densité entre 0 et 18,3). La répartition des pays en termes de densité s'est légèrement améliorée entre 2010 et 2015.

Tableau 2 : Densité des ophtalmologistes, 2010 et 2015

Par 1 M d'habitants	2010	2015
< 1 ophtalmologiste	23	14
1-3 ophtalmologistes	30	31
4 à 24 ophtalmologistes	48	47
25 à 99 ophtalmologistes	74	88
100+ ophtalmologistes	18	13

Source : ICO

[20] En 2010, il y avait une différence d'un à trente entre les pays d'Afrique subsaharienne (2,7 ophtalmos par million d'habitants), où la situation est particulièrement critique dans les anciennes colonies portugaises, et les pays d'ex-URSS (83,8 ophtalmos), où en revanche la proportion d'ophtalmologistes pratiquant la chirurgie est la plus faible (15 % contre 72 % dans les pays à revenu élevé). En 2015, la différence était toujours de 1 à 18 entre la densité dans les pays à bas revenu (3,7) et les pays à revenu élevé (76,2). Au sein même des groupes de pays classés par revenus, les écarts de densité étaient également très importants. Au sein des pays à revenu élevé, la densité varie entre 14 (EAU) et 183 (Grèce) ophtalmologistes par million d'habitants.

[21] En 2010, un tiers de tous les ophtalmologistes étaient établis dans trois pays (Chine, Etats-Unis et Russie) et la moitié dans six pays (les mêmes plus le Japon, le Brésil et l'Inde). En 2015, 2/3 de tous les ophtalmologistes résident dans 13 pays (les six pays mentionnés ci-dessus plus l'Allemagne, l'Italie, l'Egypte, La France, le Mexique, l'Espagne et la Pologne). La France représente donc environ 2 à 3 % du total des ophtalmologistes dans le monde.

[22] Traditionnellement, les ophtalmologistes pratiquaient la réfraction comme une composante de l'examen oculaire complet. Mais cela est en train de changer, avec un transfert de tâches aux optométristes, aux techniciens ophtalmiques et aux infirmiers dans certains pays. En conséquence, en 2015, seuls un peu plus de la moitié (19 par million d'habitants) des ophtalmologistes traitaient de façon routinière les troubles de la réfraction.

[23] Les ophtalmologistes français réalisent encore une part très importante des examens oculaires et de la réfraction, à la différence de ce qui se passe dans les autres pays

[24] En Europe, selon l'ECOO, la proportion des examens oculaires et de la réfraction réalisés par les ophtalmologistes varie largement selon les pays de la façon suivante. La France fait partie d'un

groupe de pays avec la Grèce, la Croatie, la Serbie, la Slovénie et la Turquie où les ophtalmologistes gardent un quasi-monopole de ces examens. A l'autre bout du spectre, en Suisse, au Danemark, en Espagne, au Royaume-Uni, en Irlande, en Norvège ou en Suède, les ophtalmologistes réalisent moins du quart des examens oculaires et de la réfraction.

Tableau 3 : Proportion des examens oculaires et des troubles de la réfraction réalisée par les ophtalmologistes



Source : ECOO

[25] Il n'existe pas, par ailleurs, de corrélation entre la densité d'ophtalmologistes et la prévalence des déficiences visuelles modérées et sévères, qui est surtout fonction de la proportion des troubles de la réfraction non corrigés.

[26] La durée moyenne de formation des internes en ophtalmologie est de quatre ans (sur un échantillon de 41 pays) mais elle va de deux à huit ans. L'ICO a dénombré en 2010 22 600 internes dans 63 pays qui allaient devenir ophtalmologistes dans les cinq ans à venir. Les pays qui ont la proportion la plus élevée d'internes par million d'habitants sont Cuba (60 internes par million d'habitants) et la Hongrie (23 internes par million d'habitants).

2.1.2 Les optométristes (et opticiens spécialisés)

[27] Selon le WCO, qui existe depuis 1927 et représente les intérêts de 55 associations nationales d'optométrie et 51 membres affiliés (universités et écoles d'optométrie) et dont la vision est « *un monde où l'optométrie rend accessibles à toutes et à tous une santé oculaire et de la vision de haute qualité* », l'optométrie est une « *profession de santé autonome, formée et réglementée et les optométristes sont les premiers professionnels de santé de l'œil et du système visuel qui fournissent des soins oculaires complets, ce qui inclue la réfraction et la gestion des pathologies de l'œil, ainsi que la réadaptation à la suite des pathologies du système visuel* ».

[28] Les optométristes sont des professionnels de santé primaire ou secondaire selon les cas. L'impact des optométristes varie selon les pays en raison de la reconnaissance encore imparfaite de l'optométrie et du nombre variable d'optométristes. La réfraction et la prescription de lunettes sont au cœur de leur activité historique mais leur champ d'activités s'est largement étendu.

[29] Dans les pays développés, les nouvelles technologies ont permis aux optométristes et aux opticiens ophtalmiques ou spécialisés de prescrire des lunettes à la population mais aussi de réaliser le dépistage et le diagnostic de nombreuses pathologies oculaires et de « co-gérer » les pathologies oculaires avec les ophtalmologistes et les autres médecins ; et l'optométrie a également développé des surspécialités comme la pédiatrie, les lentilles de contact thérapeutiques, la basse vision ou la vision binoculaire. Dans les pays en développement, les optométristes jouent souvent un rôle de soins de deuxième niveau, les infirmiers ophtalmologiques, les techniciens de la vision et de simples particuliers formés référant les patients aux optométristes.

[30] En 2011, la WCO a adopté la liste des compétences clés pour être optométristes puis a adopté en 2015, en s'inspirant du cas australien, le « *modèle global de compétences* », qui s'inspire aussi du modèle développé par le Conseil européen de l'optométrie et de l'optique (ECOO) depuis le milieu des années 1990. Les compétences des optométristes varient toutefois beaucoup d'un pays à l'autre. Aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et aux Etats-Unis, elles sont très larges²³. Dans d'autres pays, les optométristes voient leurs compétences limitées aux troubles de la réfraction. Et dans une dernière série de pays enfin, comme la France, ils n'ont aucune compétence reconnue.

[31] L'ECOO a dressé en 2017 le bilan suivant des pratiques des optométristes en Europe (et des opticiens quand il n'y a pas de statut réglementé des optométristes). Il en ressort que la France est le pays dans lequel les optométristes ont le champ de compétences le plus restreint, ce qui est logique puisque leur profession n'est pas reconnue et qu'ils exercent en tant qu'opticien-lunetier

²³ « *Optometrists not only provide refractive, low vision, contact lenses, binocular vision and optical services, but also diagnose and treat many ocular conditions such as conjunctivitis, glaucoma, ocular allergy, and dry eye among other ocular diseases. They monitor diabetic retinopathy, provide pre- and post-operative care and often work in hospitals, eye referral centres and in practices with ophthalmologists.* »

Tableau 4 : Compétences des optométristes dans les différents pays européens



Source : ECOO

[32] Le WCO estime le nombre d'optométristes dans le monde à 200 000, soit à peu près le même nombre que les ophtalmologistes (cf. *supra*). En Europe, on dénombre en moyenne 12,5 optométristes pour 100 000 habitants, avec des variations très significatives entre des pays comme la Belgique (3,5) et l'Espagne (36,3). La France est tout en bas de la fourchette, avec 4,7 optométristes pour 100 000 habitants.

[33] En matière de formation, si l'on se reporte au registre des professions réglementées, tenu par la Commission européenne, on relève que la formation des optométristes varie entre trois et quatre ans : Chypre, Tchéquie, Finlande, Irlande, Malte, Pays-Bas, Slovaquie, Espagne, Suède, Royaume-Uni, Suisse... On a assisté, par ailleurs, à un développement de l'accréditation des formations d'optométristes, réalisée en Europe par l'ECOO. Les exigences de formation ont progressé (de deux ans à désormais quatre ans minimum) mais demeurent très variables et notamment plus longues aux Etats-Unis ou au Canada.

Tableau 5 : Comparaison de la formation des optométristes et des ophtalmologistes aux Etats-Unis

Titre	Ophthalmologistes	Optométristes
	Médecin	Docteur en optométrie
Pratique professionnelle	Un médecin qui se spécialise dans les soins réfractifs, médicaux et chirurgicaux des yeux et dans le système visuel et dans la prévention des maladies et des blessures	Professionnel qui délivrent les soins primaires en matière de vision et la gestion non-chirurgicale de certaines pathologies de l'œil (examen des yeux pour les prescriptions de verres correcteurs et de lentilles de contact ; examen, diagnostic, traitement et gestion des pathologies des yeux et du système visuel). Dans certains Etats, les docteurs en optométrie peuvent opérer les yeux, grâce à la chirurgie au laser notamment
Formation	3 ans de licence (Bachelor), puis 4 années d'études dans une école de médecine accréditée puis 4 ans de clinicat (ou assistanat) dont 3 en ophtalmologie 40 % des étudiants poursuivent alors par un « fellowship » de 1 ou 2 ans dans une surspécialité	4 années d'école d'optométrie après la licence (Bachelor). Pas d'étude doctorale obligatoire mais 20 % des étudiants poursuivent leurs études pour une année dans une surspécialité
Certification et recertification	Par l'American Board of Ophthalmology à condition d'être chirurgien ou d'être premier assistant d'un chirurgien pour un minimum de 364 opérations de l'œil et d'avoir passé l'examen d'un Etat, à l'oral et à l'écrit Recertification nécessaire pour ceux qui ont été certifiés après 1992	Par les Etats et par un board national Pas de recertification nécessaire
Conditions à l'entrée des études médicales et d'optométrie	Licence (Bachelor) avec test (MCAT) incluant mathématiques, biologie, chimie, biochimie, statistique, physique	Licence (Bachelor) pour certaines écoles d'optométrie mais pas toutes
Curriculum	Principes fondamentaux de la médecine : anatomie, biochimie, génétique, physiologie, microbiologie, immunologie, pharmacologie, médecine préventive. Un minimum de 3 000 patients visités pendant leur clinicat	Contactologie, optique, sciences de la vision, thérapie de la vision, gestion de la pratique et bases de la science médicale et des pathologies visuelles. 572,5 heures de cours de sciences de base pour un semestre de 12 semaines, le reste des cours (1,481.5 heures) étant consacré à l'optométrie et à des sujets non cliniques (théorie et procédures de l'optométrie, optique intégrée, thérapie de la vision générale, contactologie... 635 heures de laboratoire et de cours sur les maladies oculaires

Source : Société américaine d'ophtalmologie

2.1.3 Les personnels ophtalmologiques auxiliaires (opticiens, orthoptistes..)

[34] De nombreux travaux internationaux montrent que ces personnels auxiliaires contribuent très utilement aux soins oculaires, en particulier quand on manque d'ophtalmologistes et/ou d'optométristes²⁴.

2.1.3.1 Les opticiens (spécialisés et dispensateurs)

[35] Dans la majorité des pays européens, et des autres pays développés, il y a deux niveaux de formation et de pratique pour les opticiens :

- Les opticiens de base dont le rôle est limité à la délivrance d'équipement d'optique (« dispensing optician »), dont la profession est réglementée dans 16 Etats-membres dont la France et qui est considérée comme une profession de santé en France, au Danemark, en Espagne ou au Royaume-Uni, mais comme une profession artisanale en Allemagne et aux Pays-Bas et comme une profession commerciale par la Tchéquie et la Lituanie ;
- Les opticiens spécialisés (opticiens ophtalmiques ou optométristes) qui ont des compétences cliniques en santé et dont la profession est réglementée dans 13 Etats-membres (mais pas en France).

[36] Cinq Etats-membres (Estonie, Lituanie, Pologne, Portugal et Roumanie) ne réglementent aucune de ces professions. La profession d'opticien (dispensateur) et d'opticien ophtalmique ou optométriste est la même dans cinq Etats : Danemark, Chypre, Espagne, Suède et Autriche. En Finlande, la profession d'optométriste est réglementée et ceux-ci peuvent pratiquer la profession d'opticien. En Espagne, la profession unique s'appelle opticien-optométriste.

[37] Beaucoup de pays, dont la France, l'Autriche ou le Royaume-Uni, réservent la vente de lentilles de contact et de lunettes correctrices aux opticiens. En France, les activités réglementées ne couvrent pas les produits pour lentilles, les verres solaires ni les lunettes-loupes.

[38] La réglementation des magasins et de qui fait quoi est très variable d'un pays européen à l'autre. A noter qu'en Estonie, en Pologne et au Portugal, n'importe qui peut ouvrir un magasin d'optique sans conditions légales s'agissant du personnel. La Commission européenne invite les Etats-membres qui ont adopté des règles plus strictes que d'avoir une personne présente ou gérant un magasin d'optique.

[39] Dans plusieurs Etats-membres, les opticiens peuvent réaliser des examens des yeux et prescrire des verres correcteurs voire certains produits ophtalmologiques, comme l'Autriche (qui distingue par ailleurs la profession d'opticien de lentilles de contact), Chypre, le Danemark, la Finlande, la Norvège et l'Islande (avec certaines restrictions : enfants de moins de douze ans, personnes n'ayant jamais consulté d'ophtalmologistes, personnes avec des pathologies visuelles ou des pathologies ayant un impact sur la vision comme le diabète, et des conditions de formation de dix semaines pour l'adaptation de lentilles de contact). L'adaptation par les opticiens des prescriptions de moins de trois ans ne semble être possible qu'en France.

[40] La formation des opticiens dispensateurs varie :

²⁴ Cf. par exemple Du Toit et alii, Education Health, 2010, et du Toit, *Mid-level cadre providing eye care in the context of vision 2020*, NZMedJ, 2009.

- Certains pays exigent une éducation supérieure générale ou professionnalisante entre deux et quatre ans : Autriche, Chypre, Danemark, Allemagne, France, Irlande, Malte, Royaume-Uni et Islande ;
- D'autres pays exigent une éducation supérieure comprise entre trois et cinq ans : Belgique, Bulgarie, Tchéquie, Italie, Slovaquie, Slovénie, Suisse.

[41] Des stages obligatoires sont requis en France comme en Allemagne, au Royaume-Uni ou au Danemark.

Tableau 6 : Formation minimale réglementée des opticiens et optométristes en Europe selon la Commission européenne (2015)

	Durée formation des opticiens dispensateurs	Stage obligatoire	Examen d'Etat
France	2 ans	Oui	Non
Allemagne	3 ans	Oui	Oui
Autriche	3,5 ans	Oui	Non
Belgique	3 ans	Non	Non
Danemark	3,5 ans	Oui	Oui
Espagne	4 ans	Oui	Non
Irlande	4 ans	Oui	Oui
Italie	5 ans	Oui	Oui
Pays-Bas	4 ans	Non	Non
Portugal	Non régulé	Non régulé	Non régulé
Royaume-Uni	3 ans	Oui	Oui
Suède	4 ans	Oui	Non
Suisse	4 ans	Non	Non

2.1.3.2 Les orthoptistes

[42] L'association internationale d'orthoptie (International Orthoptics Association - IOA) définit l'activité des orthoptistes comme suit : « *les orthoptistes sont les professionnels de santé auxiliaires qui se spécialisent dans l'étude de la mobilité oculaire et du développement de la vision. Leur rôle principal est d'étudier et de diagnostiquer les dysfonctionnements du système visuel impliquant la vision, le mouvement des yeux, l'alignement des yeux et la vision binoculaire des enfants et des adultes. L'orthoptie se focalise sur le traitement non-chirurgical de l'amblyopie et du strabisme. Les orthoptistes se spécialisent dans l'évaluation fonctionnelle de la vision et les anomalies neuro-musculaires* ».

[43] L'IOA précise également que les demandes adressées à la profession d'orthoptiste ont évolué et que le champ de compétences des orthoptistes s'élargit au sein de la filière visuelle pour inclure : le dépistage de la vision, les champs visuels, la rétinographie et la réfractométrie (objective), la réfraction subjective, l'évaluation de la basse vision et la fourniture d'aide pour maximiser la performance visuelle, les tests électro-diagnostiques de la fonction visuelle et des mouvements de l'œil, l'évaluation, la thérapie et la réadaptation neuro-orthoptique des désordres visuels résultant d'une cause neurologique, le travail aidé au service des ophtalmologistes pour le diagnostic et la gestion d'une série de pathologies oculaires comme le glaucome, la cataracte, la DMLA et la rétinopathie diabétique, les tests oculaires pour la conduite, l'aide aux procédures chirurgicales.

[44] L'IOA ajoute que « *la pratique de l'orthoptie est diverse et est réalisée dans des lieux différents comme les hôpitaux, les maisons médicales et centres de santé, les cabinets médicaux, les centres de*

basse vision et de réadaptation, les centres de santé communautaires, les centres de recherche clinique et les institutions hospitalo-universitaires » et que « les orthoptistes travaillent en coopération avec les ophtalmologistes, soit dans des cabinets multidisciplinaires soit de façon indépendante selon la réglementation. En outre, ils travaillent avec les autres professionnels de la filière visuelle et les équipes de soins comprenant des neurologues, des généralistes, des pédiatres, des optométristes, des infirmières ophtalmologiques, des techniciens oculaires, des assistants oculaires, des photographes oculaires, des réfractionnistes, des instructeurs pour les déficients visuels, des physiothérapeutes et des thérapeutes occupationnels ».

[45] L'orthoptie est enseignée au niveau de la licence ou du master dans la plupart des pays. Il existe aussi des programmes post-masters et des doctorats. Plus d'une cinquantaine de programmes d'enseignements sont proposés dans le monde. Même s'ils diffèrent, tous les étudiants apprennent à évaluer, diagnostiquer et gérer les maladies oculaires.

[46] L'association européenne (OCE) montre que le champ de compétences des orthoptistes en France est, avec l'Italie, le Portugal ou la Suisse, parmi les plus larges de l'Union européenne.

2.2 L'organisation des soins visuels

2.2.1 Les deux grands modèles

[47] Le modèle traditionnel est celui dans lequel les ophtalmologistes réalisaient un examen oculaire complet, y compris à propos de la réfraction. Mais on constate que de plus en plus, ils se déchargent de la réfraction pour se consacrer à des actes chirurgicaux. Ainsi, seulement un peu plus de la moitié des ophtalmologistes dans le monde pratiquent désormais la réfraction (cf. *supra*).

[48] On constate désormais au fond l'existence de deux grandes configurations :

- La configuration traditionnelle où l'ophtalmologiste garde le monopole des examens oculaires et où il se fait aider par des personnels ophtalmologiques auxiliaires. C'est le cas de la France et de quelques autres pays ;
- La configuration dans laquelle il existe une répartition des rôles entre ophtalmologiste (qui se concentre sur la chirurgie, tout en recourant au travail aidé) et l'optométriste (qui réalise les dépistages et soins primaires), qui existe au Canada, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis... Il existe des modèles mixtes comme en Allemagne par exemple

2.2.2 L'organisation des soins dans les principaux pays d'Europe²⁵ et sur le continent nord-américain

[49] Les modèles d'organisation des soins existant sur le continent nord-américain dans les principaux pays d'Europe se distinguent assez nettement du modèle français, et ont parfois évolué de façon significative au début des années 2000, en confiant un rôle accru aux optométristes.

2.2.2.1 Le modèle britannique

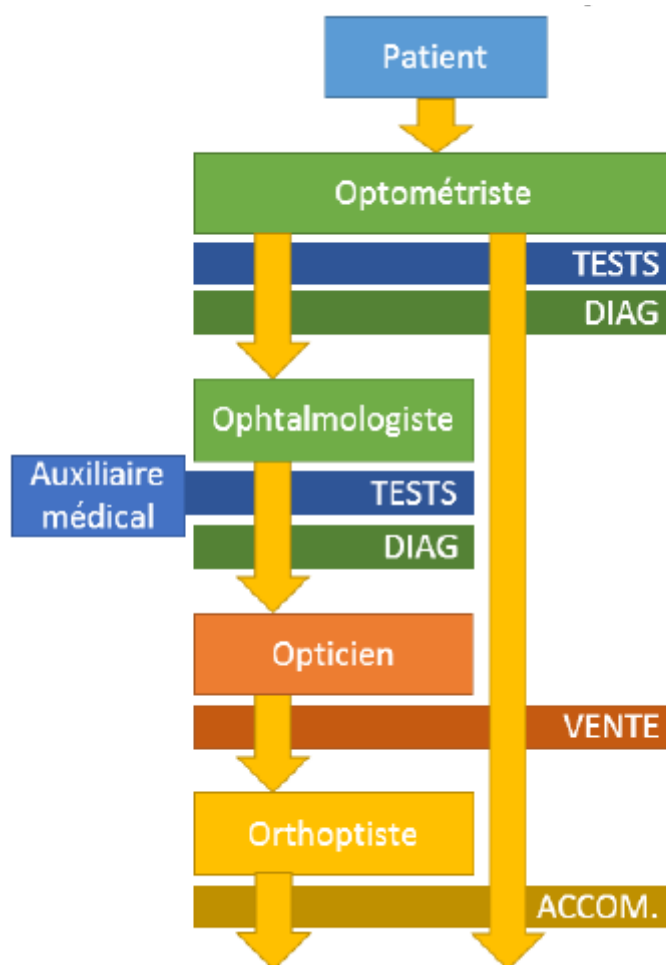
[50] Le modèle britannique est un modèle centré sur la figure de l'optométriste, qui se différencie grandement du modèle français. Le Royaume-Uni a délégué les tâches de consultations et d'examen aux optométristes qui ont, depuis 2000, l'autorisation de procéder directement à des soins pour les maladies qui ne nécessiteraient pas l'intervention d'un ophtalmologiste. L'optométriste est la porte d'accès au parcours de soins dans la filière visuelle, ce qui explique leur nombre très important (14 652 en décembre 2015) : les patients consultent directement les optométristes, qui effectuent ce qui est appelé un « Sight Test », qui comporte un interrogatoire, une réfraction, un fond de l'oeil non dilaté (donc sans contact avec l'oeil), un test de tonométrie, et éventuellement une prescription. Si ce Sight Test ne permet pas à l'optométriste d'établir un diagnostic satisfaisant, l'optométriste redirige alors le patient à un ophtalmologiste pour un diagnostic plus poussé.

[51] L'ophtalmologiste est donc cantonné à la position de médecin de seconde ligne, ce qui explique qu'il s'agisse d'une spécialité largement cloisonnée à l'hôpital, et dont l'activité se résume à des examens poussés permettant d'établir des diagnostics complexes, et à la chirurgie. C'est cela qui permet également d'expliquer leur faible nombre (1 396 en 2016).

[52] Etant donnée la complexité du métier d'ophtalmologiste au Royaume-Uni, il existe des Ophthalmic Medical Practitioners, qui sont des assistants médicaux qui collaborent avec les ophtalmologistes pour effectuer des examens. Il existe également des orthoptistes, même si leur nombre n'est pas très important (1 495 en Novembre 2018). Ces orthoptistes sont chargés d'accompagner les patients au cours de leur traitement ainsi que de mener des séances de réhabilitation. Il s'agit d'un métier essentiellement hospitalier, même si une minorité d'orthoptistes (10%) choisissent de travailler dans des cliniques privées.

²⁵ Ce chapitre est largement inspiré du récent rapport *Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins*, juin 2019

Schéma 2 : Modèle britannique d'organisation des soins visuels



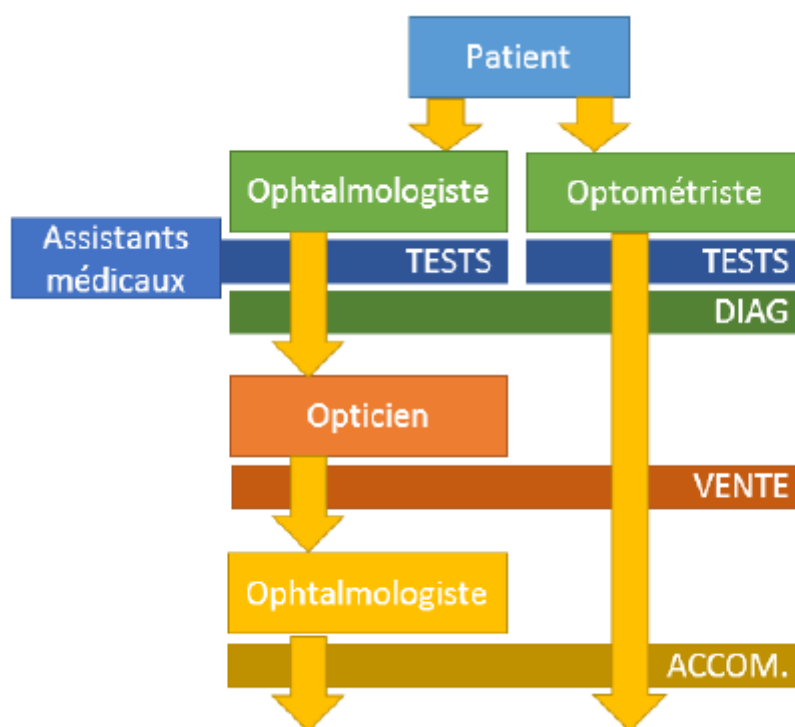
Source : *Rapport Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins, 2019*

2.2.2.2 Le modèle américain

[53] Les Etats-Unis sont le berceau des optométristes et le modèle américain est fondé sur une sorte de concurrence directe : les ophtalmologistes et les optométristes, qui ne sont pas des auxiliaires de santé et peuvent faire du diagnostic et de la prescription (mais pas d'interventions chirurgicales). Les formations d'opticien et d'optométriste sont complètement disjointes, ce qui permet de justifier plus facilement la formation d'optométriste comme étant une formation à forte composante médicale. Les optométristes sont vus comme des experts des troubles de la vision, alors que les ophtalmologistes sont considérés comme des médecins spécialisés dans les maladies de l'œil, voire des chirurgiens de l'œil.

[54] Il existe, par ailleurs, des assistants médicaux, appelés personnel médical ophtalmique (OMP) qui viennent à l'appui des ophtalmologistes, notamment lorsqu'il s'agit de mener des diagnostics approfondis. Concrètement, il s'agit des techniciens des cabinets d'ophtalmologie : ils assistent les médecins, gèrent le matériel et peuvent effectuer en totale autonomie des tests simples. Enfin, il y a 1 900 orthoptistes aux Etats-Unis qui ont des compétences relativement restreintes.

Schéma 3 : Modèle américain d'organisation des soins visuels



Source : *Rapport Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins, 2019*

2.2.2.3 Le modèle canadien

[55] Le modèle canadien est le modèle le plus compliqué, étant donné le grand nombre de portes d'entrée dans le parcours de soins, lié notamment à la taille du pays et à la difficulté d'accès géographique aux soins. Le rôle principal appartient aux optométristes, qui réalisent près de huit consultations sur dix, mais le modèle canadien permet aux patients n'ayant pas de médecins traitants d'avoir recours à des soins visuels grâce à un grand nombre d'acteurs différents. Ainsi, les patients ont le choix de consulter un ophtalmologiste, un optométriste, le médecin de famille, un urgentiste ou un pédiatre (pour les enfants), qui peuvent tous effectuer des tests simples et émettre un premier diagnostic, ou alors rediriger les patients vers un ophtalmologiste en cas de besoin.

[56] Comme aux Etats-Unis, les prérogatives des optométristes et des ophtalmologistes se recouvrent, même si au Canada les optométristes possèdent moins de compétences que les ophtalmologistes, notamment au niveau des prescriptions possibles. Comme aux Etats-Unis, le cumul vente-prescription par les optométristes est également une réalité au Canada. Dans tous les cas, leur champ d'action reste très large, et les optométristes peuvent effectuer tous les tests et dispenser des soins primaires.

[57] Il existe aussi bien des assistants médicaux que des orthoptistes, même si leurs rôles restent restreints à l'exercice de l'ophtalmologie : en effet, les assistants médicaux collaborent avec les ophtalmologistes dans l'établissement des diagnostics, alors que les orthoptistes n'interviennent que dans un deuxième temps, dans l'accompagnement des patients. Comme en Australie, ils peuvent également se consacrer à des tâches de recherche. Les opticiens sont habilités à effectuer des réfractions, mais en revanche, ils ne peuvent pas effectuer de diagnostics ni de prescriptions.

Schéma 4 : Modèle canadien d'organisation des soins visuels

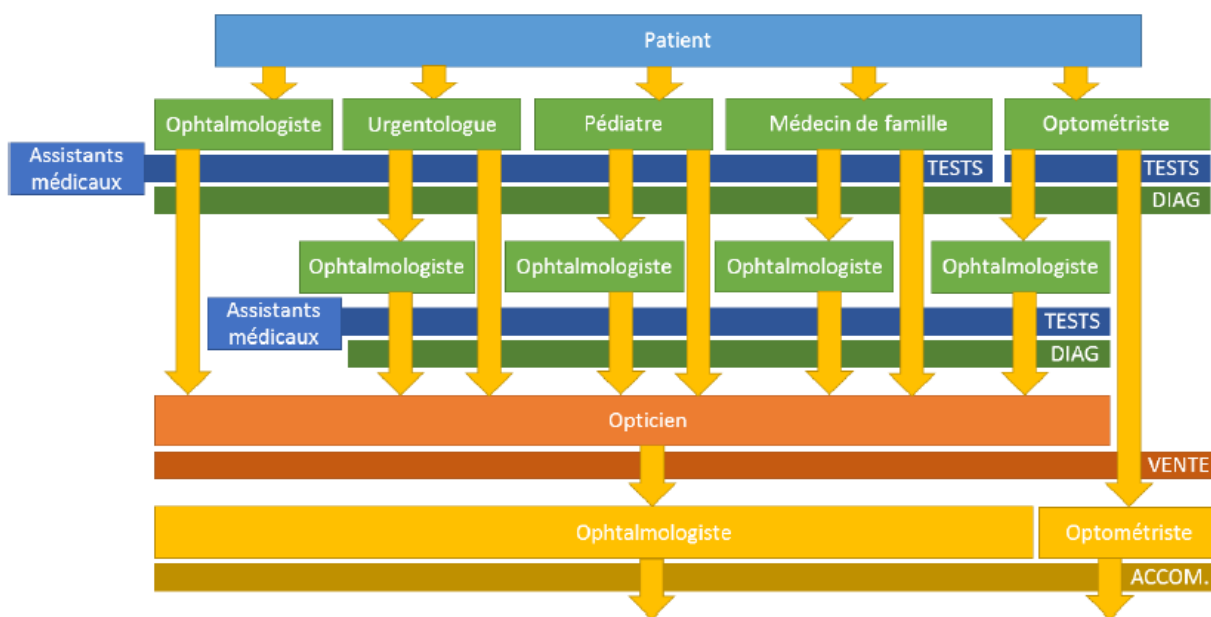


Figure 10. Schéma du modèle de soins visuels canadien

Source : Rapport *Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins*, 2019

2.2.2.4 Le modèle néerlandais

[58] Le modèle néerlandais a connu un grand bouleversement au début des années 2000. Les optométristes ont eu le droit de conduire des examens, établir des diagnostics et prescrire les soins et ont été placés au cœur de l'organisation des soins visuels. Un conseil de l'ensemble des professionnels de l'œil a été établi qui a défini l'étendue des compétences des optométristes.

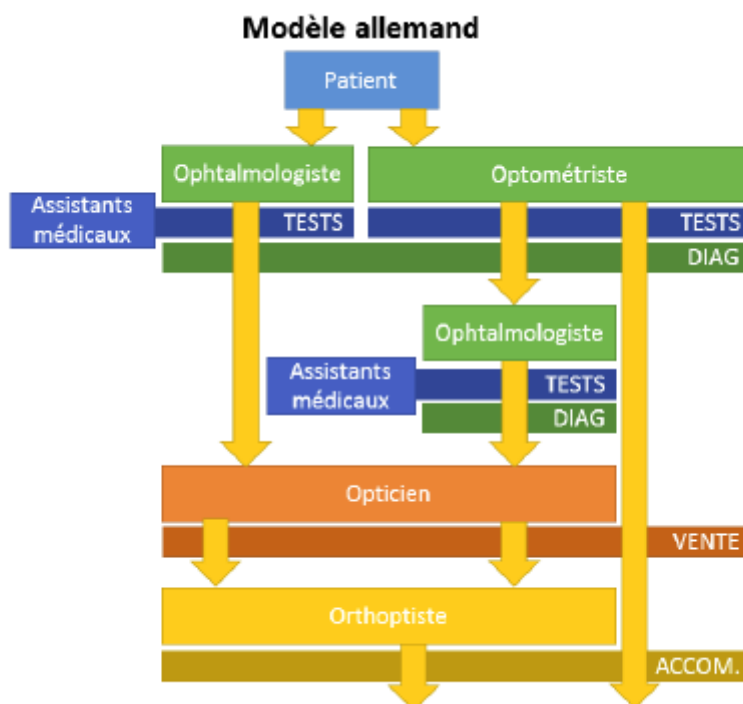
[59] Le Gouvernement a aussi imposé un code éthique en créant une barrière entre la fonction « médicale » et la fonction « commerciale ». Il leur a imposé notamment de fournir une ordonnance à leurs patients pour que ceux-ci puissent acheter leurs produits ailleurs ; et il leur a interdit de vendre des produits à des patients envoyés par des opticiens ou d'autres optométristes pour être examinés.

[60] A la différence du Royaume-Uni, les optométristes doivent, si une maladie de l'œil est diagnostiquée chez un patient, le rediriger vers un généraliste ou un ophtalmologiste. Au total, la densité de spécialistes de la vision serait passée de 4,4 à 15,9 pour 100 000 habitants en quinze ans et les délais d'attente auraient été divisés par quatre.

2.2.2.5 Le modèle allemand

[61] Le modèle allemand ressemble au modèle français en ce qu'il repose sur près de 8 000 ophtalmologistes. Il a toutefois deux différences importantes : d'une part, au lieu des orthoptistes qui sont focalisés sur l'accompagnement des patients, les Allemands ont choisi de recourir prioritairement à des assistants médicaux, les « Praxisgehilfen », présents également dans d'autres disciplines, pour le travail aidé ; d'autre part, les optométristes ont été reconnus et autorisés à effectuer des tests de pathologies de l'œil, et en particulier des tests d'acuité visuelle, des examens internes et externes de l'œil, des tests de tonométrie, de périmétrie et de sensibilité chromatique, délestant les ophtalmologistes d'une partie des patients de premier recours.

Schéma 5 : Configuration des soins visuels en Allemagne



Source : *Système de soins ophtalmologiques : à la croisée des chemins, 2019.*

2.3 Le financement des soins visuels

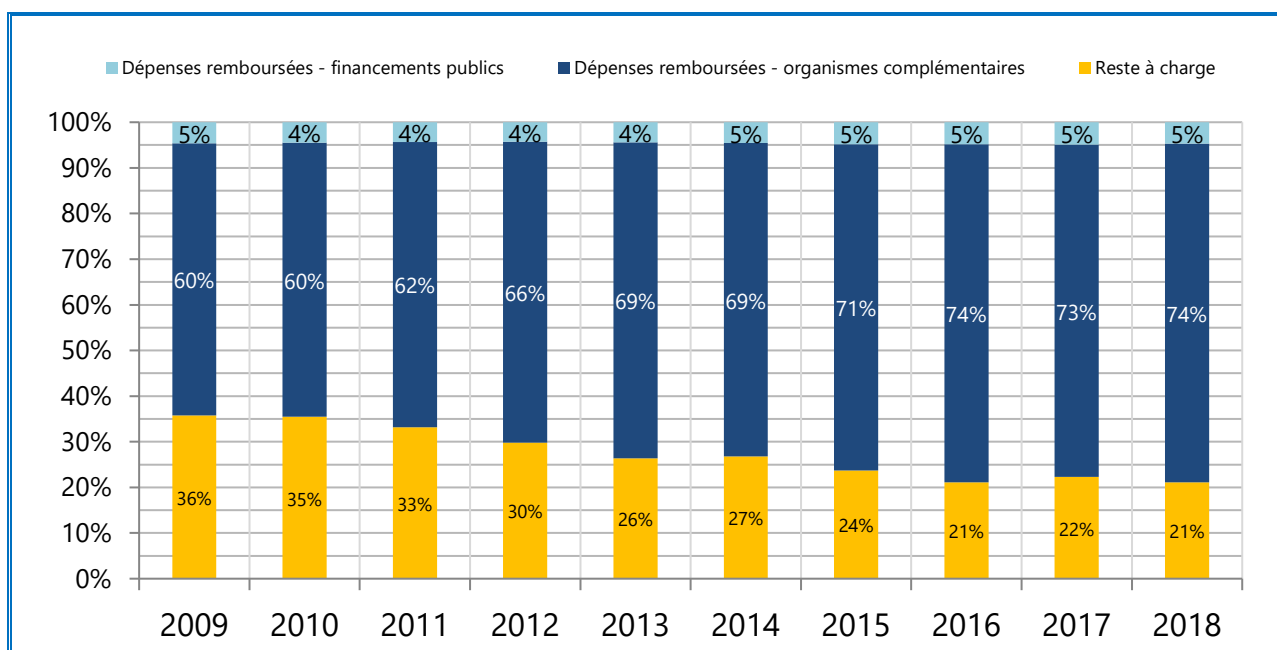
[62] Avant même l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé en optique, qui a lieu en janvier 2020, la France présente trois caractéristiques clés.

[63] D'une part, c'est le pays où la dépense moyenne d'optique médicale par tête est la plus élevée de l'OCDE (environ 95,5 € en 2018, pour un montant total de dépenses de 6 393 M€ la même année et US\$92 en PPP en 2013 selon l'Organisation internationale), devant le Danemark et l'Espagne.

[64] Ces chiffres sont cohérents avec un volume proportionnellement élevé d'équipements vendus important dans notre pays : 12 millions d'équipements complets (deux verres et une monture) commercialisés en 2017 selon la DREES. La croissance du nombre d'équipements vendus a néanmoins chuté de + 9 % en 2011 à +3 % en 2015 et -1 % en 2017.

[65] D'autre part, la France est le pays où la couverture socialisée des dépenses d'optique est la plus élevée de l'OCDE (79 % en 2018 contre 65 % en 2009). Enfin, c'est le seul pays, avec la Slovénie, dont la couverture socialisée provient principalement des assureurs complémentaires (74 % en 2018) et pas de l'assurance maladie de base (5 % en 2018). La part des assureurs complémentaires s'est au demeurant accrue notablement au cours des dix dernières années (+14 points), réduisant de près de moitié le reste à charge et faisant d'eux les régulateurs principaux du marché. Ces assureurs complémentaires ont fait de la couverture de l'optique médicale un facteur de différenciation commerciale.

Graphique 5 : Part des différents financeurs de l'optique médicale



Source : DREES, Comptes de la santé 2018

[66] Le taux de reste à charge de l'optique médicale varie en pratique significativement selon le type de verres, le type de montures et le type de patients : par exemple, pour un titulaire de l'ACS en 2017, le reste à charge moyen était de 71€ pour une paire de lunette d'un prix moyen de 293 €, mais pouvait atteindre 106 € pour une paire de lunette d'optique complexe de 410 € en moyenne.

[67] Selon l'OCDE, seuls les assurances maladie de l'Autriche, du Chili, de la Grèce, du Luxembourg, de la Pologne, de la Suède, de la Belgique (pour les enfants, les personnes âgées et la basse vision), de la Norvège (handicapés) et de la Suisse (enfants) remboursent l'optique médicale alors que 2/3 des pays industrialisés n'incluent pas l'essentiel des équipements optiques dans leur couverture maladie (Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Japon, Pays-Bas...). Les risques d'une couverture socialisée par les OC sont, selon l'OCDE qui cite expressément le cas de la France, l'adoption par les consommateurs et les commerçants de comportements opportunistes : « les opticiens offrent des équipements à des prix qui correspondent au niveau de couverture, une pratique connue sous le nom « d'optimisation de la facture », et où les consommateurs ne cherchent pas à obtenir des prix bas car ils ont l'illusion d'obtenir des « équipements gratuits ». La redéfinition des contrats responsables en 2015, qui correspondent à plus de 96 % des cotisations collectées, a partiellement limité ces comportements en fixant à 470 € pour les lunettes à correction simple et à 750€ pour les lunettes à correction complexe, dont 150 € au maximum au titre de la monture. La réforme a également limité la prise en charge à un équipement tous les deux ans, délai porté à un an pour les mineurs et pour ceux dont l'évolution de la vue nécessite un changement d'équipement.

ANNEXE 3 - LES FORMATIONS PARAMÉDICALES DE LA FILIÈRE VISUELLE

1 La formation des orthophonistes et ses évolutions récentes

1.1 Le cadre de la formation et l'origine des étudiants d'orthoptie

[1] Les orthoptistes sont formés en trois ans et leur formation débouche sur l'obtention du Certificat de capacité d'orthoptiste institué en 1956²⁶, désormais de grade licence.

[2] Quatorze établissements participent à cette formation à laquelle les étudiants accèdent par concours. Les départements formant à l'orthoptie appartiennent désormais aux facultés de médecine ou de santé des universités concernées.

Tableau 1 : Liste des universités accréditées pour assurer la formation au certificat d'orthoptie (2019)

Université d'Aix-Marseille	8	Université de Nantes
Université d'Amiens	9	Université de Tours
Université de Bordeaux	10	Université Paris-V
Université Clermont-Auvergne	11	Université Sorbonne Université
Université de Lille	12	Université Rennes-I
Université Lyon-I	13	Université de Strasbourg
Université de Montpellier	14	Université Toulouse-III

Source : MESRI et tableau IGAS IGESR

[3] Le nombre d'étudiants admis en première année d'étude en vue du certificat de capacité d'orthoptiste est fixé par un arrêté annuel conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. C'est chaque centre qui détermine les sujets du concours qu'il organise.

Tableau 2 : Le nombre d'étudiants ayant obtenu le certificat de capacité 2011 – 2015

Certificat de capacité d'orthoptiste				
	1ère année	2ème année	3ème année	Total
2011	464	227	245	936
2012	583	234	224	1 041
2013	536	250	220	1 006
2014	620	283	238	1 141
2015	516	319	277	1 112

Source : MENESR-DGESIP-DGRI-SCSES/SIES/A2-1 : Système d'Information sur le Suivi de l'Etudiant (SISE) - enquête Inscriptions

²⁶ Décret du 11 août 1956.

1.1.1 Le profil des étudiants en orthoptie par filière d'origine

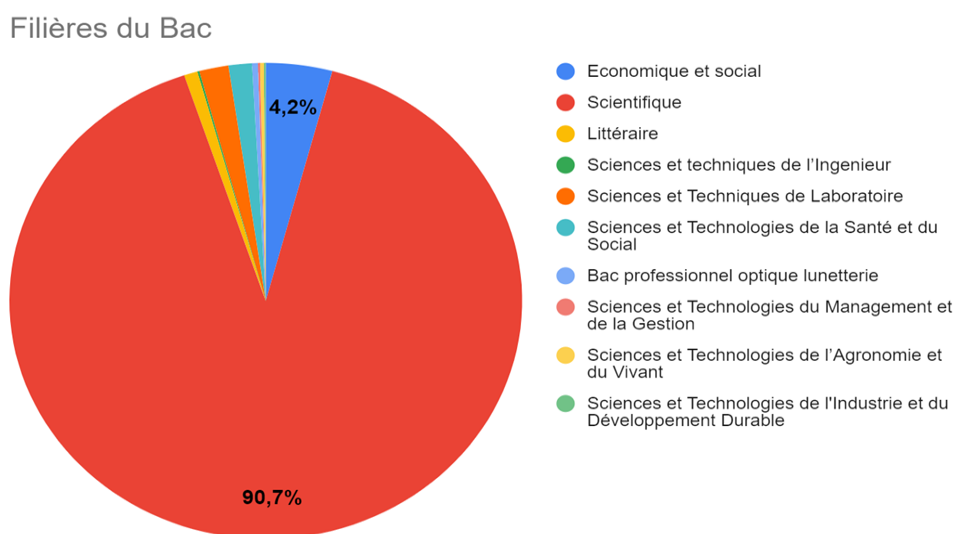
[4] S'agissant du profil et de l'origine des étudiants en orthoptie, la mission a souhaité en faire une brève analyse. Ayant sollicité cinq départements d'orthoptie (ceux de Paris Sorbonne, ex université Paris Pierre et Marie Curie Paris 6), de Lille, Lyon et Tours, seuls ceux de Lille et Paris Sorbonne ont été en mesure dans un premier temps, eu égard aux délais fortement contraints, de fournir les données issues des informations relatives aux candidats ayant participé et réussi le concours en 2019. De façon complémentaire, la mission a bénéficié du retour d'une enquête menée par la coordonnatrice des responsables pédagogiques des départements d'orthoptie, ses correspondantes et la fédération française des étudiants orthoptistes (FFEO) avec les réponses de huit cents étudiants.

[5] Les chiffres présentés, bien qu'ayant une signification limitée eu égard au nombre d'admis pris en compte, mettent en évidence un profil d'élèves ayant suivi une filière scientifique au lycée, ayant à près de 50 % suivi une préparation avant concours et pour un quart ayant suivi une première année commune aux études de santé (PACES) avant de rejoindre le cursus en orthoptie. On notera aussi que 8% sont des élèves ayant déjà une formation d'opticien lunetier. La proportion d'élèves ayant suivi un cursus d'opticien lunetier serait globalement de l'ordre de 8 à 10 % pour l'ensemble des départements selon une indication fournie par la coordonnatrice nationale des responsables pédagogiques de ces départements.

[6] L'étude des données relatives aux étudiants ayant intégré le département d'orthoptie de la faculté de médecine de Lille en 2017, 2018 et 2019 et comportant des effectifs respectivement de 15, 20 et 20 étudiants pour chacune de ces années met en évidence un nombre très majoritaire d'élèves de terminales scientifiques (94 %, 90 % et 75 % des étudiants avaient un baccalauréat S), ayant suivi avant le concours une préparation dédiée (88 %, 100 % et 70 %). Il est à noter que le nombre de candidats ayant suivi une première année de PACES est en claire augmentation (19% en 2017, 30 et 70 % en 2019). Enfin, le nombre d'élèves ayant un diplôme d'optique serait pour ce département de l'ordre de 15 % en 2019 et 2018 contre près d'un tiers en 2017. Dernière particularité de ces trois promotions, aucun des candidats admis n'était un étudiant venant d'obtenir le baccalauréat.

[7] Selon l'enquête menée par la fédération française des étudiants orthoptistes (FFEO) la répartition des filières d'origine des étudiants montre qu'ils ont fait très majoritairement des études scientifiques, et ce, à près de 91 %.

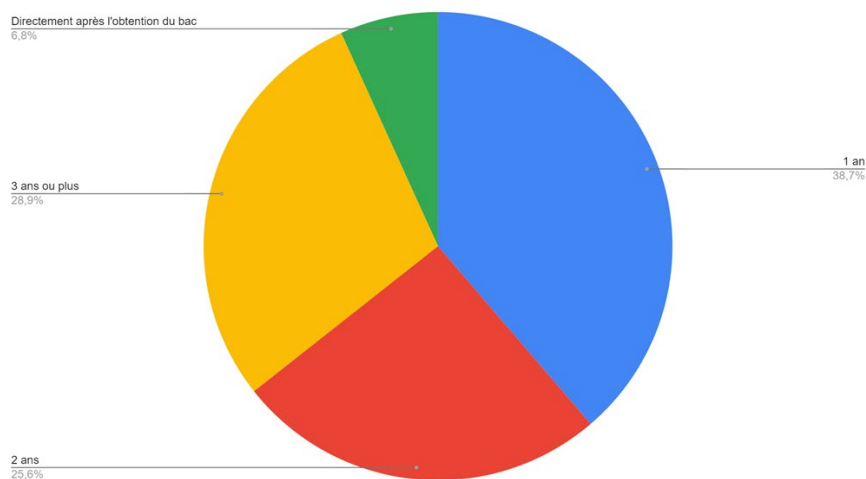
Graphique 1 : Répartition des filières d'origine des étudiants en orthoptie 2019



Source : Enquête départements d'orthoptie et F.F.E.O, nov. 2019

[8] Parallèlement, les données recueillies montrent qu'une minorité d'étudiants entre en études juste après le baccalauréat avec moins de 10 % d'étudiants.

Graphique 2 : Répartition des étudiants en 1^{ère} année selon leur parcours antérieur



Source : Enquête départements d'orthoptie et F.F.E.O, nov. 2019

1.1.2 Un nombre de stages et des questions matérielles (problèmes de financements, frais de déplacements, financements régionaux...) qui contraignent la formation

[9] En 2019, le nombre d'étudiants en 1ère année d'orthoptie a été fixée à 448 pour l'ensemble de la France. Rapporté au quota fixé en 2015 de 396, l'augmentation est de 13 % sur cinq ans.

Tableau 3 : Évolution entre 2015 et 2020 du nombre de candidats en études d'orthoptie en France

	Arrêté du 22 juillet 2016 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthoptiste au titre de l'année universitaire 2016-2017	Arrêté du 4 avril 2017 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthoptiste au titre de l'année scolaire 2017-2018	Arrêté du 10 juillet 2018 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2018-2019	Arrêté du 25 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste et d'orthoptiste et au diplôme d'Etat d'audioprothésiste au titre de l'année universitaire 2019-2020
2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020
396	407	409	435	448

Source : Journal Officiel ; tableau IGAS-IGESR

[10] L'augmentation du nombre d'étudiants ne fait pas l'objet d'un lien avec l'évolution du nombre d'internes choisissant la spécialité ophtalmologique. Il n'existe pas de réflexion commune entre les ARS, les unions régionales des professionnels de santé (URPS), les hôpitaux et les facultés de santé pour mieux objectiver les besoins régionaux en partant des constats et en les rapprochant des capacités et possibilités de formation.

[11] Selon les responsables pédagogiques et les directeurs de départements d'orthoptie, les principales limites à l'augmentation du nombre de candidats admis en formation tiennent aux capacités mêmes d'accueil en stages limitées par le nombre de services hospitaliers d'ophtalmologie proches des CHR-U, les cabines d'examens en nombre limité sur leurs plateaux techniques, enfin l'absence d'indemnisation des stagiaires et la prise en charge de leurs frais de déplacement en région (cf. *infra*).

1.2 Des évolutions limitées en cours

1.2.1 La mise en œuvre enfin annoncée d'une plate forte d'enseignements et de ressources numériques

[12] Depuis la réforme de la formation en 2014, les départements d'orthoptie demandent la création d'une plateforme numérique d'enseignement permettant de mutualiser des enseignements à l'instar du dispositif Université numérique en sport et santé (UNSS) qui, avec le Système inter-universitaire dématérialisé d'évaluation en santé (SIDES) existant, offrent aux étudiants des formations médicales des ressources numériques pédagogiques.

[13] Jusqu'à cette année, les crédits nécessaires à son lancement n'ont pas été mobilisés. La Conférence des doyens de médecine a indiqué en octobre 2019 que des crédits seraient dégagés à

hauteur de 30 000 € pour la mettre en œuvre. Les directrices des départements d'orthoptie n'avaient pas, au moment de la rédaction de ce rapport, d'information sur cette inscription et faisaient état d'interrogations sur la mutualisation effective par tous les départements des enseignements visés, la possibilité pour chacun d'entre eux de proposer des cours et de les faire évoluer, et celle d'accéder à des moyens techniques pour y contribuer.

1.2.2 Des promotions très limitées dans certaines villes

[14] L'examen de la répartition du nombre de postes ouverts chaque année aux concours d'entrée dans les départements d'orthoptie met évidence des écarts importants entre régions tenant à la taille et à la démographie des territoires couverts et des départements ayant des effectifs assez faibles. Le nombre varie de 15 (Tours) à 100 (Paris Sorbonne).

[15] Cette taille réduite est de nature à ne pas faire des dits départements des acteurs forcément entendus dans les facultés et universités comme cela a été souligné.

Tableau 4 : Répartition par région des postes en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthoptiste pour l'année 2019-2020

Auvergne-Rhône-Alpes	
Université Clermont Auvergne	18
Université Lyon-I	40
Bretagne	
Université Rennes-I	15
Centre-Val de Loire	
Université de Tours	15
Grand Est	
Université de Strasbourg	30
Hauts-de-France	
Université de Lille	20
Université d'Amiens	25
Ile-de-France	
Université Paris-V	55
Université Sorbonne Université	100
Nouvelle-Aquitaine	
Université Bordeaux	25
Occitanie	
Université de Montpellier	28
Université Toulouse-III	27
Pays de la Loire	
Université de Nantes	20
Provence -Alpes-Côte d'Azur	
Université d'Aix-Marseille	30
Total	448

Source : Journal Officiel – tableau IGAS - IGESR

2 La formation des opticiens-lunetiers, une absence d'évolution

2.1 Le BTS d'opticien-lunetier (bac + 2 ans) seul diplôme d'exercice de la profession, non encore réingénié

[16] Les opticiens-lunetiers qui réalisent, réparent et vendent des lunettes, doivent être titulaires d'un brevet de technicien supérieur (BTS). Aujourd'hui seul ce titre permet l'exercice de la profession.

[17] C'est un arrêté du 3 septembre 1997 signé du ministre de l'éducation, de la recherche et de la technologie qui a porté définition et fixé les conditions de délivrance du brevet de technicien supérieur d'opticien-lunetier. À cet arrêté est annexé un référentiel des activités professionnelles visées et un référentiel de certification des savoirs et compétences, de savoirs associés et des unités constitutives de ces savoirs, tels qu'attendus à la fin de la formation. Dans le domaine des connaissances et compétences en santé, le champ des savoirs identifiés est clairement limité.

[18] Vingt-deux ans après son élaboration et sa mise en œuvre, ce référentiel n'a pas été réingénié. Si des échanges ont eu lieu entre les représentants de la profession et les inspecteurs de l'éducation nationale en charge de la filière, aucune demande n'a été formulée explicitement ni lettre d'intention reçue par le ministère pour y procéder.

[19] Compte tenu de l'évolution de la profession, des techniques à venir et des savoirs, la question de son actualisation est posée.

2.2 Une offre de formation importante, diverse et de qualité inégale

[20] Il existe 95 parcours possibles pour se présenter au BTS opticien –lunetier. Cette formation est proposée par 24 établissements publics, 11 établissements privés sous contrat et 44 établissements privés hors contrats. L'offre se répartit donc en 23 % de formations dans le public, 19 % dans le privé sous contrat et 58 % privé. A bien y regarder les préparations dépendent en fait de moins d'établissements car un même parcours peut être proposé sur plusieurs centres de formations dépendant d'un même réseau de formation et de préparation. Il est à noter que l'ensemble des établissements propose une offre de formation initiale, en alternance (en apprentissage) ou encore continue.

Tableau 5 : Établissements préparant au BTS par catégorie

Public	Privé sous contrat d'association	Privé hors contrat d'association	Sans objet	Total
24	11	44	69	148

Source : Depp, Système d'information OCEAN (Organisation des Concours et Examens Académiques et Nationaux), traitement Drees.

[21] Selon les données recueillies, les différences de résultats entre établissements préparant au BTS peuvent être très significatives. Ainsi pour ne prendre que quelques exemples d'établissements dans la région PACA, certains centres ont un nombre limité d'étudiants et des résultats médiocres ou mauvais ; ainsi le CFBT a eu un taux de réussite de 0 sur 9 en 2015, de 1 sur 14 en 2016 et enfin de 2 sur 12 en 2017. Un autre établissement « Eucalyptus » a eu 2 reçus sur 10 en 2016 et 4 reçus sur 9 en 2017. Un autre établissement ORT ouvert à la rentrée 2015 a préparé 16 étudiants en 2017 et a eu 6 reçus.

[22] Ce diplôme d'exercice s'inscrit dans un paysage de la formation et de la qualification aux métiers de l'optique très varié. En effet parallèlement, une myriade de diplômes, formations et qualifications accompagne la formation et le diplôme de référence. Existente de nombreux titres et certificats reconnus par la profession (par exemple le certificat de Qualification Professionnelle Opti-Vision (CQP) inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)). Parallèlement de nombreuses formations complémentaires de type Diplômes d'Université (DU),

Unités de valeurs, Bachelor (bac + trois ans sans reconnaissance académique mais avec une possible reconnaissance professionnelle) coexistent.

Tableau 6 : Niveaux de formation par type de diplôme

<p><u>1. Niveau 4 (anciennement IV) : Bac Pro « Optique Lunetterie » (Arrêté du 8 avril 2010 -code RNCP 9295)</u></p> <p><u>2. Niveau5 (anciennement III) : BTS « Opticien Lunetier » (Arrêté du 3 septembre 1997 - code RNCP 1084)</u></p> <p><u>3. Niveau 6 (anciennement II) :</u></p> <p>1. Le CQP (1) « Opti-Vision » (Cahier des charges 28 septembre 2016)</p> <p>2. Des Licences Professionnelles ((Arrêté du 17 novembre 1999 modifié par l'arrêté du 22 janvier 2014)</p> <p>3. Des DU ou d'autres Titres</p> <p><u>4. Niveau 8 (anciennement 7) : Master, DU ou autres Titres</u></p>
--

Source : Eric Lazaridès et tableau IGAS -IGESR