



SYNDICAT NATIONAL
DES OPHTALMOLOGISTES
DE FRANCE

Dr Thierry BOUR

Président du SNOF

thbour@wanadoo.fr

Tél. 06.80.73.03.47.

Paris, le 6/10/2021

PROJET DE LOI^[L]_[SEP] DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE 2022

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

**Pour l'examen du texte en Commission des Affaires sociales avant
la 1^{ère} lecture à l'Assemblée Nationale**

I / Article 42

**Article 42 dans l'avant-projet de loi^[L]_[SEP] [Amélioration de l'accès à la filière
visuelle] PLFSS 2022**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I.- Après le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1, est inséré l'alinéa suivant :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, l'orthoptiste peut réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sans prescription médicale, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'académie nationale de médecine. »

L'article L. 4362-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :^[L]_[SEP] Au deuxième aliéna et troisième aliéna, les mots « médicales » sont supprimés ;

Au deuxième et troisième alinéa, après les mots « opposition du médecin » sont insérés les mots « ou de l'orthoptiste ».

II.- Le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 est ainsi complété « Par dérogation, l'orthoptiste peut réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'amblyopie chez les enfants âgés de 9 à 15 mois et celui des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans inclus. »

Amendement N°1

Supprimer l'article 42

Exposé des motifs :

Suite à de nombreuses réformes législatives et réglementaires réalisées dans la filière visuelle (2004, 2005, 2015, 2016, 2017), au développement du travail aidé, à la mise en place des protocoles organisationnels prévus dans le décret des orthoptistes de 2016, à la stabilisation de la démographie des ophtalmologistes, l'accès aux soins visuels est en train de s'améliorer rapidement en France. Ainsi, une enquête réalisée par l'institut CSA Research en septembre 2021 montre que les délais de RDV pour une consultation de contrôle non urgente ont baissé de 60% depuis 2017 (médiane passant de 66 jours dans l'étude de la Drees à 26 jours en 4 ans dans l'étude CSA). Des régions comme la Bretagne ont vu la médiane des RDV de ces consultations passer de 126 jours à 29 jours entre 2019 et 2021 ! Les délais s'améliorent également dans les agglomérations de moins de 100 000 h vu la tendance à une meilleure répartition des installations sur le territoire (enquête sur les installations 2018-2020 publiée en juillet 2021 par le Syndicat National des Ophtalmologistes). Les délais de RDV sur les sites en ligne ont aussi fortement baissé et sont plus courts de près d'une semaine que ceux donnés par téléphone.

Ces résultats satisfaisants sont obtenus alors que le volume des départs en retraite est à son maximum. Cela montre que les mesures actuelles sont déjà efficaces. D'autres vont encore arriver avec l'avenant 9 de la convention médicale en avril 2021, comme la téléexpertise qui deviendra possible entre paramédicaux et médecins. Cela favorisera le déploiement des protocoles organisationnels à distance entre orthoptistes et ophtalmologistes qui étaient jusqu'à aujourd'hui bloqués faute d'un cadre de financement clair.

Or, dans 2-3 ans, les départs en retraite vont fortement chuter, et une ère

assez longue va s'ouvrir où les arrivées d'ophtalmologistes seront plus nombreuses que les départs. On peut donc légitimement penser que le problème des délais de RDV sera définitivement solutionné dans 2-3 ans. Il convient donc d'être prudent dans les propositions pour augmenter encore les délégations, voire les transferts d'activité, alors que toutes les mesures déjà prévues ne sont pas encore déployées et encore moins évaluées. D'autant que l'article 42 soulève des questions importantes sur la qualité des soins qui seraient délivrés par les professionnels proposés et la sécurité sanitaire des patients.

Il reste le problème de certaines zones médicalement sous-denses, conduisant à des retards, voire à l'absence de dépistage des pathologies, car la population qui s'y trouve est plus âgée, se déplace moins bien et consulte plus tard. Il faut donc développer un plan pour apporter des soins médicaux vers cette population. Il ne s'agit pas de problème de corrections optiques. Cette prise en charge sera réalisée par des cabinets secondaires où les ophtalmologistes peuvent se relayer.

Cet article 42 propose une évolution majeure du système de santé, voire une rupture totale avec la philosophie de délégation de tâches qui a conduit à l'amélioration en cours des délais de RDV. Il s'agit d'un véritable transfert de soins médicaux avec prise en charge en autonomie des patients par les orthoptistes, auxiliaires de santé de niveau licence (après seulement 3 années d'étude), qui auraient ainsi droit de prescription (lunettes, lentilles de contact) sans passage et contrôle par l'ophtalmologiste après avoir réalisé un bilan visuel au contour non défini.

Or tous les médecins consultés arguent que ce niveau de responsabilité ne relève pas de la formation actuelle ou passée des orthoptistes, spécialistes de la rééducation orthoptique ou travaillant comme aide-ophtalmologiste. Ils n'ont pas la formation nécessaire pour assurer un examen médical complet ou une adaptation de lentilles de contact. Ce degré d'autonomie relèverait au minimum d'une pratique avancée encadrée et avec une formation adéquate. 90% des ophtalmologistes pensent (enquête en phase de finalisation) que ce dispositif conduirait à des retards de diagnostics et à l'augmentation de la gravité de pathologies ophtalmologiques silencieuses initialement (comme le glaucome, la DMLA, le kératocône, la rétinopathie diabétique, ...)

L'émoi soulevé chez les ophtalmologistes par cette mesure de démedicalisation proposée par le gouvernement risque de remettre en cause tout l'édifice monté patiemment depuis une quinzaine d'années de collaboration avec les orthoptistes et qui est une référence pour les autres spécialités. De plus, il propose de permettre le renouvellement de cette ordonnance orthoptique par les opticiens, comme les ordonnances médicales. On verrait ainsi la création d'un circuit parallèle orthoptiste-opticien sans connexion avec une prise en

charge médicale. Le texte ne met aucune barrière d'âge ou d'un autre type et se borne à renvoyer à un décret pour lequel il n'y aucune indication dans l'exposé des motifs du gouvernement.

Par ailleurs, le rapport IGAS-IGESR de 2020 sur la filière visuelle ne demandait d'envisager cette mesure qu'en cas d'échec des autres recommandations qu'il préconisait. Celles-ci ne sont pas encore en application et l'amélioration actuelle permet de prendre du recul et de réfléchir avec l'ensemble des acteurs aux meilleures dispositions à prendre, si possible sur le moyen et le long terme et non dans l'urgence d'une situation qui ne le nécessite pas.

L'article 42 propose également d'élargir l'offre de dépistage visuel des enfants en incitant un accès direct aux orthoptistes pour les jeunes enfants pour la réalisation du dépistage de l'amblyopie du nourrisson et des troubles de la réfraction. Ces dépistages réalisés par l'orthoptiste viseraient à offrir un complément à ceux pouvant être faits par le médecin de l'enfant. Il conviendrait de prévoir un encadrement médical adapté, voir même une prescription médicale préalable ou une expérimentation sur 3-4 régions. Il ne faut pas oublier aussi le rôle essentiel actuel joué par les pédiatres et les ophtalmologistes dans ce dépistage. Si une mesure conventionnelle était prise, elle doit être élargie aussi à ces deux professions.

Cet article 42 apparaît donc à la fois non adapté à la situation et inutile pour solutionner la problématique actuelle. Il sera aussi source de conflit permanent au sein de la filière visuelle. Le retrait de l'article est demandé.

Amendement N°2 (de repli)

Supprimer le I. de l'article 42

Exposé des motifs :

Suite à de nombreuses réformes législatives et réglementaires réalisées dans la filière visuelle (2004, 2005, 2015, 2016, 2017), au développement du travail aidé, à la mise en place des protocoles organisationnels prévus dans le décret des orthoptistes de 2016, à la stabilisation de la démographie des ophtalmologistes, l'accès aux soins visuels est en train de s'améliorer rapidement en France. Ainsi, une enquête réalisée par l'institut CSA Research en septembre 2021 montre que les délais de RDV pour une consultation de contrôle non urgente ont baissé de 60% depuis 2017 (médiane passant de 66 jours dans l'étude de la Drees à 26 jours en 4 ans dans l'étude CSA). Des régions

comme la Bretagne ont vu la médiane des RDV de ces consultations passer de 126 jours à 29 jours entre 2019 et 2021 ! Les délais s'améliorent également dans les agglomérations de moins de 100 000 h vu la tendance à une meilleure répartition des installations sur le territoire (enquête sur les installations 2018-2020 publiée en juillet 2021 par le Syndicat National des Ophtalmologistes). Les délais de RDV sur les sites en ligne ont aussi fortement baissé et sont plus courts de près d'une semaine que ceux donnés par téléphone.

Ces résultats satisfaisants sont obtenus alors que le volume des départs en retraite est à son maximum. Cela montre que les mesures actuelles sont déjà efficaces. D'autres vont encore arriver avec l'avenant 9 de la convention médicale en avril 2021, comme la téléexpertise qui deviendra possible entre paramédicaux et médecins. Cela favorisera le déploiement des protocoles organisationnels à distance entre orthoptistes et ophtalmologistes qui étaient jusqu'à aujourd'hui bloqués faute d'un cadre de financement clair.

Or, dans 2-3 ans, les départs en retraite vont fortement chuter, et une ère assez longue va s'ouvrir où les arrivées d'ophtalmologistes seront plus nombreuses que les départs. On peut donc légitimement penser que le problème des délais de RDV sera définitivement solutionné dans 2-3 ans. Il convient donc d'être prudent dans les propositions pour augmenter encore les délégations, voire les transferts d'activité, alors que toutes les mesures déjà prévues ne sont pas encore déployées et encore moins évaluées. D'autant que l'article 42 soulève des questions importantes sur la qualité des soins qui seraient délivrés par les professionnels proposés et la sécurité sanitaire des patients.

Il reste le problème de certaines zones médicalement sous-denses, conduisant à des retards, voire à l'absence de dépistage des pathologies, car la population qui s'y trouve est plus âgée, se déplace moins bien et consulte plus tard. Il faut donc développer un plan pour apporter des soins médicaux vers cette population. Il ne s'agit pas de problème de corrections optiques. Cette prise en charge sera réalisée par des cabinets secondaires où les ophtalmologistes peuvent se relayer.

Cet article 42 propose une évolution majeure du système de santé, voire une rupture totale avec la philosophie de délégation de tâches qui a conduit à l'amélioration en cours des délais de RDV. Il s'agit d'un véritable transfert de soins médicaux avec prise en charge en autonomie des patients par les orthoptistes, auxiliaires de santé de niveau licence (après seulement 3 années d'étude), qui auraient ainsi droit de prescription (lunettes, lentilles de contact) sans passage et contrôle par l'ophtalmologiste après avoir réalisé un bilan visuel au contour non défini.

Or tous les médecins consultés arguent que ce niveau de responsabilité ne

relève pas de la formation actuelle ou passée des orthoptistes, spécialistes de la rééducation orthoptique ou travaillant comme aide-ophtalmologiste. Ils n'ont pas la formation nécessaire pour assurer un examen médical complet ou une adaptation de lentilles de contact. Ce degré d'autonomie relèverait au minimum d'une pratique avancée encadrée et avec une formation adéquate. 90% des ophtalmologistes pensent (enquête en phase de finalisation) que ce dispositif conduirait à des retards de diagnostics et à l'augmentation de la gravité de pathologies ophtalmologiques silencieuses initialement (comme le glaucome, la DMLA, le kératocône, la rétinopathie diabétique, ...)

L'émoi soulevé chez les ophtalmologistes par cette mesure de démedicalisation proposée par le gouvernement risque de remettre en cause tout l'édifice monté patiemment depuis une quinzaine d'années de collaboration avec les orthoptistes et qui est une référence pour les autres spécialités. De plus, il propose de permettre le renouvellement de cette ordonnance orthoptique par les opticiens, comme les ordonnances médicales. On verrait ainsi la création d'un circuit parallèle orthoptiste-opticien sans connexion avec une prise en charge médicale. Le texte ne met aucune barrière d'âge ou d'un autre type et se borne à renvoyer à un décret pour lequel il n'y aucune indication dans l'exposé des motifs du gouvernement.

Par ailleurs, le rapport IGAS-IGESR de 2020 sur la filière visuelle ne demandait d'envisager cette mesure qu'en cas d'échec des autres recommandations qu'il préconisait. Celles-ci ne sont pas encore en application et l'amélioration actuelle permet de prendre du recul et de réfléchir avec l'ensemble des acteurs aux meilleures dispositions à prendre, si possible sur le moyen et le long terme et non dans l'urgence d'une situation qui ne le nécessite pas.

Cet article 42 apparaît donc à la fois non adapté à la situation et inutile pour solutionner la problématique actuelle. Il sera aussi source de conflit permanent au sein de la filière visuelle. Le retrait de la première partie de l'article est demandé.

II/ Après l'article 42

Amendement N°3

Au premier alinéa du II. de l'article L162-12-22 du code de la Sécurité Sociale, après les mots «*les maisons de santé* », insérer les mots «*, les cabinets d'ophtalmologie libéraux créant un ou des site(s) secondaire(s) d'exercice ou reprenant un cabinet d'ophtalmologie situés dans des zones caractérisées par une offre de soins*

insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins conformément au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

Exposé des motifs :

La filière visuelle est confrontée à une stagnation du nombre d'ophtalmologistes, une répartition inégale des professionnels de la filière sur le territoire (ophtalmologues et encore plus orthoptistes) et une augmentation du volume des soins pour les affections visuelles chroniques en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population.

Cette situation génère des difficultés d'accès aux soins plus importantes pour les 19% de la population vivant en dehors des grandes aires urbaines (source INSEE).

Le récent rapport IGAS-IGESR « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations » de janvier 2020 (publié en septembre 2020) prévoit dans sa **recommandation n°8 : Attribuer une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées**^{[L]_{SEP}}. Elle vient en complément de la **recommandation n°7 : Accélérer les travaux de zonage spécifiques à l'ophtalmologie**.

Pour améliorer la répartition des soins ophtalmologiques sur les territoires peu urbanisés, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a mis en place un **contrat pour les soins visuels à destination des structures d'exercice pluri-professionnel** (maison de santé ou centre de santé), avec pour objectif d'y implanter une offre de soins visuels, par la présence intermittente d'au moins un professionnel de la santé visuelle (orthoptiste ou ophtalmologiste).

Le contrat collectif pour les soins visuels ne cible donc actuellement que les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé en incitant ces structures à recourir à des orthoptistes qui travailleront en coopération avec des ophtalmologistes (ces derniers pouvant, le cas échéant, intervenir à distance et en télé-médecine). Le bilan est très décevant ; d'après la mission IGAS-IGESR, au 31 août 2019, il y avait en tout et pour tout cinq contrats collectifs pour les soins visuels de signés.

Il serait pertinent et efficace, comme le souligne le rapport IGAS-IGESR de soutenir la création de sites secondaires d'ophtalmologie ou la transformation de cabinets existants, dont l'ophtalmologiste part en retraite sans successeur. Pour améliorer la répartition territoriale de l'offre médicale, des mesures vigoureuses doivent être prises. Ces cabinets transformés en sites secondaires d'exercice avec des orthoptistes agissant sur protocoles de délégation et un roulement d'ophtalmologistes présents sur place pour les patients dont l'état pathologique dépasse le cadre de ces protocoles, sont un modèle qui commence à se développer et qu'il est nécessaire d'encourager. **Ils permettent aussi le développement de protocoles de télé-expertise entre orthoptistes et ophtalmologistes, comme recommandé aussi par le rapport IGAS-IGAESR.** Cela offrirait une offre pérenne et complète d'accès aux soins à la population de ces zones sous-dotées. Il est par conséquent logique, efficace et nécessaire d'étendre le dispositif du contrat collectif à la création de ces sites secondaires libéraux d'ophtalmologie, bien équipés, où les patients viendront naturellement.

Amendement N°4

Supprimer le 5^e alinéa de l'article L162-12-22 du code de la Sécurité Sociale : « Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste. »

Exposé des motifs :

Ce décret n° 2017-136 du 6 février 2017, prévu à l'article L162-12-22 et créé par l'article 67 de la LFSS 2016 pour les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie s'est avéré inutile et désincitatif pour la signature des contrats individuels de coopération des soins visuels. La notion d'employeur et donc d'éligibilité, y étant sujette à interprétation suivant que l'ophtalmologiste exerce seul ou dans des structures juridiques plus ou moins complexes. La décision du 27 avril 2017 relative aux contrats de l'article 67 explicitant les modalités des contrats de coopération pour les soins visuels étant suffisante. Le décret est donc contreproductif et doit être supprimé.

De fait, comme le souligne le récent rapport IGAS-IGESR « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations » de janvier 2020 (publié en septembre 2020), **seulement une quinzaine de ces contrats ont été signés** alors que l'étude d'impact de la LFSS 2016 tablait sur plusieurs centaines de signatures et une enquête auprès des ophtalmologistes début 2018 a montré que plus de 200 étaient prêts à le signer (en secteur 1 ou ayant adhéré à l'OPTAM). Pour qu'un tel dispositif fonctionne auprès des médecins, il faut qu'il apparaisse le plus simple et le plus compréhensible possible, sans obstacle inutile.

Par ailleurs, les contrats conventionnels sur les assistants médicaux de septembre 2019 (prévus à l'avenant 7 de la Convention Médicale de 2016) ne prévoient pas une telle disposition et ils sont aujourd'hui beaucoup plus incitatifs que celui des orthoptistes. **Le rapprochement des conditions du contrat de coopération pour les soins visuels avec celles du contrat des assistants médicaux apparaît nécessaire, ce qui rend caduque ce décret d'embauche concernant les orthoptistes.**

Amendement N°5

Au début du 2^e alinéa de l'article L162-12-22 du code de la Sécurité Sociale, après les mots « Ce contrat, », supprimer les mots : « conclu pour une durée de trois ans non renouvelable ».

Exposé des motifs:

Cette disposition qui limite à trois ans le contrat de coopération pour les soins visuels pour l'embauche d'un orthoptiste par les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie s'est avérée désincitative pour la signature de ce contrat. En effet, comme le souligne le récent rapport IGAS-IGESR « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations » de janvier 2020 (publié en septembre 2020),

seulement une quinzaine de ces contrats ont été signés. Cela est aujourd'hui reconnu par l'Assurance Maladie, puisque les nouveaux contrats conventionnels sur les assistants médicaux (prévus à l'avenant 7 de la Convention Médicale de 2016 et opérationnels depuis septembre 2019) ne prévoient pas une telle disposition. Ils sont en effet prévus pour cinq ans et pérennes dans le temps. Le rapprochement des conditions du contrat de coopération pour les soins visuels avec celles du contrat des assistants médicaux apparaît nécessaire, ce qui rendra caduque cette disposition.