

N° 129

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 21 novembre 2016

## PROPOSITION DE LOI

*tendant à favoriser l'accès aux soins oculaires sur l'ensemble du territoire par la réorganisation de la filière de formations en santé visuelle,*

PRÉSENTÉE

Par MM. Olivier CIGIOTTI, Pierre MÉDEVIELLE, Gérard ROCHE, Mme Élisabeth DOINEAU, MM. Robert LAUFOAULU, Didier ROBERT, Loïc HERVÉ, Gérard BAILLY, Olivier CADIC, Yves DÉTRAIGNE, Michel CANEVET, Alain MARC, Jacques GENEST, Hervé MARSEILLE, Alain VASSELLE, Patrick CHAIZE, Mme Annick BILLON, MM. Claude KERN, Philippe BONNECARRÈRE, Daniel CHASSEING, Joël GUERRIAU, Cyril PELLEVAL, Mme Joëlle GARRIAUD-MAYLAM, MM. Philippe ADNOT, Jean-Marie MORISSET, Mme Corinne IMBERT, MM. Michel FONTAINE, Vincent CAPO-CANELLAS, Marc LAMÉNIE, Mme Françoise GATEL, M. Pierre CHARON, Mmes Agnès CANAYER et Sophie JOISSAINS,

Sénateurs.

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*



## EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Selon l'assurance maladie, il faut 85 jours en moyenne en France avant de pouvoir consulter un ophtalmologiste. En 2014, nous étions à 77 jours.

À titre d'exemple, le délai moyen respectif pour obtenir un rendez-vous dans les départements de la Loire et de la Haute-Loire est de 327 jours et 266 jours.

Les départements du Finistère, de l'Isère, de la Seine-Maritime et de la Haute-Savoie souffrent quant à eux d'une attente d'entre 140 et 168 jours. 15 % des ophtalmologistes déclarent ne pas pouvoir prendre en charge un nouveau patient dans l'année.

Ces délais ne sont pas acceptables en termes d'accès à la santé visuelle, de gestion de l'urgence, de qualité de soins et vont à l'encontre des principes de santé publique.

8,5 millions de personnes vivent dans un désert médical pour l'accès à des soins oculaires sur la base du seul critère géographique, mais on arrive à 28,7 millions si l'on considère aussi le critère financier, soit 45 % de la population totale. Or, près de 3 Français sur 4 souffrent d'une anomalie de la vue. Au-delà de 50 ans, 75 % d'entre eux portent des lunettes.

Selon le scénario tendanciel retenu par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le nombre d'ophtalmologistes chuterait de plus d'un tiers d'ici 2030.

En effet, parmi les ophtalmologistes, 39,9 % ont 55 ans et plus. De nombreux départs à la retraite sont donc à prévoir alors que, dans le même temps, la demande en soins explose avec le vieillissement de la population, ce qui entraîne une augmentation des pathologies oculaires et neuro-dégénératives avec risques de perte d'autonomie, ainsi qu'un besoin accru de dépistages précoces, tant chez les jeunes enfants que pour éviter les conséquences néfastes des pathologies chroniques.

Les déserts médicaux, ainsi que la perspective d'une forte diminution du nombre de médecins dans les prochaines années, conduisent à rechercher les modalités de délégations de tâches afin de dégager du temps médical et de permettre aux médecins de se recentrer sur ce qui constitue le cœur de leur métier et leur valeur ajoutée spécifique. Cela implique d'optimiser les compétences de chacune des professions de santé.

Selon le rapport n° 2015-008R de l'inspection générale des affaires sociales portant sur la restructuration de la filière visuelle : « *Des décisions, déjà, ont été prises qui, outre le relèvement du nombre de postes proposés en ophtalmologie aux examens classants nationaux, et la mise en place d'un suivi précis dans la répartition géographique des postes formateurs au regard de la densité des ophtalmologistes et des perspectives de cessation d'activité, reposent sur le renforcement des compétences des auxiliaires médicaux de la filière visuelle (orthoptistes et opticiens-lunetiers) et sur l'établissement de coopérations entre l'ophtalmologiste et l'auxiliaire médical* ». Ces décisions sont vite apparues comme insuffisantes.

Il convient donc de repenser l'organisation de cette filière de manière à garantir durablement l'accès aux soins. Cela suppose de revoir les conditions de formation des professions qui concourent à la santé visuelle.

L'enjeu n'est pas simplement de reconnaître les spécificités de formations et de professions, il est aussi de créer les conditions d'un travail collaboratif plus harmonieux entre professionnels.

Or, des délégations ne peuvent se réaliser que si les conditions de confiance professionnelle entre le délégant et le délégataire sont réunies. Ainsi, il sera possible de dégager du temps médical pour la prise en charge d'affections ophtalmologiques plus complexes, de réduire les délais d'attente des consultations sur le territoire et enfin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de certaines pathologies chroniques.

Plusieurs pays donnent l'exemple d'une répartition des rôles permettant aux ophtalmologistes de se concentrer sur les cas pathologiques et la chirurgie. Ils sont alors secondés par des orthoptistes ou par des professionnels dont le niveau de qualification est atteint au terme d'une formation supérieure appropriée.

Il apparaît donc peu judicieux de maintenir des formations aussi diversifiées (universitaires et instituts privés : Orsay, Institut des sciences de la vision, Institut et centre d'optométrie) éclatées sur l'ensemble du

territoire.

Cette situation ne facilite pas les délégations de tâches de certains actes ophtalmologiques. Il est essentiel « de formuler des propositions permettant de procéder à ces délégations de tâches dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité ».

Dans la perspective de répondre aux besoins, la présente proposition de loi propose de repenser la cohérence de la filière de santé visuelle et la lisibilité du parcours de soins.

Aussi, elle tend à insérer les professions de la santé visuelle dans le schéma « Licence-Master-Doctorat » issu du processus de Bologne ; cela permettra de créer une dynamique entre les trois professions de la santé visuelle, qui seraient ainsi parfaitement complémentaires.

Si l'ophtalmologiste reste le « pivot, le maître d'œuvre » de la filière de santé visuelle, il lui faut parvenir à déléguer certains actes, et la généralisation du travail aidé en cabinet ou en dehors, par des collaborateurs salariés ou libéraux réalisant des pré-consultations, des post-consultations ou bien encore du suivi de pathologies chroniques demande une certaine organisation.

Dans le chapitre II relatif aux règles de fonctionnement des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), il est précisé que les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci.

Cependant l'alinéa suivant diminue fortement sa portée puisqu'il est dit que « par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société ».

Avec le développement des activités collaboratives entre médecins et paramédicaux, il est de plus en plus fréquent que les patients soient pris en charge à la fois par un auxiliaire de santé et un médecin. C'est le cas par exemple du travail en binôme entre orthoptistes et ophtalmologistes où une pré-consultation (« travail aidé ») est effectuée par l'orthoptiste.

Lorsque l'orthoptiste a un statut libéral, cela peut poser des problèmes pour le rémunérer puisqu'il n'a pas de cotation pour son activité. L'ophtalmologiste, lui, perçoit des honoraires pour ses actes suivant sa nomenclature professionnelle, mais ne peut en rétrocéder une partie

légalement vers l'orthoptiste. Or, plus du tiers des orthoptistes exerçant en cabinet aurait un statut libéral, ce qui confère à cette situation une instabilité juridique.

Le développement des coopérations entre paramédicaux et ophtalmologistes est une nécessité pour l'avenir et le travail aidé doit se généraliser. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires résout ces problèmes, à condition de permettre la mise en commun des honoraires par l'intermédiaire de la société qui ensuite les répartit suivant une clé de répartition décidée entre associés comme dans les sociétés d'exercice libéral (sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée ou par action simplifiée).

Cela permet donc la répartition des honoraires, même lorsqu'un seul professionnel est payé, à condition que cela soit prévu dans les statuts et que les activités concernées soient précisées dans le règlement intérieur de la société. Cette solution est facultative et doit permettre une plus grande souplesse dans l'exercice des professionnels tout en assurant une transparence fiscale.

L'opticien-lunetier est également un acteur majeur de la prise en charge des besoins de santé visuelle. Néanmoins, il convient d'élargir leurs champs de compétences et permettre ainsi à des professionnels formés d'exercer leur art en complémentarité avec les ophtalmologistes. En conséquence, la formation des opticiens-lunetiers serait portée à trois ans comme c'est le cas pour les orthoptistes.

La création d'une profession réglementée imposera un délai de validation d'acquis des professionnels susceptibles d'exercer cette profession, et donc de disposer d'un diplôme au contenu plus dense et au niveau plus élevé qu'auparavant. Mais surtout, cela permettra de mieux réglementer le marché de l'optique qui a pu montrer certaines dérives par le passé.

Force est de constater que le dispositif de formation initiale en place tarde à être adapté aux besoins des évolutions du métier d'opticien-lunetier. Les formations existantes sont jugées par beaucoup comme insatisfaisantes au regard des besoins actuels. Sans parler de la multiplication des écoles et des formations post BTS sans contrôle ni maîtrise.

En allongeant et en approfondissant l'introduction de la formation des opticiens-lunetiers dans le schéma Licence-Master-Doctorat, un opticien-lunetier se verrait parfaire sa complémentarité avec les autres professions de santé visuelle.

C'est tout l'objet du programme évolutif des certificats de qualification professionnelle (CQP) qui ont été mis en place par la profession, et c'est dans ce cadre que doit évoluer la formation initiale et donc le diplôme permettant l'exercice de la profession d'opticien-lunetier, qui fera de lui un véritable acteur de la santé visuelle des Français.

Les conditions dans lesquelles les actuels orthoptistes et opticiens-lunetiers pourraient accéder à la nouvelle profession après une formation complémentaire seraient fixées par voie réglementaire. Les masters en optométrie pourraient également décider de rejoindre la formation.

À l'issue de ces trois ans, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers auront la possibilité de poursuivre deux années supplémentaires pour intégrer un master « cadre en santé visuelle ». Les optométristes pourraient ainsi rejoindre cette formation qui leur permettrait de renforcer de façon certaine leur expérience clinique.

Lors de la troisième année, les étudiants qui souhaitent poursuivre leur parcours vers le master « cadre en santé visuelle » devront choisir des unités d'enseignements supplémentaires :

- les opticiens-lunetiers auraient à acquérir des connaissances cliniques solides ;
- les orthoptistes auraient à acquérir des bases techniques.

Une fois les cinq années de formation achevées, le diplômé pourra effectuer les actes définis dans le code de la santé et dans les décrets d'actes.

La mutualisation de ces enseignements tend à la création d'une filière universitaire plus efficace (mutualisation des cours) et à dominante médicale facilitant la délégation de tâches.

Les programmes des formations concernées seront établis en concertation avec le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la Haute autorité de santé et les représentants des professions.

Enfin, la constitution de réseaux de référencement encadré par l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale limitant le nombre de partenaires opticiens (*numerus clausus*) exclut *de facto* des professionnels qui, bien que répondant à l'ensemble des critères qualitatifs et quantitatifs, ne peuvent intégrer le réseau limité en nombre, diminuant par là même la

proximité et donc l'accessibilité des professionnels pour les assurés (conduisant certains à devoir faire des déplacements importants pour se rendre chez un opticien partenaire) et génère à grande échelle des distorsions de concurrence.

Si cette mesure permettant aux organismes complémentaires à l'assurance maladie d'établir des conventions de partenariat peut se concevoir dans un contexte où ce sont ces organismes qui remboursent une part majoritaire de la dépense optique, il est essentiel que les réseaux soient ouverts et que ces pratiques soient encadrées afin que soient effectivement garantis le principe du libre choix par l'assuré de son opticien, le principe du libre choix par l'assuré de son équipement, le principe du libre reste à charge.

À défaut, le danger est de privilégier exclusivement la gestion du risque assurantiel, sans que le système bénéficie directement au consommateur/patient, voire agisse à son détriment en matière de libre accès à la qualité ou à l'innovation. Ceci est d'autant plus vrai depuis l'instauration parallèle des plafonnements de remboursement optique par la loi de financement de la sécurité sociale 2015. C'est, malheureusement, après plus d'un an de mise en œuvre du texte, ce qui se vérifie aujourd'hui.

Il est donc impératif que ces conventions de partenariat soient accessibles à tous les professionnels qui le demandent en supprimant le nombre limité d'adhésions, que les critères de sélection des professionnels soient négociés avec les organisations professionnelles et non imposés discrétionnairement par les organismes complémentaires d'assurance maladie ou leur plateforme : négociation préalable à l'échelle nationale afin de garantir la transparence des contrats et préserver les intérêts collectifs de la profession, tout en écartant les risques de distorsion de concurrence que la liberté de choix de l'assuré lui soit effectivement garantie et rappelée dans son contrat et au moment de la demande de prise en charge.

Sans entrer dans les aspects relevant du domaine réglementaire ou du contrat, la présente proposition de loi définit des solutions pour remédier aux difficultés actuelles afin de favoriser l'accès aux soins oculaires sur l'ensemble du territoire par la réorganisation et l'amélioration de la filière de santé visuelle.



## PROPOSITION DE LOI

### TITRE I<sup>ER</sup> :

#### METTRE EN PLACE UN STATUT D'ORTHOPTISTE-CADRE EN SANTÉ VISUELLE

##### Article 1<sup>er</sup>

À la fin de l'intitulé du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, les mots : « et d'orthoptiste », sont remplacés par les mots : «, d'orthoptiste et d'orthoptiste - cadre en santé visuelle ».

##### Article 2

L'intitulé du chapitre II du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les mots : «, orthoptiste et orthoptiste-cadre en santé visuelle ».

##### Article 3

- ① Après l'article L. 4342-1 du même code, sont insérés trois articles L. 4342-1-1 à L. 4342-1-3 ainsi rédigés :
- ② « *Art. L. 4342-1-1.* - Les orthoptistes-cadres en santé visuelle participent à la politique de prévention en matière de santé visuelle et à la réalisation de tests d'acuité visuelle.
- ③ « *Art. L. 4342-1-2.* - Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels ou a reçu une formation d'orthoptie définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.
- ④ « *Art. L. 4342-1-3.* - Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste – cadre en santé visuelle toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels ou a reçu une formation d'orthoptie-cadre en santé visuelle, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. »

#### Article 4

- ① I. – L'article L. 4342-3 du même code est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4342-3.* - Le certificat nécessaire pour exercer la profession d'orthoptiste mentionné à l'article L. 4342-2 est institué par le ministre chargé de l'enseignement supérieur à l'issue d'une formation de trois ans.
- ③ « Le certificat nécessaire pour exercer la profession d'orthoptiste – cadre en santé visuelle mentionné à l'article L. 4342-2 est institué par le ministre chargé de l'enseignement supérieur à l'issue d'une formation de cinq ans.
- ④ « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »
- ⑤ II. – Au premier alinéa de l'article L. 4342-4 du même code, les mots « un cycle d'études postsecondaires » sont remplacés par les mots : « une formation supérieure appropriée ».

#### Article 5

- ① Après l'article L. 4344-4-2 du même code, il est inséré un article L. 4344-4-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4344-4-3.* – Exerce illégalement la profession d'orthoptiste-cadre en santé visuelle toute personne qui pratique l'orthoptie-cadre en santé visuelle, au sens de l'article L. 4342-1-1, sans être titulaire du certificat de capacité d'orthoptiste-cadre en santé visuelle ou de l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthoptie-cadre en santé visuelle établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création dudit certificat ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4342-4 exigé pour l'exercice de la profession d'orthoptiste-cadre en santé visuelle, ou sans relever des dispositions de l'article L. 4342-5.
- ③ « Le présent article ne s'applique pas aux étudiants en orthoptie-cadre en santé visuelle qui effectuent un stage dans le cadre défini à l'article L. 4381-1 ».

## Article 6

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Aux deuxième et quatrième alinéas, à la première phrase du cinquième alinéa et au septième alinéa de l'article L. 4342-1, le mot : « orthoptiste » est remplacé par les mots : « orthoptiste ou l'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ③ 2° L'article L. 4342-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou d'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑤ b) Au quatrième alinéa, les mots : « cette profession » sont remplacés par les mots : « ces professions » ;
- ⑥ c) Au cinquième alinéa, après les mots : « un orthoptiste », sont insérés les mots : « ou un orthoptiste -cadre en santé visuelle » ;
- ⑦ d) L'avant-dernier alinéa est complété par les mots : « et aux orthoptistes-cadre en santé visuelle ».
- ⑧ 3° L'article L. 4342-2-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Aux premier et deuxième alinéas, après le mot : « orthoptiste », sont insérés les mots : « ou l'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑩ b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou d'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑪ 4° Au premier alinéa de l'article L. 4342-4, après le mot : « orthoptiste », sont insérés les mots : « ou d'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑫ 5° Au premier alinéa de l'article L. 4342-5, après les deux occurrences du mot : « orthoptiste », sont insérés les mots : « ou l'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑬ 6° À l'article L. 4342-6, après le mot : « orthoptiste », sont insérés les mots : « ou l'orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑭ 7° À l'article L. 4344-2, après les mots : « les orthoptistes », sont insérés les mots : « , les orthoptistes-cadre en santé visuelle » ;

- ⑮ 8° Au premier alinéa de l'article L. 4344-3, les mots : « et orthoptistes » sont remplacés par les mots : « , orthoptistes et orthoptistes-cadre en santé visuelle » ;
- ⑯ 9° Au premier alinéa de l'article L. 4344-4, les mots : « ou d'orthoptiste » sont remplacés par les mots : « , d'orthoptiste ou orthoptiste-cadre en santé visuelle » ;
- ⑰ 10° Au premier alinéa de l'article L. 4344-5, après les mots : « d'orthoptiste », sont insérés les mots : « ou d'orthoptiste-cadre en santé visuelle ».

## TITRE II :

### **MIEUX DÉFINIR LE STATUT D'OPTICIENS-LUNETIERS**

#### **Article 7**

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② I. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4362-1, les mots : « , certificat ou titre mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3 » sont remplacés par les mots : « d'État d'opticien-lunetier mentionné à l'article L. 4362-2 ou de toutes autres autorisations d'exercice mentionnées à l'article L. 4362-3 »
- ③ II. – Le premier alinéa de l'article L. 4362-2 est ainsi rédigé :
- ④ « Le diplôme d'État d'opticien-lunetier est délivré après trois années de formation supérieure dispensée par un organisme agréé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé après avis d'une commission nationale de la formation en optique-lunetterie dont la composition est fixée par décret. »

TITRE III :

**DÉVELOPPER LA COLLABORATION DES ACTEURS  
DE LA SANTÉ ET LE CONVENTIONNEMENT**

**Article 8**

- ① Le second alinéa de l'article L. 4042-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ② « Les activités concernées sont alors précisées dans le règlement intérieur de la société. »

**Article 9**

- ① Le I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « L'organisme assureur mentionne en conséquence explicitement dans son contrat que l'assuré ou adhérent a la faculté de choisir les professionnels, les services et établissements de santé auxquels il souhaite recourir. Cette information est également délivrée, dans des conditions définies par arrêté, lorsque l'assuré s'informe des conditions de sa prise en charge. » ;
- ④ 2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « négociés entre les gestionnaires de réseau, d'une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d'autre part » ;
- ⑤ 3° La seconde phrase du quatrième alinéa est supprimée.

**Article 10**

Les articles 1<sup>er</sup> à 7 de la présente loi entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard six ans à compter de sa publication.