



Un opticien qui se déplace comme solution au renonce- ment des soins optiques

Le rôle économique et social des opticiens de
santé en mobilité

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| À propos de l’auteur | 2 |
| A propos de l’Institut Sapiens | 3 |
| Introduction | 4 |
| I) La santé visuelle : un indispensable, pourtant objet de nombreux renoncements | 6 |
| a) Un essentiel pour tous les Français... | 6 |
| b) ...qui souffre d’une mauvaise répartition géographique engendrant de nombreux renoncements | 9 |
| II) La mobilité des professionnels, une réponse aux coûts cachés de l’optique | 14 |
| a) Les dysfonctionnements économiques et sociaux à résoudre | 14 |
| b) L’ « aller-vers » comme remède aux renoncements | 19 |
| Conclusion | 24 |

À propos de l'auteur



Erwann Tison

Directeur des études de l'Institut Sapiens

Macro-économiste de formation et diplômé de la faculté des sciences économiques et de gestion de Strasbourg, il intervient régulièrement dans les médias pour commenter les actualités liées au marché du travail, aux politiques sociales, aux questions de formation et aux problématiques européennes. Il est également chargé de cours à la faculté d'économie de l'Université de Strasbourg. Il codirige également les observatoires « santé et innovation », « emplois, formation et compétences » et « immobilier et logement » de l'Institut Sapiens. Il a publié « les robots, mon emploi et moi » (2019) et « un robot dans ma voiture » (2020) aux éditions ESKA

A propos de l'Institut Sapiens

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

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

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

Sa vocation est triple :

Décrypter — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

Se former — Le XXI^e siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

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





Introduction

La crise de la COVID a redonné à la santé sa place prépondérante dans le débat public et dans le cœur des Français, mettant l'accent sur l'importance du soin et de la prévention. De nombreux pans auparavant négligés de notre système de santé retrouvent ainsi une importance à la hauteur de leurs enjeux, que ce soit en termes d'investissements ou de préoccupations. Ce renouvellement d'offre de soins doit profiter à tous les secteurs, tant les différentes problématiques associées sont importantes, et les conséquences lourdes pour de nombreux patients.

Les soins optiques ne font pas exception. Souvent négligée dans les débats publics, la santé visuelle doit reprendre une place prépondérante dans notre matrice de prévention et de soins. Caractérisé par un fort taux de renoncement, ce secteur a été trop souvent vu par l'unique prisme tarifaire tant dans les offres

commerciales des enseignes que dans la succession de tentatives de réformes. Le 100% santé, mis en place au 1^{er} janvier 2021, n'y fait pas exception, et prévoyait, à travers un reste à charge zéro sur les soins de base en audiologie, optique et dentaire, de porter un coup fatal au renoncement aux soins optiques. Force est de constater que l'effet a été limité, pour la simple et bonne raison que l'on a occulté les causes principales du renoncement, à savoir la faible disponibilité des spécialistes et la méconnaissance collective des Français en matière de prévention en santé visuelle.

La question des déserts médicaux, très souvent portée en une de l'actualité, ne concerne malheureusement pas que les soins généralistes. Une myriade de professionnels de santé se retrouvent en sous-effectifs sur le territoire français, limitant alors l'accès pour les habitants des zones concernées. Dans la liste des professions en pénurie, les ophtalmologistes figurent en bonne place. Or les données démographiques en notre possession nous poussent à croire que la situation risque de s'aggraver.

C'est dans ce contexte, et pour ne pas nuire à la santé des Français qui risque de plus en plus de se dégrader avec le glissement démographique, qu'il est important de changer de logique. Pour des raisons d'offre limitée, le cabinet médical ne peut plus être le centre névralgique du parcours de soin des patients, au profit du développement de la logique de l'« aller vers », permettant de se rendre directement au domicile des patients concernés. Dans cette étude, nous montrerons ainsi comment la mobilité des professionnels de santé peut améliorer la santé visuelle des Français, en évaluant dans un premier temps les besoins de la population en la matière, puis en mettant en évidence leur contribution dans la baisse du renoncement aux soins et les gains économiques associés dans un deuxième temps.



I) La santé visuelle : un indispensable, pourtant objet de nombreux renoncements

a) *Un essentiel pour tous les Français...*

En France, le besoin en santé visuelle est très présent dans la population : 90% des personnes interrogées disent se préoccuper de leur vue¹, 70% être en recherche de renseignements et d'accompagnements sur le sujet, notamment pour adopter les bons réflexes. En sus, 57% des sondés expriment une réelle inquiétude quant à leur état de santé visuelle², notamment à cause de la surconsommation d'écrans (6 heures en moyenne par jour pour la population globale, jusqu'à 10 heures pour les 18-24 ans).

1 Sondage ODOXA pour Zeiss, 2019

2 Sondage IPSOS pour le SNOF, 2022

Cette prise de conscience va de pair avec l'équipement des Français en la matière. Selon le SNOF³, 77% de la population vit avec une correction optique, une proportion qui grimpe à 94% pour les plus de 55 ans. Un résultat qui s'explique par la forte présence des affections visuelles au sein de la population française (*graphique 1*).

Graphique 1 – estimation de la population touchée par les principales affections visuelles (ordre de grandeur, France entière)

| 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 |

Source : Inserm, LEHA

En France, trois personnes sur quatre de plus de 20 ans et 97 % des plus de 60 ans souffrent d'un trouble de la vision. En sus, il y aurait 11 millions d'astigmatiques et 9 millions de myopes sans gravité. De même, 35 % des adolescents et sept français sur dix de 20 ans ou plus portent des lunettes ou des lentilles de contact⁴. A partir de 50 ans, 96% de la population présentent des troubles visuels ou des problèmes oculaires nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique (sécheresse oculaire, myopie, astigmatisme, presbytie, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte, etc.). Ainsi, près d'une personne sur deux serait concernée par une affection de ce genre. Pire, de nombreux patients n'ont pas connaissance du diagnostic. Par exemple, les patients traités pour glaucome ne représenteraient ainsi que la moitié des personnes atteintes diagnostiquées⁵.

3 Syndicat National des Ophtalmologistes de France

4 Rapport IGAS, 2019

5 Pr Cédric Schweitzer, Analyse épidémiologique du glaucome dans une population âgée : l'étude ALIENOR (Antioxydants, Lipides Essentiels, Nutrition et maladies OculaiRes), Médecine humaine et pathologie, université de Bordeaux, octobre 2016.

En réponse à ce problème de santé publique, le gouvernement Philippe a concrétisé la promesse présidentielle du « zéro reste à charge sur l'optique, l'audiologie et le dentaire » en déployant la réforme du 100% santé au 1^{er} janvier 2020. L'idée était alors simple : couvrir au maximum la population française en soins de cette nature en levant les éventuels freins financiers pouvant peser sur les patients. En assumant une prise en charge à 100% de ces soins avec les complémentaires, le pari du gouvernement était alors de faciliter un équipement total au sein de la population et ainsi de supprimer les désagréments liés à ces affections.

Selon la Cour des Comptes, qui a réalisé le premier bilan de cette réforme, l'ambition n'a pas été suivie des effets escomptés. Si le 100% santé a aidé à rendre accessibles financièrement certains soins et équipements en santé optique, il n'a pourtant pas amélioré le taux d'équipement des Français, qui reste identique à celui de l'année 2019.

A l'inverse, nous observons que le redémarrage de l'activité commerciale en optique en post-covid, en 2021 (+15,8%) est majoritairement porté par le tarif libre. L'offre 100% santé ne correspond qu'à 5% de la dépense d'optique médicale (17% pour les ventes totales), et ne porte ainsi pas le secteur, contrairement au dentaire et aux audioprothèses, où le 100% santé est très prisé⁶. La dimension financière semble donc ne peser que très marginalement dans l'équipement des ménages compte tenu notamment d'un taux de prise en charge moyen à hauteur de 71% par les Organismes de Complémentaire d'Assurance Maladie (OCAM)⁷. Là où elle peut être handicapante en revanche, c'est dans le cas des fortes corrections qui, n'étant pas prises en charge par la nomenclature du 100% santé, laissent un fort reste à charge pour les 50.000 patients concernés⁸. En excluant certains profils du remboursement, l'Assurance Maladie a ainsi réalisé 308 millions d'euros d'économies sur les soins optiques en 2021 selon la Cour des Comptes. Pour mémoire, le reste à charge moyen en France est de 223€ par patient, dont 25€ sont à mettre au crédit des soins optiques.

Si la réforme du 100% santé part d'une bonne volonté, à savoir une meilleure diffusion des soins optiques dans la population française, force est de constater qu'elle ne s'est pas attaquée au bon versant du problème. En se concentrant sur le volet financier, elle a oublié les éléments fondamentaux du non-recours aux soins, à savoir la disponibilité des spécialistes et la capacité des patients à se déplacer.

6 PLFSS 2023

7 Drees, 2021

8 Lettre du groupement des industriels et des professions de l'optique à la DSS le 6 mars 2020, réitérée le 27 mai 2021

b) ...qui souffre d'une mauvaise répartition géographique engendrant de nombreux renoncements

Le renoncement aux soins est un véritable enjeu de santé publique. Pour l'Assurance Maladie, il peut avoir des raisons multiples :

- le délai : des rendez-vous avec le praticien trop éloignés dans le temps
- la distance : disparités géographiques et territoriales. On parle alors de « déserts médicaux »
- les moyens matériels : le patient ne dispose pas de moyen de transport
- la disponibilité : la personne ne peut être disponible aux horaires proposés par le praticien
- la complexité des démarches vers les soins
- l'appréhension du diagnostic
- l'absence d'une couverture santé
- le coût des soins : les tarifs pratiqués par les professionnels de santé, reste à charge important, impossibilité de faire l'avance des frais, etc.

Toujours selon l'Assurance Maladie⁹, avant la réforme du 100% santé, près d'un Français sur dix renonçait aux soins optiques pour des raisons budgétaires (principalement des personnes aux revenus précaires). En parallèle, l'étude BVA – April estime que la part des Français renonçant à des soins ophtalmologiques, toutes raisons confondues, serait de 20%¹⁰. Ce résultat représenterait la moitié des renoncements, tous soins et spécialités confondues. La raison principalement avancée, dans 51% des cas, est celle des délais trop longs pour pouvoir consulter un ophtalmologiste. Un point soulevé par Caroline Pelisson¹¹ qui estime que « les deux causes majeures du renoncement aux soins sont l'éloignement géographique et les délais. C'est encore plus flagrant pour les personnes à mobilité réduite, ou en perte d'autonomie. ».

9 Conférence de presse de l'Assurance Maladie : Agir contre le renoncement aux soins. Mars 2017

10 BVA pour la Fondation April. Les Français et le renoncement aux soins. Avril 2018 <https://www.april.com/fr/communique-de-presse/etude-bva-fondation-april-sur-systeme-de-sante-de-demain/>

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

Une autre étude Viavoice¹² montre ainsi que les délais d'attente varient du simple au triple selon les territoires. Seuls 38% des patients ayant consulté un ophtalmologiste sont satisfaits du temps d'attente (8% de très satisfaits et 31% de très insatisfaits). En parallèle, près de 40% des sondés affirment avoir refusé au moins une fois de consulter un ophtalmologiste pour des raisons de délais.

De nombreuses enquêtes ont tenté de répondre à la question « combien de temps faut-il pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologistes ? ». L'IGAS¹³ les a compilés selon leur méthodologie, pour évaluer avec finesse les délais moyens. Pour la DREES par exemple, il faut ainsi attendre en moyenne 80 jours (et 189 jours dans 10% des cas¹⁴) pour obtenir un rendez-vous. La moyenne affichée par Doctolib est plus faible car elle n'est calculée que sur les agendas ouverts des praticiens enregistrés, éligibles à la réservation en ligne, ce qui diminue l'échantillon.

Graphique 2 - Approches méthodologiques et données principales des enquêtes de délais

| Enquête | Délai moyen (jours) | Disponibilité mesurée | Rendez-vous non obtenus | Insistance en cas de refus |
|------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|
| DREES | 80 | Ophtalmologiste + patient | 17 % | Oui |
| SNOF | 68 | Ophtalmologiste | 42 % | Non |
| AOF | 79 | Ophtalmologiste | 60 % | Non |
| ROF | 81 | Ophtalmologiste + patient | nd | Oui |
| Medicine4i | 101 | Ophtalmologiste + patient | nd | Oui |
| Doctolib | 22 | Ophtalmologiste | nd | - |

Source : Enquêtes, présentation mission

Ce fort temps d'attente est dû à la faible disponibilité des professionnels, engendrée par la faible densité des ophtalmologistes. Avec 5800 professionnels répartis sur le territoire, dont 3454 en libéral exclusif et 1314 en mixte libéral-hôpital¹⁵, on ne compte que 8,2 ophtalmologistes pour 100.000 habitants¹⁶, répartis de manière très hétérogène sur le territoire.

12 Étude Viavoice pour l'AOF. Les attentes des Français en matière de soins visuels. Janvier 2019 <https://www.institut-viavoice.com/soins-visuels/>

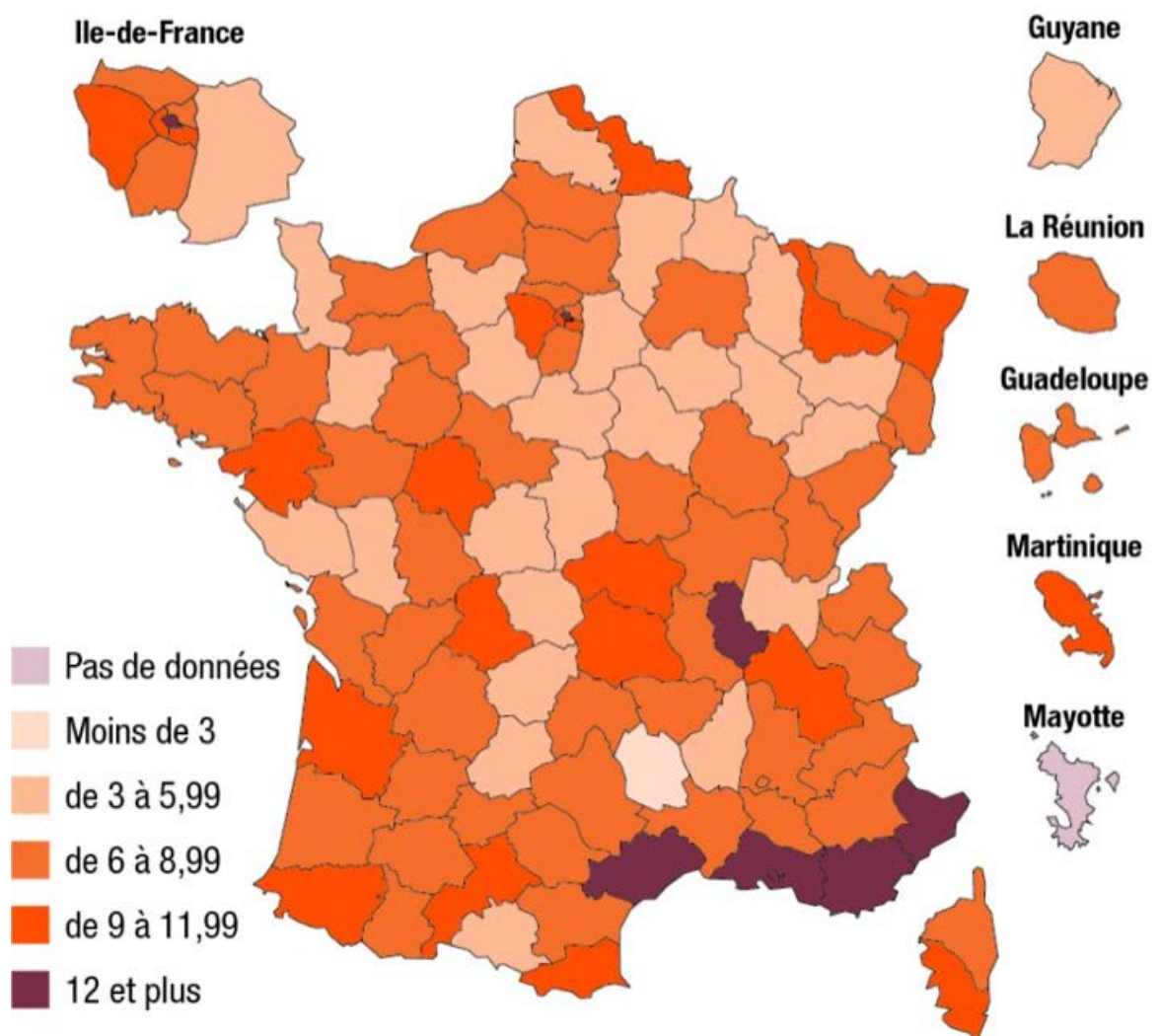
13 RAPPORT IGAS N°2019-074R/IGESR N°2019-154

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

15 Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

16 Source : répertoire ADELI - Drees, données 2022

Graphique 3 – Nombre d’ophtalmologistes pour 100.000 habitants¹⁷

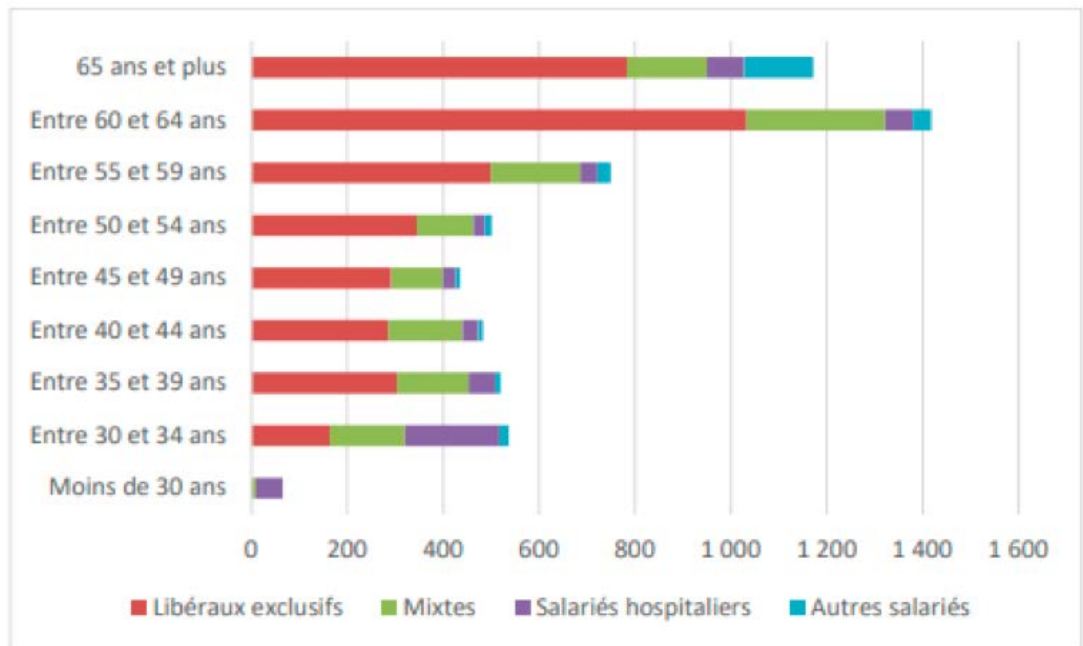


SOURCE : COUR DES COMPTES D'APRES CNAM

Une situation qui ne semble pas en mesure de s’inverser, vu la démographie globale de la profession et sa pyramide des âges

17 Source du graphique : l’Opinion

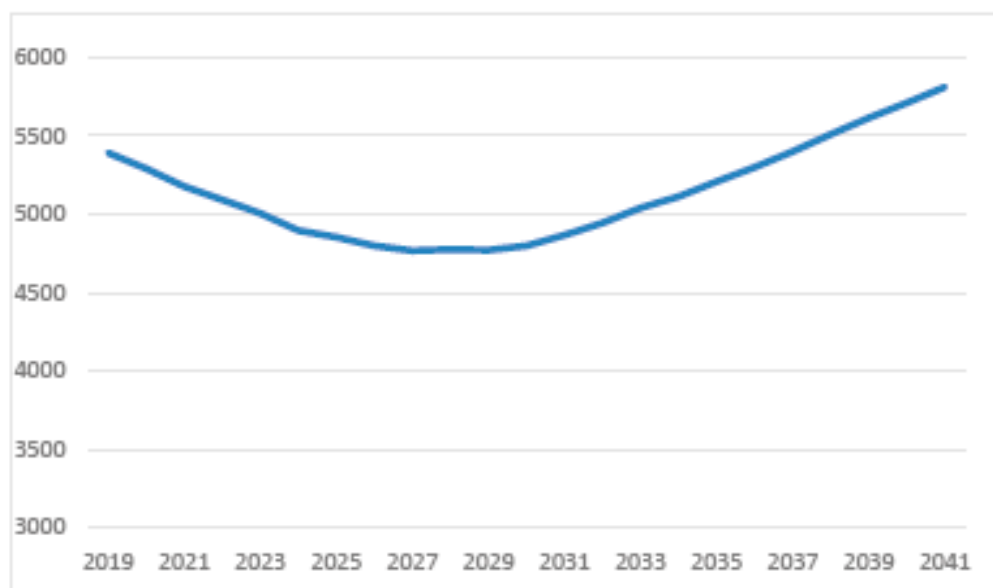
Graphique 4 – Pyramide des âges et mode d'exercice par âge des ophtalmologistes



Source : DREES, présentation mission

La pyramide des âges de la profession illustre ce fort déséquilibre générationnel. Le fait que la moitié des professionnels en exercice aient plus de 55 ans va en conduire 50% à partir à la retraite d'ici 10 à 15 ans. Constat d'autant plus inquiétant lorsque l'on considère cette pyramide des âges avec celle de la population française, aux résultats inversés, qui voit la part de personnes âgées de +55 ans fortement augmenter.

Graphique 5 – Scénario tendanciel d'évolution du nombre d'ophtalmologistes de moins de 70 ans selon la DREES¹⁸



Source: DRESS, présentation mission

C'est cette diminution des effectifs, qui n'en est qu'à ses prémices au vu du déséquilibre de la pyramide des âges, qui provoque de forts délais d'attente à l'origine de l'importante lassitude de la part des patients. L'attente étant déjà très élevée quand les effectifs étaient en croissance, elle n'en sera que renforcée par la diminution observée à partir de 2017, qui ne cessera de s'amplifier pour des raisons démographiques. Les patients ainsi lassés préfèrent se reporter sur des solutions palliatives de petite facture, comme les lunettes loupe à effet grossissant en vente libre. Non seulement elles ne résolvent rien aux problèmes des patients concernés, mais elles peuvent accentuer les défaillances visuelles existantes car sans accès à l'ophtalmologiste il n'y aura de prescription en cas de besoins avérés pour un équipement correcteur.

Il est ainsi essentiel de répondre à cette carence structurelle en changeant de logique et en s'appuyant sur les professionnels de la filière, formés, en nombre suffisant sur le territoire et en promouvant l'« aller vers » les patients, dans un souci d'amélioration de leur santé visuelle.

18 Source : IGAS



II) La mobilité des professionnels, une réponse aux coûts cachés de l'optique

a) Les dysfonctionnements économiques et sociaux à résoudre

Cette indisponibilité des spécialistes de la santé visuelle engendre de nombreux coûts sociaux et économiques. Les plus vulnérables sont les plus concernés par ce renoncement, avec en première ligne, les seniors, à domicile ou en établissements médico-sociaux et santé. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les résidents en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), malgré leur médicalisation, ne sont pas plus avantagés que les autres. Malgré la présence d'équipe de soins dans les murs et la gestion d'une surveillance médicale, ces établissements ne bénéficient pas d'une expertise médicale intégrée pour régler les problèmes de vue des résidents tout comme pour les soins dentaires et auditifs.

Selon l'IGAS, les renoncements aux soins visuels sont deux fois plus fréquents chez les seniors que chez les plus jeunes. Ce renoncement peut avoir plusieurs causes selon les spécialistes : apparition tardive des symptômes somatiques, absence de causalité immédiatement établie entre le trouble visuel et la perte d'autonomie. Lucas Martel¹⁹ ajoute que « l'incapacité à se déplacer représente un blocage majeur dans l'accès aux soins ».

« Ce qui est important, c'est le nombre de personnes concernées par ces questions. D'ici 2030, ¼ de la population européenne aura plus de 65 ans. Quand on regarde les études de l'OMS en la matière, on remarque que la plupart de ces personnes vont avoir un problème visuel. Comment pouvons-nous tenir compte de cette problématique dans les EHPAD ? Quel risque prend-t-on à laisser ces soins se dégrader ? Nous jouons ainsi un vrai rôle pour tenter de déminer ce risque et éviter qu'il ne s'aggrave, car il y a plein de problèmes en cascade par ailleurs. Il y a des complications périphériques aux problèmes de vues. Toutes les complications que l'on observe sont liées à la diminution de la vue » souligne Fariba Kabirian²⁰.

La mauvaise vue des patients est à l'origine de nombreux soucis annexes accélérant la perte d'autonomie. Sur les 2 millions de chutes enregistrées chaque année chez les patients de plus de 65 ans, la mauvaise santé optique constitue le 4^{ème} facteur explicatif²¹. Ce n'est pas étonnant lorsqu'on sait que 40% des seniors (âgés de 84 ans en moyenne) ont un trouble visuel non ou mal corrigé²². Rien que pour ces chutes, responsables de 10.000 morts chaque année et de plus de 130.000 hospitalisations, le coût induit est estimé à 2 milliards d'euros par an. En sus, la sous-correction serait responsable de l'accélération des troubles cognitifs et de démence. L'étude rétrospective menée par Rogers et Langa sur 685 personnes de plus de 85 ans, a démontré le rôle joué par la vision dans ce processus. Leurs travaux ont montré que seuls 9,7% des patients développant une démence après 85 ans avaient une excellente vue, et que le fait d'avoir une bonne vue réduirait de 63% le risque de développer une démence. Les patients ayant une mauvaise vue ont ainsi cinq fois plus de risques de développer des troubles cognitifs et neuf fois plus de risques d'être concernés par la maladie d'Alzheimer que les patients à la bonne vue. D'une manière générale, en prenant une échelle à six niveaux de suivi de la vue (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise, aveugle),

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

20 Directrice médicale France chez KORIAN - auditionnée le 6 décembre 2022

21 Plan antichute des personnes âgées, Ministère chargé de l'autonomie, Fev 2022

22 Virginie Naël, Impact des troubles visuels sur la perte d'autonomie et le déclin cognitif du sujet âgé, Médecine humaine et pathologie, Sorbonne Université, 2018.

le risque de démence augmenterait de 52% à chaque baisse de niveau. Leur conclusion est donc sans appel : le traitement précoce des troubles optiques pourrait différer l'apparition d'un vieillissement cognitif problématique²³.

La chaire TDTE et la Fondation Médéric Alzheimer²⁴ avaient estimé que les démences concernaient en 2015 1,3 millions de personnes, pour un coût annuel estimé à 5,3 milliards d'euros pour les dépenses liées à la Sécurité Sociale (hospitalisations à la suite de chutes, transports, suivi, médicaments, etc.) et 14 milliards d'euros en aide informelle matérialisée par l'engagement des aidants et des proches (20 milliards au total). Leurs estimations font état d'une explosion du nombre de cas d'ici à 2040, pouvant atteindre 2,1 millions de personnes, faisant alors grimper la facture à 8,6 milliards d'euros pour la Sécurité Sociale et à 23 milliards d'euros pour les aidants (32 milliards au total). En appliquant la correction proposée par Rogers et Langa, nous pouvons ainsi estimer que l'opération consistant à détecter et améliorer la vue des patients âgés leur permettra de diminuer le risque d'être concerné par un trouble cognitif de 63%. Ainsi, nous pouvons espérer que le fait « d'aller vers » le domicile des personnes âgées avant la dégradation de leur vue générerait un gain de 3,4 milliards d'euros pour la Sécurité Sociale et de 8,8 milliards d'euros pour les aidants en aide informelle (pour un total de 12,2 milliards d'euros). Ce mécanisme de prévention accrue permettra en sus de baisser les pertes inutiles estimées à l'horizon 2040 dans ce domaine de 20 milliards d'euros par an.

Pour les enfants, la mauvaise santé visuelle entraîne de nombreux dysfonctionnements éducatifs. Certaines pathologies comme l'amblyopie, si elles ne sont pas détectées précocement avant les 4 ans de l'enfant, peuvent devenir irréversibles et entraîner des retards et des troubles d'apprentissage difficilement rattrapables. Tout inconfort visuel non traité, ou non diagnostiqué, augmente alors les risques de décrochage scolaire, réduisant ainsi les chances de réussite et d'épanouissement de l'enfant, puis de l'adolescent.

Pour les actifs, les conséquences sont elles aussi importantes. L'inconfort visuel et les troubles de la vision freinent les actifs dans leur activité professionnelle, notamment en les obligeant à réaliser des pauses fréquentes. Nous avons estimé que les désagréments visuels dus à une mauvaise correction provoquaient des troubles de l'attention, de la fatigue visuelle, des problèmes de concentration voire des accidents du travail, qui induisent une perte de productivité journalière estimée à 5% (soit 20 minutes par jour).

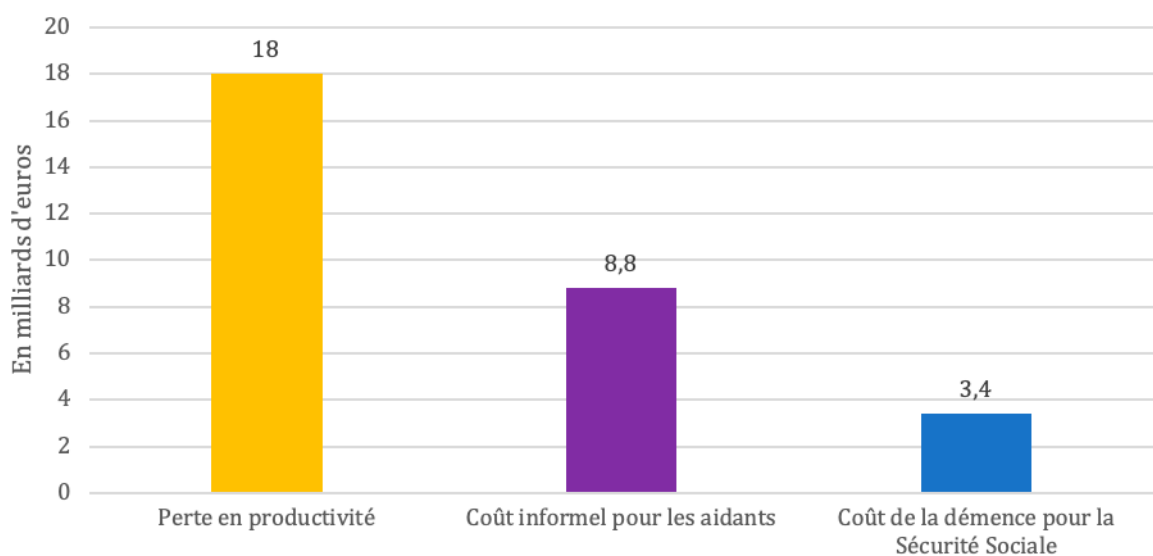
23 Rogers, M.A.M., & Langa, K.M. (2010). Untreated poor vision: A contributing factor for late-life dementia. *American Journal of Epidemiology*, 171, 728-735.

24 Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Chaire TDTE et Fondation Médéric Alzheimer, 2015

Sachant que plus de 4 millions d'actifs souffrent de ce genre de gêne sans avoir la correction adéquate, cela représente de manière agrégée une perte de 18 milliards d'euros par an pour l'économie française²⁵.

De son côté, l'OMS estime qu'au niveau mondial, la déficience visuelle représente une perte annuelle de productivité associée à 411 milliards de dollars (en parité pouvoir d'achat), quand les dépenses à engager pour l'enrayer ne seraient « que » de 25 milliards de dollars²⁶.

Graphique 6 – résumé des coûts cachés pouvant être annulés par l'amélioration des soins visuels



Au total, ce sont ainsi 30 milliards d'euros qui sont perdus chaque année, en coûts cachés et en perte de productivité, à cause d'un mauvais accès aux soins visuels. Un coût qui pourrait être largement neutralisé par une amélioration des soins optiques, basée sur l'« aller-vers ». Ce montant, s'il était absorbé par un meilleur accompagnement des personnes en situation de défaillance visuelle, pourrait venir financer directement l'accompagnement de la dépendance en venant alimenter de manière indirecte la cinquième branche de la sécurité sociale, créée en 2022 et non dotée pour le moment, devant financer l'autonomie des seniors.

25 Calcul réalisé à partir du modèle des coûts cachés, développé par Laurent Cappelletti. En partant de l'hypothèse admise par certains spécialistes qu'il y aurait près de 4 millions d'actifs souffrant de problèmes de vues non corrigés, les forçant à réaliser un volume de pauses quotidiennes estimée à 20 minutes, nous parvenons à cette estimation, en prenant en compte la productivité horaire moyenne d'un actif

26 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

Encadré – Le coût du transport en santé

Pour permettre aux patients de rejoindre un professionnel, le transport sanitaire est souvent la seule solution. Un rapport du Sénat en 2016, adossé à la proposition de loi visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie, démontrait que l'éloignement géographique des EHPAD constituait la principale cause de renoncement aux soins optiques pour les personnes de grand âge, et que l'encadrement du remboursement du transport pour les personnes âgées n'arrangeait rien à ce problème. Avec 5,6 milliards d'euros, le transport sanitaire représente 2,5%²⁷ de la CSBM²⁸ (en hausse de 17% par rapport à 2020 et de 10% par rapport à 2019) dont 550 millions au titre des dépenses hors ALD et maladies graves ou chroniques. Ces transports se font pour près de la moitié par des taxis conventionnés, au tiers par des VSL et à 20% par des ambulances.

Depuis 2011, ce poste de dépense a augmenté de 4,8% en moyenne par an, soit 70% plus vite que la CSBM sur la même période (2,7% en moyenne annuelle), sans que le problème de l'accès aux soins ne soit résolu. La Cour des Comptes reconnaît elle-même qu'il est difficile voire impossible en l'état actuel de connaître la ventilation précise des raisons de recours à ces transports²⁹. Malgré cette augmentation, le renoncement aux soins pour des raisons géographiques n'a pas changé, rendant ainsi nécessaire la mise en place d'une logique « d'aller vers », où le professionnel de santé se rend vers le patient et non l'inverse pour des raisons économiques comme nous avons pu le démontrer précédemment mais également pour des raisons écologiques. Sur ce dernier point, il est très facile de comprendre qu'un déplacement d'un professionnel dans les établissements médico-sociaux et de santé vaut mieux que l'addition de plusieurs déplacements individuels de patients, surtout s'ils se font par l'intermédiaire d'un moyen de transport coûteux.

27 Annexe 5 du PLFSS 2023

28 Consommation de soins et de biens médicaux

29 Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire, Cour des Comptes, octobre 2019

b) L' « aller-vers » comme remède aux renoncements

La logique prévalant dans les soins optiques doit s'inverser. C'est à l'offre de santé de se rendre directement vers le patient. Les soins optiques pourraient ainsi profiter de la mobilité des acteurs paramédicaux pour densifier l'offre de soins optiques en complément de l'action des ophtalmologistes. Pour remplir cette mission, il est indispensable de s'appuyer sur les deux autres professionnels de la filière.

En premier lieu, l'orthoptiste, bras armé actuel de l'ophtalmologiste, qui sous certaines conditions est autorisé à assister l'ophtalmologiste sous forme de délégation de tâches. Néanmoins, en nombre limité (on compte 5 800 orthoptistes en France) et principalement installés dans les secteurs urbains et péri-urbains (58 % des orthoptistes exercent dans des villes de + 200 000 habitants dont 21% dans la ville de Paris et seulement 4 % en secteur rural³⁰), ils ne semblent pas être en mesure de lutter pleinement contre le renoncement aux soins visuels des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie, ni des personnes vivant en zones rurales, souvent dans des déserts médicaux.

En second lieu, l'opticien, capable d'évaluer les troubles visuels d'un patient, d'améliorer son confort et de réaliser l'équipement sur la base de la prescription faite par l'ophtalmologiste. Les opticiens semblent être la profession toute désignée pour élargir l'offre de soins. Ils sont plus de 40.000 (soit 61 pour 100.000 habitants), donc 10 fois plus nombreux que les spécialistes. Résultat mécanique : « le délai d'un rendez-vous avec un opticien de santé en mobilité est inférieur à une semaine » souligne Caroline Pelisson. Une disponibilité à mettre au service de la réalisation de soins visuels primaires.

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

Graphique 7 – Classement des pays en fonction de la proportion des examens des troubles de la réfraction réalisés par les ophtalmologistes ³¹



Chez nos voisins européens, d'autres modèles existent et fonctionnent. Plus de 90% des examens des troubles de la réfraction sont réalisés en France par les ophtalmologistes, contre moins de 25% en Suisse, au Danemark, en Suède ou encore au Royaume-Uni. C'est la preuve par l'exemple que les opticiens sont en capacité de « seconder » les ophtalmologistes sur des gestes techniques et libérer ainsi du temps aux ophtalmologistes.

Dans la théorie schumpétérienne, l'innovation est multidimensionnelle, et non exclusivement technologique. Le recours à des solutions nouvelles, notamment en se basant sur des procédés inédits pour répondre à un besoin essentiel, sont des éléments disruptifs à part entière. A ce titre, le projet du collectif ROAD (Regroupement des Opticiens A Domicile), fondé par trois sociétés spécialisées en mobilité (Les Opticiens Mobiles, L'Opticien qui Bouge et Les Opticiens à domicile) et souhaitant rassembler tous les opticiens à domicile de France représente une innovation pour le secteur. En reconnaissant « le rôle de l'opticien de santé en mobilité comme un véritable professionnel de santé, pleinement intégré dans le parcours de soin du patient, en lien avec les autres acteurs » tel que l'évoque Matthieu Gerber³², une nouvelle approche du soin devient possible.

³¹ Source : IGAS

³² Président ROAD, Regroupement des Opticiens A Domicile

Les premiers à en bénéficier sont les personnes fragiles (Grand Age et handicap) en établissement et à domicile, qui ont souvent des corrections non adaptées. Selon Catherine Helmer³³, « le port de lunettes non adaptées est estimé à 50% sur les patients examinés sur leur lieu de vie, cela devrait inciter à la mise en place d'actions de prévention les ciblant spécifiquement. De plus, le fait de retrouver un nombre important de troubles visuels mal corrigés également chez des personnes présentant des pathologies oculaires – et qui sont le plus souvent suivies pour ces pathologies souligne la nécessité d'être attentif à ces corrections inadaptées ».

Une action réalisée par certains acteurs de la *silver economy*. « Pour améliorer le confort visuel et corriger les troubles visuels, nous mettons en place des actions en partenariat avec un réseau d'opticiens spécialisés qui se déplacent directement dans nos établissements. Cela permet à nos résidents d'avoir accès à ces soins, sans déplacements ni contraintes. C'est aussi un point important pour les aidants et la famille, qui sont ainsi libérés de cette contrainte. C'est un stress en moins. Outre le fait que cela diminue les frais liés au transport médical, leur action, en améliorant la santé visuelle, permet de diminuer le risque de chute, la perte d'autonomie, le stress pour les familles et le renoncement aux soins » analyse Fariba Kabirian³⁴. Elle ajoute que « la plupart des résidents portant des lunettes les ont depuis des années et n'ont pas fait les contrôles nécessaires depuis longtemps. Cela peut expliquer leur mauvaise vue. Or en corrigeant cette déficience, on peut resocialiser les concernés, qui peuvent à nouveau faire des jeux de société, regarder la télévision, lire et participer aux activités du foyer. Cela favorise aussi la lutte contre la malnutrition, car lorsqu'on n'éprouve pas de plaisir à regarder l'assiette, on mange moins et on est ainsi sous-nourri. La mauvaise vue est donc un double facteur, direct et indirect, de chute, qui là encore est corrigé par l'action des opticiens de santé en mobilité ».

En visitant ainsi les patients, l'action des opticiens de santé en mobilité crée une richesse supplémentaire, celle de l'alerte sanitaire. « Cette mobilité permet aussi de mettre en évidence des suspicions de pathologies ou pertes de cognitions, et ensuite orienter vers le bon spécialiste » souligne Lucas Martel. « Le rôle des opticiens de santé en mobilité est très important sur la prévention. En EHPAD ou à domicile, quand on fait une évaluation des besoins, on peut faire de la prévention et être lanceur d'alerte sur des signes avant-coureur. Grâce à son rôle de coordination en santé visuelle, il est possible de contacter et transmettre mon compte-rendu de visite directement au médecin spécialiste et/ou au médecin traitant » ajoute de son côté Caroline Pelisson.

33 Chercheuse INSERM en charge de l'étude ALIENOR

34 Directrice médicale du groupe Korian – auditionnée le 6 décembre 2022

Pour profiter pleinement de ce potentiel de soin, il convient de faire néanmoins trois évolutions nécessaires : reconnaître pleinement leur statut de professionnel de santé, opérer un meilleur partage du financement de cette action, et valoriser l'exercice d'opticien de santé en mobilité comme un métier à part entière.

Sur le premier point, cela passera par « gommer le côté commerçant du métier de l'opticien, en rappelant qu'en mobilité une évaluation des besoins et une vérification systématique des acuités visuelles sont systématiquement réalisés, preuve du sérieux appuyant une reconnaissance plus forte du statut de professionnel de santé. Il est essentiel de rappeler que si je n'interviens pas, il y a des cas où il ne se passera rien. Le patient restera sans solution. Notre objectif, en tant qu'opticien, est d'être complémentaire au médecin en collaborant avec lui » souligne Caroline Pelisson.

Sur le deuxième point, il faut rappeler qu'à l'heure actuelle, ce service est intégralement à la charge du patient. « L'activité en mobilité génère des coûts et du temps additionnels par rapport à l'exercice en magasin, qui ne sont aujourd'hui pas pris en charge. Le déplacement, calculé selon l'indice kilométrique entre le domicile du praticien et celui du patient, ainsi que la valorisation du service sont donc indemnisés par le patient, sans possibilité de remboursement de la part de la sécurité sociale ou de sa mutuelle. Concrètement, ce dernier volet comprend l'installation d'un espace vision mobile, la vérification des acuités visuelles au domicile de la personne, la prise en compte des spécificités de son environnement, la coordination des soins en lien avec le corps médical et/ou les responsables légaux, la remontée d'information ainsi que l'adresse à un spécialiste » relate Lucas Martel. Il faudrait donc corriger ce biais par la prise en charge des frais de service et de déplacement par les régimes obligatoire et complémentaire, qui, en réduisant le temps d'attente, peut faire considérablement reculer le renoncement aux soins et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé visuelle des Français. A ce titre, une inclusion de ce service dans le 100% santé serait pertinente, pour accompagner son ambition de réduire le renoncement aux soins.

Sur le troisième point, il convient de valoriser ce nouveau métier, susciter des vocations d'opticiens exerçant actuellement en magasin ou en cabinet et d'accompagner les transitions professionnelles. « Notre mission en tant qu'opticien de santé en mobilité, ce n'est pas seulement de vendre des lunettes, mais c'est aussi aller plus loin en apportant un service au plus grand nombre. Ceux qui rejoignent notre réseau ont souvent travaillé en magasin auparavant et souhaitent exercer différemment. Plus qu'un produit, ils apportent de la santé visuelle au domicile des patients, à travers une réponse

complète et coordonnée avec tous les acteurs du parcours de soins» souligne Lucas Martel. « . Le métier d'opticien de santé en mobilité doit être reconnu comme tel, car il est un professionnel de santé à part entière, avec une approche très différente. En termes de formation, il n'est pas forcément obligatoire d'ouvrir une année supplémentaire d'étude diplômante, car les compétences de base sont déjà présentes. Néanmoins, il est préconisé d'être à jour des obligations vis-à-vis du DPC et de suivre une formation complémentaire est nécessaire au démarrage de l'activité pour mieux connaître l'environnement médico-social, les spécificités des publics rencontrés et la gestion d'une activité itinérante » ajoute quant à elle Caroline Pelisson. Elle ajoute que « le passage d'une activité magasin à une activité mobile est souvent motivé par la volonté d'apporter un vrai service aux personnes en demande. Aujourd'hui l'approche entre la mobilité et le magasin sont très différentes. Une personne en magasin ne peut apporter le service à domicile. Quand on fait les deux, c'est chronophage. Il faudrait que chaque magasin puisse équiper un salarié dédié à l'activité domicile avec tout le matériel nécessaire. Travailler à domicile c'est avoir beaucoup de coordination, discuter avec les familles et les médecins, et avoir une exigence demandant un engagement à 100%. La mobilité est un nouveau métier, une nouvelle approche, avec un temps différent. La patientèle a des demandes différentes. Exigence et attente différent ».

Ce triptyque de solutions nécessite un appui, une représentation et une coordination accrue des acteurs. Ces éléments représentent l'essence même de la création du projet ROAD et de l'ensemble de ses membres.



Conclusion

La filière visuelle souffre d'un déficit de stratégie publique de santé. Des initiatives innovantes développées localement par des acteurs privés sont de véritables armes pour juguler le renoncement aux soins et nécessiteraient de passer à l'échelle. Faut-il rappeler que ces renoncements engendrent des défaillances importantes pour les patients concernés ? Que ces renoncements créent des coûts colossaux, de l'ordre de 18 milliards d'euros pour les actifs, et 12 milliards d'euros pour les seniors ? L'urgence est là, les solutions existent : financer ces dépenses répondra à ce fléau de santé publique et d'injustice économique. Résorber ces gâchis économiques représentera en sus une opportunité de dégager des fonds nouveaux pouvant financer la branche autonomie de la Sécurité Sociale et ainsi enclencher un cercle vertueux pour nos seniors : en diminuant les désagréments liés à leur mauvaise vue, on permet de financer leur accompagnement vers le grand âge tout en leur apportant du bien-être du confort au quotidien. Reconnaître le rôle des opticiens de santé en mobilité permettra de mailler notre territoire avec une offre de soins visuels nouvelle et efficace et de réaliser des économies potentielles.