



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations de bonne pratique

**Troubles de la refraction -
Délivrance de verres correcteurs par les opticiens
dans le cadre d'un renouvellement**

Note de cadrage

Février 2010

SOMMAIRE

SAISINE	3
SAISINE	4
1 LE CONTEXTE	4
1.1 LA FILIERE VISUELLE EN FRANCE	4
1.1.1 Les ophtalmologistes	4
1.1.2 Les orthoptistes.....	5
1.1.3 Les opticiens-lunetiers	5
1.2 LA PRESCRIPTION ET LA DELIVRANCE DE LUNETTES A L'INTERNATIONAL	6
1.3 LA COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE	7
1.3.1 Les travaux de l'Observatoire national de la démographie et des professions de santé (ONDPS) et de la HAS.....	7
1.3.2 Les expériences de coopération menées dans le cadre de la filière visuelle en France	7
1.4 LES TROUBLES DE LA REFRACTION	7
1.4.1 Rappels physiopathologiques	7
1.4.2 Les amétropies : problème de santé publique.....	8
1.4.3 Prise en charge des amétropies	8
1.5 LA PRESCRIPTION DE VERRES CORRECTEURS EN FRANCE	9
1.6 PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	9
2 LA PROBLEMATIQUE	9
2.1 LE DISPOSITIF MIS EN PLACE DANS LE CADRE DU DECRET N'EST PAS EVALUE	9
2.2 LA DEFINITION DES SITUATIONS CLINIQUES QUI JUSTIFIERAIENT L'OPPOSITION DE L'OPHTALMOLOGISTE A LA DELIVRANCE DE VERRES PAR L'OPTICIEN APRES ADAPTATION DANS LE CADRE D'UN RENOUVELLEMENT EST UNE QUESTION TRANSVERSALE QUI COUVRE TOUS LES CHAMPS DE L'OPHTALMOLOGIE	10
2.3 LA DEFINITION DES SITUATIONS DANS LESQUELLES L'OPTICIEN DOIT ORIENTER LE PATIENT VERS L'OPHTALMOLOGISTE AVANT TOUTE DELIVRANCE NE FAIT PAS CONSENSUS AU SEIN DU CO	10
3 BASE DOCUMENTAIRE DISPONIBLE	11
3.1 LITTERATURE GRISE	11
3.1.1 Travaux réalisés sur la coopération entre professionnels de santé	11
3.1.2 Plans de santé publique.....	11
3.2 RECOMMANDATIONS SUR LE SUIVI DES AMETROPIES	11
3.3 RECOMMANDATIONS SUR LE SUIVI DES GRANDES PATHOLOGIES DE L'ŒIL	11
3.4 RECOMMANDATIONS SUR L'ORIENTATION DES PATIENTS VERS L'OPHTALMOLOGISTE	12
4 OBJECTIF DU TRAVAIL	12
5 DEFINITION DU THEME DE TRAVAIL	12
5.1 LIBELLE DU THEME	12
5.2 QUESTIONS INCLUSES DANS LE CHAMP DES RECOMMANDATIONS	12
5.3 QUESTION EXCLUE DU CHAMP DES RECOMMANDATIONS	12

5.4	POPULATIONS CONCERNEES.....	12
5.5	PROFESSIONNELS CONCERNES.....	12
6	MODALITES DE REALISATION.....	13
6.1	METHODE DE TRAVAIL	13
6.2	COMPOSITION QUALITATIVE DES GROUPES	13
6.3	PRODUCTIONS ENVISAGEES.....	13
6.4	PLAN DE DIFFUSION - COMMUNICATION.....	13
6.5	ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS	14
7	CALENDRIER PREVISIONNEL.....	14
8	AVIS DU CVR LE 17 NOVEMBRE 2009.....	14
9	AVIS DU COLLEGE DE LA HAS LE 10 FEVRIER 2010	14
	ANNEXE 1 – LISTE DES SOCIETES SAVANTES, ORGANISMES PROFESSIONNELS ET ASSOCIATIONS D’USAGERS SOLLICITES POUR LA CONSTITUTION DES DIFFERENTS GROUPES ..	15

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture orthographique et typographique

SAISINE

La demande de recommandations émane du Ministère de la santé/Direction de la sécurité sociale et de la Cnamts.

Elle fait suite à la parution du décret n°2007-553 du 13 avril 2007. Celui-ci précise les conditions dans lesquelles l'opticien, dans le cadre d'un renouvellement, peut adapter les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans, pour les patients de 16 ans ou plus (art. L. 4362-10 du Code de la santé publique [CSP]).

La demande est triple :

- élaborer à l'attention des ophtalmologistes un référentiel sur les situations pathologiques justifiant que le médecin s'oppose à la délivrance après adaptation par un opticien dans les conditions définies par l'article L. 4362-10 du CSP ;
- élaborer à l'attention des opticiens un référentiel des situations dans lesquelles l'opticien doit orienter le patient vers l'ophtalmologiste avant toute délivrance : signes d'appel simples dépitables par un opticien, niveau de modification de l'acuité visuelle (AV), etc. ;
- au regard de la formation actuelle des opticiens, la HAS a-t-elle des propositions à formuler permettant de développer cette complémentarité avec les ophtalmologistes dans des conditions optimales de sécurité pour les patients.

Le 28 septembre 2009 a eu lieu une réunion de comité d'organisation (CO) à laquelle ont participé les représentants :

- des sociétés savantes, organismes professionnels ou associations d'utilisateurs concernés¹ ;
- de la Direction de la sécurité sociale et de la Cnamts.

Les représentants de la DHOS et du Conseil National de l'Ordre des Médecins étaient excusés. Le Collectif Interassociatif sur la Santé a été convié, mais n'a pas adressé de représentant.

1 LE CONTEXTE

1.1 La filière visuelle en France

Trois acteurs composent actuellement la filière visuelle en France :

- les ophtalmologistes ;
- les orthoptistes ;
- les opticiens.

1.1.1 Les ophtalmologistes

Ce sont des médecins spécialisés en ophtalmologie, détenteurs depuis 1984 du DES d'ophtalmologie, obtenu à l'issue d'une formation de 11 ans. Bien que la filière de formation soit chirurgicale, l'ophtalmologie se définit comme une discipline « médico-chirurgicale » qui a pour missions « la surveillance, l'amélioration ou le maintien de la santé de l'appareil visuel et de ses annexes » (Académie d'ophtalmologie, 2002). Le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) estime pour sa part que « l'ophtalmologiste est la porte d'entrée médicale pour un patient qui présente un trouble qui touche l'appareil oculaire et ses annexes » (Bour, 2006).

D'un point de vue démographique, les données sont variables selon les sources que l'on retient :

¹ Collège des ophtalmologistes universitaires de France, Collège des ophtalmologistes des hôpitaux généraux de France, Fédération nationale des opticiens de France, Société française d'ophtalmologie, Syndicat des opticiens sous enseigne, Syndicat des orthoptistes de France, Syndicat national autonome des orthoptistes, Syndicat national des centres d'optique mutualistes, Syndicat national des ophtalmologistes de France.

- les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2009) recensent les médecins qualifiés en chirurgie ophtalmologique, inscrits au tableau national de l'ordre et ayant exercé une activité régulière pendant l'année écoulée ;
- les données de la DREES (DREES, 2009) sont basées sur le répertoire Adeli qui inclut à la fois les libéraux et les salariés, y compris les remplaçants mais exclut les praticiens hospitaliers temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital, les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Le répertoire Adeli recense les qualifiés spécialistes et les lauréats du concours de praticien hospitalier dans la spécialité.

D'après ces sources :

- au 1^{er} janvier 2009, en France métropolitaine, selon les sources, l'effectif d'ophtalmologistes variait de 5 215 (CNOM, 2009) à 5 567 (DREES, 2009) et la densité médicale de 8,4 à 9/100 000 habitants. L'effectif d'ophtalmologistes a augmenté de 5 % depuis 1999 (la densité médicale n'a pas augmenté) (DREES, données 1999 à 2009) ;
- leur répartition géographique est inégale : la densité médicale moyenne variait de 5/100 000 (en Champagne - Ardennes) à 13/100 000 (en Ile-de-France) (DREES, 2009);
- la moyenne d'âge est de 52 ans, contre 51 ans pour l'ensemble des médecins (CNOM, 2009) (DREES, 2009). L'effectif des moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans (CNOM, 2009) ;
- le taux de féminisation est de 43 %, contre 38,8 % pour la totalité des femmes médecins (CNOM, 2009) (DREES, 2009) ;
- 60,9 % avaient une activité libérale exclusive (CNOM, 2009) ; 13,9 % exerçaient en milieu hospitalier et 83,6 % en cabinet (DREES, 2009).

Dans les 10-15 ans à venir, le vieillissement de la population va entraîner à terme une augmentation des pathologies oculaires (DMLA, glaucome, cataracte, etc.). Une estimation du SNOF prévoit pour 2025, à démographie ophtalmologique à peu près constante, une augmentation de 20 à 25 % des consultations.

1.1.2 Les orthoptistes

Ce sont des professionnels de santé. Leur formation dure 3 ans, au sein d'écoles d'orthoptie dépendant de services d'ophtalmologie universitaires (Bour, 2006). Au 1^{er} janvier 2009, leur effectif était de 3 081 en France métropolitaine (augmentation de 53 % depuis 1999) et la densité de 5/100 000 habitants. Le pourcentage de femmes est très élevé : 91,3 % et la moyenne d'âge est de 40 ans ; 72 % exercent en libéral (DREES, 2009).

L'article R. 4342-1 du CSP définit ainsi la profession d'orthoptiste : « L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision ». L'orthoptiste travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par des ophtalmologistes (Berland, 2007). La détermination de l'acuité visuelle (AV) et de la réfraction figurent à la liste des actes pouvant être réalisés par des orthoptistes sur prescription médicale (décret n°2007-1671 du 27 novembre 2007).

1.1.3 Les opticiens-lunetiers

Ce sont des professionnels de santé, titulaires d'un brevet de technicien supérieur d'opticien-lunetier ou d'un brevet professionnel d'opticien-lunetier (art. L. 4362-2 du CSP). Le diplôme d'opticien-lunetier est nécessaire pour diriger ou gérer un magasin d'optique (art. L. 4362-9 du CSP). Au 1^{er} janvier 2009, l'effectif total d'opticiens en France métropolitaine était de 19 575 (densité : 32/100 000 habitants), ce qui correspond à un doublement de l'effectif depuis 10 ans (9 280 opticiens recensés en 1999). C'est une profession jeune (âge moyen 38,3 ans). 85,8 % des opticiens exercent dans des points de vente, 68,1 % sont salariés et 31,9 % propriétaires (DREES, 2009).

Le nombre de points de vente a augmenté de 43 % de 1997 à 2008. Fin 2008, on recensait 10 497 magasins dont 47,6 % d'indépendants, 30,4 % de groupements coopératifs, 6,1 % de mutualistes et 15,9 % de franchises ou succursales (données du Synope, décembre 2009).

Les opticiens-lunetiers ne peuvent pas délivrer à une personne âgée de moins de 16 ans des verres correcteurs sans ordonnance médicale (art. L. 4362-9 du CSP). Aucun texte n'interdit la délivrance de lunettes à des personnes de plus de 16 ans sans ordonnance médicale. Néanmoins, jusqu'à 2007, les opticiens ne pouvaient pas manier « des appareils servant à déterminer la réfraction » (arrêté du 13 avril 2007).

C'est l'article 54 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale qui a permis aux opticiens d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de 16 ans et sauf opposition du médecin. Cet article a été codifié dans le CSP (art. L. 4362-10 du CSP) qui précise également que l'opticien-lunetier doit informer la personne appareillée que « l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical ».

Le décret n°207-553 du 13 avril 2007 a précisé les conditions d'adaptation par l'opticien de la prescription médicale initiale :

- le prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'adaptation ;
- le médecin a prescrit la première correction pour les patients presbytes ;
- l'opticien informe le médecin prescripteur lorsque la correction est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale.

Le décret impose aux opticiens :

- d'être identifié par le port d'un badge signalant son titre professionnel ;
- de réaliser l'examen de la réfraction du patient « dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y adossé, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel » et de manière à ce que « l'intimité du patient soit préservée » ;
- de s'interdire toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction.

L'arrêté du 13 avril 2007 a supprimé de la liste des actes ne pouvant être réalisés que par des médecins « le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire ».

Enfin, le décret n°207-551 du 13 avril 2007 a permis le remboursement des verres correcteurs délivrés par un opticien dans le cadre d'un renouvellement en cas de prescriptions médicales initiales datant de moins de 3 ans.

1.2 La prescription et la délivrance de lunettes à l'international

Les conditions de prescription et de délivrance des lunettes sont très variables d'un pays à l'autre du fait de l'hétérogénéité des pratiques et d'organisation de la filière visuelle. Le recueil de ces données est complexe du fait que certaines publications confondent la prescription de lunettes et la prise en charge par le système en place d'assurance maladie.

Les ophtalmologistes et les opticiens sont toujours présents au sein de la filière visuelle (Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Etats-Unis, France, Royaume-Uni, Suisse). Selon les pays, les opticiens peuvent :

- réaliser des examens de la réfraction, puis prescrire des lunettes (Allemagne, Suisse) (Inserm, 2002) ;
- seulement délivrer des lunettes sur prescription d'un autre professionnel de santé (ophtalmologiste) (Australie, Belgique, Etats-Unis, Québec, Ontario et Royaume-Uni) (Inserm, 2002)(Bour, 2006)(de Pourville, 2003)(College of Opticians of Ontario, 2008)(Office des Professions du Québec, 2009).

En Europe et aux Etats-Unis, les orthoptistes réalisent en général des examens de la réfraction. A l'exclusion de la France, ils sont quasi-exclusivement salariés et exercent sous la direction d'un ophtalmologiste (Bour, 2006).

1.3 La coopération entre professionnels de santé

1.3.1 Les travaux de l'Observatoire national de la démographie et des professions de santé (ONDPS) et de la HAS

Les travaux sur le thème de coopération entre les professions de santé ont été débutés en 2003. Le rapport du Pr Berland concluait à la nécessité « d'envisager le transfert de compétences », d'identifier les transferts nécessaires ou souhaités et de les expérimenter (Berland, 2003). Les expérimentations de coopération entre professions de santé ont été permises par l'article 131 de la loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004.

En 2005, cinq expériences de coopération ont été menées sous le pilotage de l'Observatoire national de la démographie et des professions de santé (ONDPS), dont une entre ophtalmologistes et orthoptistes (Berland, 2006). Les conclusions de ce rapport étaient que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ». Dix nouveaux projets expérimentaux ont été autorisés en 2006 par arrêté, dont aucun concernant la filière visuelle.

La HAS et l'ONDPS ont analysé les expérimentations en cours et élaboré en 2008 de nouvelles recommandations sur les conditions de généralisation des expérimentations (HAS, 2008).

1.3.2 Les expériences de coopération menées dans le cadre de la filière visuelle en France

La seule expérimentation menée concernait la coopération ophtalmologiste-orthoptiste dans deux cabinets d'ophtalmologie de ville du Mans (Sarthe) (Berland, 2006).

Au cours de l'expérimentation, la répartition des tâches a été la suivante :

- pour l'orthoptiste : débrouillage du motif de consultation, réfraction, bilan oculomoteur, mesure de la tension oculaire sans contact, pose des lentilles choisies par le médecin, apprentissage des manipulations, enseignement des signes d'alarme ;
- pour l'ophtalmologiste : interrogatoire, contrôle des actes effectués par l'orthoptiste, mesure de la pression intraoculaire par contact si nécessaire, examen des structures coulaies et des annexes, synthèse et diagnostic, conclusion.

Les orthoptistes de l'expérimentation ont été formées à la réfraction, à la pose de lentilles et à la réalisation de certaines techniques (par exemple la mesure de la tension oculaire, la prise de photos du fond d'œil).

Les conclusions étaient les suivantes :

- faisabilité bonne du binome ophtalmologiste-orthoptiste pour les examens de la vision ;
- pas de perte de chance pour le patient : qualité et sécurité de l'examen assurés par la formation des orthoptistes et par la possibilité d'une interaction permanente entre ophtalmologiste et orthoptiste ;
- gain de temps médical.

Cette expérimentation a donné lieu à une modification de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, en permettant aux orthoptistes d'exercer sous ordonnance médicale ou sous la responsabilité d'un médecin « notamment dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologiste ».

1.4 Les troubles de la réfraction

1.4.1 Rappels physiopathologiques

La réfraction est le phénomène de déviation de la lumière lorsqu'elle rencontre une surface séparant deux milieux transparents d'indice différent. L'œil emmétrope est optiquement normal : les rayons lumineux pénétrant dans l'œil en repos accommodatif convergent sur la rétine et

l'image est donc vue nette. L'œil amétrope présente une anomalie de la réfraction : l'image d'un objet situé à l'infini ne se forme pas sur la rétine et celui-ci est donc vu flou (COUF, 2003).

Les principales amétropies sont :

- la myopie : l'œil est trop convergent ou trop long par rapport à sa convergence, l'image se forme en avant de la rétine ;
- l'hypermétropie : l'œil n'est pas assez convergent ou est trop court par rapport à sa convergence, l'image se forme en arrière de la rétine ;
- l'astigmatisme : la réfraction de l'œil n'est pas la même selon le plan dans lequel se trouve les rayons incidents ;
- la presbytie est la perte progressive du pouvoir d'accommodation de l'œil.

Leurs étiologies sont variables ; elles peuvent résulter de maladies organiques (cataracte myopisante, kératocône, kératite, etc.) (COUF, 2003).

1.4.2 Les amétropies : problème de santé publique

Les amétropies constituent un problème de santé publique de par :

- le handicap pour l'individu en cas de non ou mauvaise correction : pertes d'opportunité d'éducation et d'emploi, baisse de productivité et de qualité de vie (Plan Vision 2020, OMS, 2007) ;
- leur fréquence : aucune étude en population concernant la fréquence des troubles de la réfraction en France n'a été identifiée. Néanmoins, d'après le SNOF, la fréquence des amétropies en France serait la suivante (SNOF, 2004) (méthode d'estimation de la prévalance non renseignée) :
 - myopies : 29 % de la population ;
 - astigmates : 15 % de la population ;
 - hypermétropes : 9 % de la population ;
 - presbytes : 26 à 30 % de la population.

Une enquête menée par le SNOF en 2005 a évalué les motifs de consultation des patients (Bour, 2006). Cette enquête a été réalisée auprès de 2 000 patients constituant la clientèle sur une semaine du 2^e trimestre 2005 de 10 ophtalmologistes libéraux (avec une activité ou médicale ou chirurgicale dominante). Dans 31 % des cas, le motif principal de consultation était le suivi d'une amétropie ou le contrôle de l'appareil visuel.

D'après l'OMS, dans le monde, 153 millions de personnes souffrent d'une déficience visuelle (AV du meilleur œil < 3/10) en raison de troubles de la réfraction non corrigés (ces chiffres excluent la presbytie non corrigée, dont la prévalance est inconnue). Les troubles de la réfraction non corrigés constituent la principale cause de déficience visuelle et 18 % des causes de cécité (Plan Vision 2020, OMS, 2007).

1.4.3 Prise en charge des amétropies

La prise en charge des amétropies repose sur la prescription de lunettes ou de lentilles et sur la chirurgie réfractive. Le plan Vision 2020 définit comme suit la prise en charge des troubles de réfraction (Plan Vision 2020, OMS, 2007) :

- examen des yeux : dépistage de pathologies oculaires concomitantes nécessitant des soins ;
- réfraction : évaluation du patient et détermination de la correction requise ;
- délivrance : fourniture de la correction, après vérification de l'adéquation de la prescription ;
- suivi : vérification de l'observance de la prescription et du soin pris de la correction, réparation ou remplacement des lunettes le cas échéant.

L'enquête du SNOF a également évalué les prescriptions réalisées en sortie de consultation (Bour, 2006) :

- dans 37 % des cas, tout motif de consultation confondue, la consultation a donné lieu à une prescription de lunettes ou lentilles ;

- quand le motif était le suivi d'une amétropie ou le contrôle de l'appareil visuel, une prescription de lunettes ou lentilles a été faite dans 72 % des cas. Il n'est pas précisé le pourcentage de renouvellement ;
- à l'issue de la consultation, dans 52 % des cas, une nouvelle consultation a été conseillée dans un délai de moins d'un an.

1.5 La prescription de verres correcteurs en France

En 2007, 14 778 543 verres correcteurs ont été remboursés par le Régime Général de l'Assurance Maladie (contre 13 874 807 en 2006, soit une augmentation de 6,5 % en 2007 par rapport à 2006) chez des patients de 18 ans ou plus (données de la LPP'AM 2006 et 2007, consulté sur le site Ameli.fr le 15/09/2009). Chez les patients de moins de 18 ans, l'augmentation de prescription entre 2006 et 2007 a été de 3,4 % (cf. tableau 1).

Tableau1. Volume de verres correcteurs remboursés par le Régime Général de l'Assurance Maladie en 2006 et 2007.

	2006	2007
Âge des patients < 18 ans	3 098 565	3 204 331
Âge des patients ≥ 18 ans	13 874 807	14 778 543

1.6 Prise en charge par l'Assurance Maladie

Les lunettes (verres et montures) sont inscrites à la *liste des produits et prestations remboursables* par l'Assurance Maladie (LPPR mise à jour le 9/7/2009) :

- les verres sont remboursés à 65 % sur la base des tarifs de responsabilité (tarif variable selon les caractéristiques du verre et l'âge du patient, de 2,29 euros à 66,62 euros par verre) ;
- la monture est remboursée à 65 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 30,49 euros pour les moins de 18 ans, 2,84 euros pour les plus de 18 ans.

2 LA PROBLEMATIQUE

2.1 Le dispositif mis en place dans le cadre du décret n'est pas évalué

On ne dispose pas de données concernant l'évaluation du dispositif mis en place en 2007 dans le cadre du décret n°207-553 du 13 avril 2007. La Cnamts n'est pas actuellement en mesure de définir quel pourcentage des verres remboursés a été délivré par des opticiens dans le cadre d'un renouvellement. Il est prévu qu'un code ayant trait au renouvellement soit mentionné sur les feuilles de soins ou renseigné dans les flux télétransmis aux caisses. Ce dispositif n'est pas encore opérationnel (site Ameli.fr, consulté le 15/09/2009). Il pourrait être également intéressant de déterminer pour chaque délivrance le délai entre la prescription initiale et la délivrance de verres correcteurs et d'évaluer l'évolution de ce délai au cours des années.

L'avis des membres du CO concernant la mise en œuvre des dispositions du décret du 13 avril 2007 est variable :

- le décret est en place depuis peu, le retour d'expérience est difficile à évaluer ;
- pour ce qui concerne l'opposition des ophtalmologistes au renouvellement, les pratiques semblent variables : certains membres jugent que les situations d'opposition sont rares, d'autres au contraire que l'opposition est systématique de la part de certains ophtalmologistes ;
- le signalement (réglementairement prévu) par l'opticien à l'ophtalmologiste d'un changement de correction optique initialement prescrite par l'ophtalmologiste est difficile à évaluer ; il en est de même que l'orientation des patients vers les ophtalmologistes face à certaines situations pathologiques identifiées lors de la demande de renouvellement.

L'absence de ces données ne permet pas d'identifier les problèmes de pratique éventuellement rencontrés.

L'opportunité d'une enquête de pratique a été discutée. Le premier objectif de cette enquête serait d'évaluer la façon dont le décret est mis en œuvre, en l'absence d'autres données disponibles ; l'autre objectif serait d'alimenter la réflexion du groupe de pilotage. Il ne s'agit pas d'évaluer l'efficacité du dispositif.

Cette enquête aurait essentiellement 2 volets, l'un destiné aux ophtalmologistes, l'autre aux opticiens :

- volet destiné aux ophtalmologistes : l'enquête porterait sur toutes les consultations réalisées sur un intervalle de 15 jours, le nombre total de prescriptions de lunettes, le pourcentage de prescriptions de lunettes avec opposition au renouvellement par les opticiens et les raisons de cette opposition, le nombre de patients adressés par l'opticien et les raisons de cette orientation ;
- volet destiné aux opticiens : l'enquête porterait sur toutes les lunettes délivrées sur prescription médicale sur un intervalle de 15 jours, le pourcentage de ces lunettes délivrées dans le cadre d'un renouvellement, le pourcentage de remplacement à l'identique et après réadaptation, le pourcentage de patients orientés vers l'ophtalmologiste et les raisons de cette orientation.

Les orthoptistes du CO souhaiteraient un troisième volet à cette enquête qui les concernerait : l'enquête porterait sur toutes les consultations réalisées par les orthoptistes sur un intervalle de 15 jours, le nombre total d'exams de la réfraction réalisée, le pourcentage de patients orientés vers l'ophtalmologiste ou l'opticien et les raisons. Ce volet est en dehors du périmètre des recommandations demandées.

L'enquête serait réalisée sur un échantillon construit par tirage au sort, qui devrait être stratifié par région, puis par secteur d'activité. La faisabilité et le coût d'une telle enquête doivent être évalués au préalable.

2.2 La définition des situations cliniques qui justifieraient l'opposition de l'ophtalmologiste à la délivrance de verres par l'opticien après adaptation dans le cadre d'un renouvellement est une question transversale qui couvre tous les champs de l'ophtalmologie

Il s'agit d'une question précise mais transversale qui recouvre tous les champs de l'ophtalmologie. En effet, outre certains troubles graves de la réfraction, les membres du CO ont estimé qu'il s'agissait d'établir une liste indicative, non exhaustive, de situations ou de circonstances associées, liées à une pathologie générale ou à une pathologie de l'œil qui nécessitent un suivi rapproché par l'ophtalmologiste.

Il est proposé d'établir cette liste de situations cliniques en se fondant en premier lieu sur les recommandations existantes en matière de suivi des pathologies de l'œil.

2.3 La définition des situations dans lesquelles l'opticien doit orienter le patient vers l'ophtalmologiste avant toute délivrance ne fait pas consensus au sein du CO

Les opticiens du CO ont exprimé leur besoin d'une telle liste. Les ophtalmologistes du CO ont estimé que tout symptôme visuel ou oculaire anormal devrait conduire l'opticien et surtout le patient à consulter un ophtalmologiste. Selon eux, le risque d'une telle liste serait de multiplier inutilement les demandes de consultations en urgence auprès des ophtalmologistes ; l'autre risque est d'engager la responsabilité des opticiens au regard de la recherche de ces symptômes.

Les membres du CO ont proposé de lister ces symptômes à titre informatif dans un document destiné aux patients qui leur expliquerait les modalités de renouvellement de lunettes prescrites depuis moins de 3 ans, ainsi que les situations qui doivent leur faire consulter un ophtalmologiste. Une des possibilités serait d'adapter le document élaboré par la Cnamts (en ligne sur le site ameli.fr).

Il n'y a pas d'accord parmi les membres du CO pour définir un niveau de baisse d'AV qui nécessiterait d'orienter le patient vers l'ophtalmologiste avant la délivrance de lunettes pour les raisons suivantes :

- la mesure de l'AV pose des problèmes de standardisation : des efforts de standardisation sont en cours au niveau européen ;
- la détermination de l'AV n'est pas réalisée de manière systématique par l'opticien dans le cadre d'un renouvellement ;
- l'opticien ne dispose pas toujours d'une AV de référence.

Plutôt que de définir un niveau de baisse d'AV, il est proposé de réfléchir à la définition d'un niveau d'évolution de la réfraction qui nécessiterait de recourir à l'ophtalmologiste avant délivrance et de préciser les conditions de cette orientation (délai, modalités, traçabilité, etc.).

3 BASE DOCUMENTAIRE DISPONIBLE

Une première recherche documentaire a été réalisée. Elle a consisté en une consultation des bases de données MedLine et Pascal, ainsi que des bases et des sites Internet spécialisés en ophtalmologie et optique. Cette recherche préliminaire s'est révélée très pauvre. En particulier, aucune étude ne permet de répondre directement aux questions posées.

3.1 Littérature grise

3.1.1 Travaux réalisés sur la coopération entre professionnels de santé

- Délégation, transfert, nouveaux métier. Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé (HAS, 2008)
- Enjeu économique des coopérations entre professionnels de santé (HAS, 2007)
- Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (Berland, 2003)
- Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé (Berland, 2003)

3.1.2 Plans de santé publique

- Plan handicap visuel 2008-2011, 2008
- Plan OMS Vision 2020 – Le droit à la vue, 2007

3.2 Recommandations sur le suivi des amétropies

Les recommandations identifiées sont peu nombreuses et portent principalement sur la chirurgie réfractive.

3.3 Recommandations sur le suivi des grandes pathologies de l'œil

Recherche bibliographique en cours (DMLA, glaucome, rétinopathie diabétique, cataracte, neuropathie optique, etc.).

La HAS a d'autres travaux en cours en 2009 en ophtalmologie :

- la DMLA (recommandations de bonne pratique) ;
- le dépistage de la rétinopathie diabétique par photographies du fond d'œil (évaluation en santé publique).

3.4 Recommandations sur l'orientation des patients vers l'ophtalmologiste

Un seul travail identifié provenant de l'*American Academy of Ophthalmology*, 2009: *Guidelines for appropriate referral of persons with possible eye diseases or injury*.

4 OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif affiché par le ministère lors de la rédaction du décret n°207-553 du 13 avril 2007 était d'améliorer l'accès aux soins des patients en diminuant les délais d'obtention d'une consultation chez l'ophtalmologiste et par conséquent d'améliorer la précocité et la qualité de leur prise en charge (Saisine du Ministère de la santé, 2007). Les ophtalmologistes présents au comité d'organisation estiment pour leur part que l'objectif du décret était de favoriser non pas l'accès aux soins mais l'accès aux lunettes.

L'absence de données de pratique concernant l'évaluation du dispositif mis en place dans le cadre du décret du 13 avril 2007 ne permet pas d'afficher un objectif d'amélioration des pratiques.

5 DEFINITION DU THEME DE TRAVAIL

5.1 Libellé du thème

Il est proposé d'élaborer des recommandations de bonne pratique sur le thème « Troubles de la refraction : délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement ».

5.2 Questions incluses dans le champ des recommandations

Le comité d'organisation a proposé de répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?
2. Quel niveau d'évolution de la refraction nécessiterait de recourir à un ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation (délai, modalités, traçabilité, etc.) ?

Les recommandations ne concernent que la délivrance de lunettes, à l'exclusion de la délivrance de lentilles de contact.

5.3 Question exclue du champ des recommandations

La question de la formation des opticiens ne sera pas incluse dans le cadre de ces recommandations car elle dépasse le champ des missions de la HAS.

5.4 Populations concernées

Ce rapport concernera les patients de plus de 16 ans.

5.5 Professionnels concernés

Ces recommandations s'adressent aux ophtalmologistes, opticiens, orthoptistes, médecins généralistes.

6 MODALITES DE REALISATION

6.1 Méthode de travail

Ce travail sera mené par le service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS. La méthode choisie pour l'élaboration des recommandations est la méthode du consensus formalisé avec un groupe de lecture, définie par la HAS². Il y a aura donc successivement constitution d'un groupe de pilotage, d'un groupe de cotation et d'un groupe de lecture.

Compte tenu du contexte (encadrement d'un décret concernant deux professions appartenant à une même filière), il est proposé de choisir un médecin de santé publique et/ou un méthodologiste pour présider le groupe de pilotage. A l'heure où cette note de cadrage est adressée au Collège, le nom du président n'est toujours pas connu.

L'analyse de la littérature sera conduite par un chargé de projet ophtalmologiste (Dr Brice DUGAS, DPI examinée par le CVR).

6.2 Composition qualitative des groupes

La composition qualitative des différents groupes (pilotage, cotation et lecture) a été discutée et figure dans le tableau 2. Ces groupes devront être représentatifs des différentes formes d'exercice et des différentes régions de France, notamment :

- ophtalmologistes et orthoptistes libéraux et hospitaliers ;
- opticiens mutualistes, sous enseigne ou hors enseigne.

Tableau 2. Composition qualitative des groupes envisagée

Spécialiste	Groupe de pilotage	Groupe de cotation	Groupe de lecture
Ophtalmologistes	2	8	20
Opticiens	2	8	20
Orthoptistes	2	2	6
Usagers	1	0	4
Médecin généraliste	1	1	2
Juriste	1		
Total	9	19	52

6.3 Productions envisagées

Outre les recommandations de bonne pratique (argumentaire, recommandations, synthèse), il est proposé d'élaborer un document à destination des usagers concernant les modalités de renouvellement de lunettes prescrites il y a moins de 3 ans et incluant une liste de symptômes devant conduire à consulter l'ophtalmologiste.

6.4 Plan de diffusion - communication

Compte tenu de la singularité du thème et de son caractère transversal, une diffusion élargie d'une fiche de synthèse à l'ensemble des professionnels de la filière visuelle est proposée. Il pourrait être envisagé d'établir une convention avec la Cnamts afin qu'elle édite la synthèse et la diffuse par le réseau des délégués de l'assurance maladie.

² Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. HAS, janvier 2006.

6.5 Actualisation des recommandations

L'élaboration des recommandations est menée dans un contexte de réflexion sur la coopération entre professionnels de santé, notamment ceux de la filière visuelle. Ces recommandations devront être actualisées en fonction des résultats des expérimentations en cours et de l'évolution du contexte réglementaire, sans qu'il soit possible de prévoir une date pour leur actualisation.

7 CALENDRIER PREVISIONNEL

- Première réunion du groupe de pilotage : avril 2010.
- Présentation du rapport final et des recommandations au Comité de validation des recommandations (CVR) : novembre-décembre 2010.

8 AVIS DU CVR LE 17 NOVEMBRE 2009

Cette note de cadrage a été soumise au CVR qui a rendu un avis favorable (9/9) sous réserve de modifications :

- compléter les données démographiques ;
- désignation d'un président pour le groupe de pilotage (au mieux un médecin de santé publique et/ou un méthodologiste) ;
- rajout de médecins généralistes et d'un juriste dans les groupes.

Le CVR a jugé utile de demander la réalisation d'une enquête de pratique qui aurait comme principal objectif de réaliser un état des lieux de la mise en place du dispositif réglementaire.

Le CVR a aussi souhaité que les données internationales concernant la coopération entre ophtalmologiste et opticien soient complétées dans l'argumentaire.

9 AVIS DU COLLEGE DE LA HAS LE 10 FEVRIER 2010

Le Collège de la HAS a donné un avis favorable à la note de cadrage le 10 février 2010.

ANNEXE 1 – LISTE DES SOCIETES SAVANTES, ORGANISMES PROFESSIONNELS ET ASSOCIATIONS D'USAGERS SOLLICITES POUR LA CONSTITUTION DES DIFFERENTS GROUPES

- | | |
|------------------------------|--|
| Ophthalmologistes | <ul style="list-style-type: none">- Académie d'ophtalmologie³- Collège des ophtalmologistes universitaires de France- Collège des ophtalmologistes des hôpitaux généraux de France- Société Française d'Ophtalmologie- Syndicat national des ophtalmologistes de France |
| Opticiens | <ul style="list-style-type: none">- Fédération Nationale des Opticiens de France- Syndicat national des centres d'optique mutualistes- Syndicat des Opticiens sous Enseigne- Union des Opticiens |
| Orthoptistes | <ul style="list-style-type: none">- Association française d'orthoptique- Société française d'étude et de recherche en orthoptie- Syndicat National Autonome des Orthoptistes- Syndicat des Orthoptistes de France |
| Usagers | <ul style="list-style-type: none">- Collectif Interassociatif sur la Santé- Union Nationale des Associations Familiales |
| Médecins généralistes | <ul style="list-style-type: none">- Regroupement des sociétés scientifiques de médecine générale |

³ Correspond au *Collège de bonnes pratiques* de la profession