

N° 1450

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 novembre 2018.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA
PROPOSITION DE LOI *visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées*
en perte d'autonomie,

VOLUME I

AVANT-PROPOS, COMMENTAIRE D'ARTICLE ET ANNEXES

PAR MME AGNÈS FIRMIN LE BODO,

Députée.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1326.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
I. LE DISPOSITIF ACTUEL D'ACCÈS AUX SOINS OPHTALMOLOGIQUES NE PERMET PAS AUX PERSONNES HÉBERGÉES EN EHPAD DE DISPOSER DE LUNETTES ADAPTÉES À LEUR VUE	7
A. L'ACCÈS DES PATIENTS AUX SOINS VISUELS RESTE DIFFICILE DU FAIT DE LA PÉNURIE D'OPHTALMOLOGUES	7
1. Les ophtalmologues sont répartis de manière inégale sur le territoire.....	7
2. L'exigence d'une ordonnance pour la délivrance d'équipement optique est récente et liée aux conditions de prise en charge	8
3. Les patients rencontrent des difficultés à obtenir un rendez-vous pour faire contrôler leur vue	9
4. La démographie médicale ne permet pas d'espérer une amélioration rapide de ces délais	10
B. EN CONSÉQUENCE, LES PERSONNES ÂGÉES ONT SOUVENT DES LUNETTES INADAPTÉES	11
C. LES MESURES MISES EN PLACE POUR PALLIER LA PÉNURIE D'OPHTALMOLOGUES PEINENT À PRODUIRE DES EFFETS	12
1. Le développement du « travail aidé » des ophtalmologues	13
2. Les possibilités d'adaptation des prescriptions par les opticiens.....	14
II. UNE PROPOSITION DE LOI POUR PERMETTRE AUX OPTICIENS DE CONTRÔLER L'ACUITÉ VISUELLE SUR PLACE ET D'ADAPTER LES PRESCRIPTIONS OPTIQUES DES PERSONNES HÉBERGÉES EN EHPAD	15
A. DÉFENDRE L'AUTONOMIE ET LA DIGNITÉ DES PERSONNES.....	16
B. CONSTATER QUE LES DIFFICULTÉS DE MOBILITÉ RENDENT COMPLIQUÉES LES CONSULTATIONS EN VILLE.....	16
C. METTRE FIN À UNE RESTRICTION PRÉVUE PAR DÉCRET	17
D. PERMETTRE L'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS SANS REMETTRE EN CAUSE L'ÉQUILIBRE DE LA FILIÈRE VISUELLE DÉFINI PAR LE LÉGISLATEUR	19
E. CONFIER AU POUVOIR RÉGLEMENTAIRE LA MISSION DE VALIDER UNE NÉGOCIATION ENTRE LES ACTEURS DE LA FILIÈRE VISUELLE ET UN ENCADREMENT DES CONDITIONS DE VÉRIFICATION ET D'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS	19

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION À LA PROPOSITION DE LOI	22
A. PRÉCISER LA RÉDACTION	22
B. DONNER À LA PROPOSITION DE LOI UN CARACTÈRE EXPÉRIMENTAL POUR UNE DURÉE DE L'ORDRE DE TROIS ANS.....	22
COMMENTAIRE D'ARTICLE	23
<i>Article unique</i> : Réalisation de tests d'acuité visuelle par les opticiens dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	23
ANNEXES	25
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	25
ANNEXE N° 2 : LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES	27
ANNEXE N° 3 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	29

AVANT-PROPOS

Le grand âge est un moment où l'acuité visuelle évolue à nouveau et devient un souci pour toute la population : la perte d'acuité visuelle est un phénomène biologique qui augmente avec l'âge. 96 % des personnes de 50 ans et plus déclarent avoir des troubles de la vision, contre 49 % des 20-29 ans et 71 % des 40-49 ans ⁽¹⁾. La baisse d'acuité visuelle, l'évolution d'une cataracte, voire les signes précurseurs d'une dégénérescence maculaire, d'un glaucome ou de troubles vasculaires nécessitent une prise en charge médicale et une correction afin de rendre au patient une acuité correcte pour sa vie de tous les jours.

Or l'organisation de la filière visuelle peine à donner accès aux soins nécessaires : en moyenne, il faut compter 52 jours pour obtenir un rendez-vous pour effectuer un contrôle et obtenir la prescription d'un équipement optique adapté par un ophtalmologue.

Ce problème est encore plus aigu chez nos aînés, en particulier ceux qui sont hébergés au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour qui l'accès aux soins ophtalmologiques nécessite une mobilité accompagnée, ce qui n'est ni compatible avec le nombre de soignants en EHPAD ni possible pour toutes les familles des résidents. Aussi la moitié d'entre eux ne dispose pas d'un équipement optique adapté à leur acuité visuelle.

Or le fait de ne pas disposer d'une vue corrigée n'est pas sans conséquence médicale et sociale : cela multiplie les risques de chute ; cela favorise l'isolement en limitant leur vie sociale ; cela entrave leur dignité en ne leur permettant pas de défendre leur autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

Depuis 2007, les opticiens sont autorisés à réaliser des tests d'acuité visuelle, dits « de réfraction », afin d'adapter des prescriptions faites par les ophtalmologues, dans des conditions encadrées strictement et négociées entre les différents acteurs de la filière visuelle. Parmi ces conditions, le pouvoir réglementaire a prévu que les tests réalisés par les opticiens ne peuvent être réalisés que dans leur boutique – alors qu'ils sont par ailleurs autorisés à se rendre chez leurs clients qui le désirent, dans un EHPAD ou dans un autre établissement médico-social pour proposer leurs autres services à domicile.

La présente proposition de loi a donc un champ volontairement limité : elle ne vise qu'à ouvrir la possibilité pour les opticiens de réaliser ces tests au sein

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes », *Études & résultats* n° 881, juin 2014 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er881.pdf>

des EHPAD pour adapter les prescriptions des résidents datant de moins de trois ans. Elle ne remet pas en cause l'exclusivité de la prescription primaire par les ophtalmologues, principe que certains voudraient questionner, et elle maintient l'obligation des patients de réaliser une consultation médicale lorsque leur prescription date de plus de trois ans ; elle ouvre simplement le champ de la négociation en confiant au pouvoir réglementaire la mission d'organiser une concertation entre les acteurs de la filière visuelle et d'encadrer par décret les conditions dans lesquelles les opticiens pourraient effectuer des tests pour fournir des lunettes adaptées au sein des EHPAD.

Il s'agit bien, comme le proposaient nos collègues Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat ⁽¹⁾, d'ouvrir les EHPAD pour que les professionnels de santé et de soins viennent à la rencontre de leurs résidents, plutôt que d'attendre que des personnes âgées en perte d'autonomie aillent au-devant du monde médical.

Consultés par la rapporteure, les représentants des ophtalmologues comme des opticiens ont déclaré qu'ils n'étaient pas opposés au dispositif proposé pour les premiers, et favorables pour les seconds, à la condition que cette nouvelle faculté soit strictement encadrée afin d'éviter les dérives et risques de conflits d'intérêts. Le dispositif proposé subordonne la mise en œuvre de cette faculté aux conditions qui seront fixées par décret après des concertations avec l'ensemble des acteurs de la filière visuelle.

Ainsi, le dispositif actuel d'accès aux soins ophtalmologiques ne permet pas aux personnes hébergées en EHPAD de disposer de lunettes adaptées à leur vue (I) ; la présente proposition de loi vise uniquement à permettre aux opticiens de contrôler sur place leur acuité visuelle pour adapter les prescriptions optiques (II).

*

* *

(1) *Rapport d'information n° 769, déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, 14 mars 2018* <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

I. LE DISPOSITIF ACTUEL D'ACCÈS AUX SOINS OPHTALMOLOGIQUES NE PERMET PAS AUX PERSONNES HÉBERGÉES EN EHPAD DE DISPOSER DE LUNETTES ADAPTÉES À LEUR VUE

A. L'ACCÈS DES PATIENTS AUX SOINS VISUELS RESTE DIFFICILE DU FAIT DE LA PÉNURIE D'OPHTALMOLOGUES

Au 1^{er} janvier 2017, la prise en charge des troubles et des pathologies de la vue était confiée à 46 308 professionnels de santé : 5 947 ophtalmologues, (dont 85,8 % en exercice libéral ou mixte, libéral et salarié), 4 643 orthoptistes (dont 63 % en exercice libéral ou mixte) profession paramédicale réalisant des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision sur la prescription d'un médecin, généralement d'un ophtalmologue, et 35 718 opticiens-lunetiers ⁽¹⁾. Les compétences respectives de ces trois professions sont définies par le code de la santé publique.

1. Les ophtalmologues sont répartis de manière inégale sur le territoire

Selon une étude de la Cour des comptes ⁽²⁾, les effectifs d'ophtalmologues, soit 5 947 début 2017, ayant augmenté depuis 2000 à un rythme voisin de celui de la population globale, leur densité moyenne est restée relativement stable, autour de 8,8 pour 100 000 habitants tous modes d'exercice confondus et de 7,5 pour l'exercice libéral ou mixte.

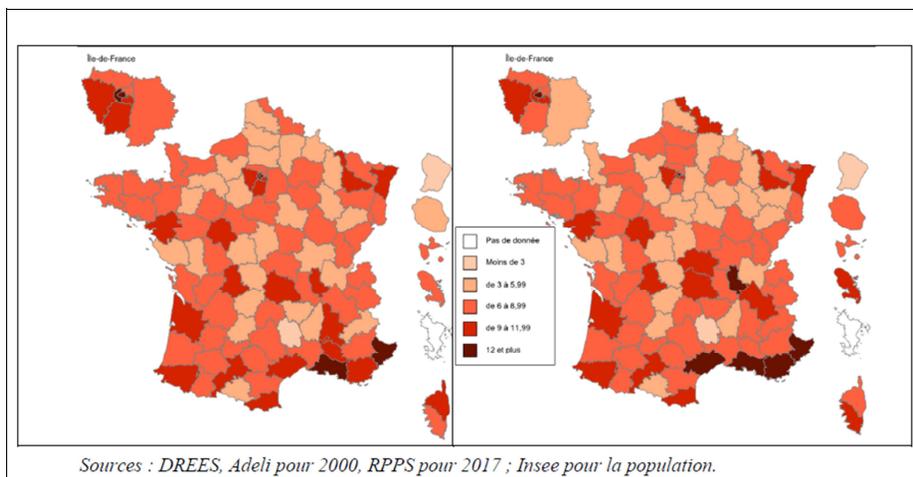
Cette moyenne s'inscrit dans celle des pays de l'OCDE, mais recouvre de fortes disparités territoriales : en 2017, la densité départementale d'ophtalmologues en exercice libéral ou mixte allait de 2,1 pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 21 pour 100 000 habitants à Paris.

Ces disparités s'accroissent : en 2017, 45 départements (notamment la Seine-Saint-Denis, le Pas-de-Calais, la Seine-et-Marne, la Moselle, La Réunion, l'Oise et le Loiret), contre 42 en 2000, comptaient moins de six ophtalmologues libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants.

(1) *Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII « Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser », octobre 2018*
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-07-soins-visuels.pdf>

(2) Op cit.

DENSITÉ COMPARÉE DES OPHTALMOLOGUES EN EXERCICE LIBÉRAL OU MIXTE EN 2000 ET EN 2017 (POUR 100 000 HABITANTS)



Source : Cour des comptes, op. cit.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les 10 % des habitants les mieux lotis ont six fois plus de chance d'accéder à un ophtalmologue que les 10 % les moins bien lotis et l'accessibilité des populations résidant dans des zones sous-denses s'est dégradée. Plus on s'éloigne des grands pôles urbains, plus il est difficile d'accéder à un ophtalmologue.

Ces disparités ne sont compensées ni par l'offre hospitalière, ni par les autres professionnels libéraux de la filière visuelle dont l'activité est très largement prescrite par les ophtalmologues. L'exercice hospitalier est, en effet, fortement concentré dans certains pôles urbains qui accueillent des centres hospitaliers universitaires et dans la région francilienne. De plus, la plupart des départements ayant une densité libérale inférieure à la moyenne nationale connaissent aussi des taux de vacance en établissement de santé public plus élevés. La densité des orthoptistes, profession paramédicale dont l'intervention est principalement prescrite par des ophtalmologues, est corrélée à celle de ces derniers.

2. L'exigence d'une ordonnance pour la délivrance d'équipement optique est récente et liée aux conditions de prise en charge

Longtemps, l'ordonnance d'un ophtalmologue n'a été obligatoire que pour les enfants de moins de 16 ans. On pouvait se faire renouveler ses lunettes chez l'opticien, mais le remboursement par la sécurité sociale (pour un montant limité) et l'intervention des organismes complémentaires (d'un montant plus substantiel) nécessitaient la présentation d'une ordonnance en cours de validité.

Cette disposition, et non la seule préoccupation de la santé visuelle, conduisait nombre d'usagers à solliciter la prescription de leur équipement de vue par l'ophtalmologue.

L'obligation de fournir une ordonnance en cours de validité (et la mise en place de sanctions pour les opticiens qui auraient négligé de l'exiger) a récemment été introduite en droit par l'article 39 de la loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, modifiant l'article L. 4362-10 du code de la santé publique.

Cependant, ce contrôle de la vue par un médecin spécialiste permet également de diagnostiquer des pathologies associées ⁽¹⁾.

3. Les patients rencontrent des difficultés à obtenir un rendez-vous pour faire contrôler leur vue

Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de 40 000 personnes ⁽²⁾, un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours ; mais avec un ophtalmologue, ce délai atteint 52 jours. Un quart des demandes de rendez-vous aboutissent dans les 20 jours, mais la moitié se matérialise plus de 50 jours après et un quart plus de 110 jours après ; le délai d'attente dépasse 189 jours dans 10 % des cas.

Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus importants pour les habitants des communes où l'accessibilité aux professionnels de santé ⁽³⁾ est la plus faible. Si une prise de contact avec un ophtalmologue sur deux aboutit à un rendez-vous en 52 jours, ce délai médian grimpe à 79 jours pour les demandes émanant du quart des patients résidant dans les communes où l'accessibilité est la plus faible. Il baisse à 40 jours pour les requêtes de patients résidant dans les communes où elle est la plus forte.

Alors que le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologue est de 29 jours dans l'unité urbaine de Paris, bien dotée en médecins spécialistes, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et de 97 jours dans les communes des petits et moyens pôles, lesquelles sont parmi les moins bien dotées en ophtalmologues.

(1) *Inspection générale des affaires sociales – Dr Dominique Voynet, Restructuration de la filière visuelle, septembre 2015* http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-008R_Filiere_visuelle_.pdf

(2) *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », Études & résultats n° 1085, octobre 2018* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>

(3) *L'accessibilité aux professionnels de santé est approchée grâce à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur a été créé en 2012 par la DREES et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) pour pallier les limites des indicateurs traditionnels de densité. Il tient compte du niveau d'activité des professionnels pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié selon l'âge des habitants pour mesurer la demande.*

En outre, les refus de nouveaux patients pour des consultations de routine augmentent : selon une enquête de l'IFOP citée par la Cour des comptes, en 2017, 23 % des ophtalmologues de l'échantillon refusaient d'accorder une première consultation, contre 11 % en 2013.

Dans les territoires les moins bien pourvus en ophtalmologues, ces délais d'attente suscitent des risques de prise en charge tardive pour les patients.

En conséquence, 17 % des demandes de rendez-vous avec un ophtalmologue n'aboutissent pas, contre 5 % des demandes pour un médecin généraliste. Lorsque les demandes de rendez-vous n'ont pas abouti, les Français cherchent en majorité à contacter un autre professionnel de santé (56 % des demandes qui n'ont pas abouti à un rendez-vous), mais ils renoncent également à leur demande assez souvent (32 % des demandes qui n'ont pas abouti à un rendez-vous). Le report vers les urgences hospitalières est faible : il concerne seulement 3 % des prises de contacts qui n'ont pas abouti.

4. La démographie médicale ne permet pas d'espérer une amélioration rapide de ces délais

Au regard des projections démographiques de la profession d'ophtalmologue effectuées par la DREES et citées par la Cour des comptes, les difficultés d'accès à une consultation ophtalmologique sont appelées à s'amplifier.

Au 1^{er} janvier 2017, l'âge moyen des ophtalmologues s'élevait à 54 ans (contre 48 ans en 2000), soit 2,6 années de plus que celui de l'ensemble des médecins.

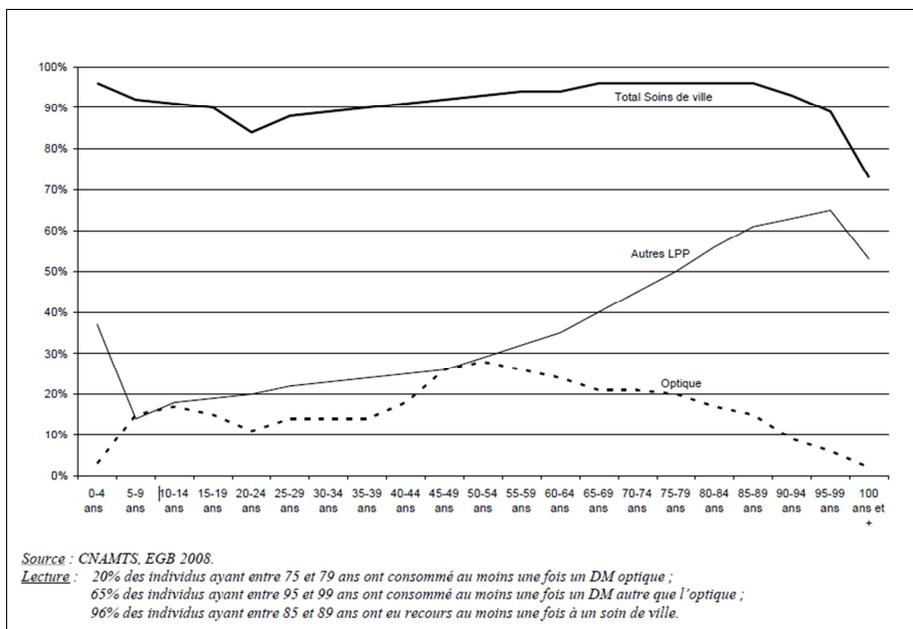
Compte tenu des flux de formation, cette situation devrait entraîner une diminution des effectifs d'ophtalmologues jusqu'en 2030 et une baisse encore plus marquée de leur densité, sous l'effet de l'augmentation de la population. Vers 2030, la densité des ophtalmologues libéraux s'établirait ainsi en moyenne à 6 pour 100 000 habitants, soit une réduction de 20 % par rapport à 2016.

La démographie des autres professionnels de la filière visuelle diverge de celle des ophtalmologues. Entre 2000 et 2017, le nombre d'orthoptistes a plus que doublé (4 643 contre 2 176, tous modes d'exercice confondus) et celui des opticiens-lunetiers a plus que triplé (35 718 contre 10 118). En principe favorable à la concurrence, la dispersion des points de vente (12 700 magasins d'optique en 2013 contre 8 300 en 2003 selon l'Insee) induit, selon la Cour des comptes, « *des déséconomies d'échelle qui concourent aux prix élevés des équipements d'optique médicale* ».

B. EN CONSÉQUENCE, LES PERSONNES ÂGÉES ONT SOUVENT DES LUNETTES INADAPTÉES

Alors même que 96 % des personnes de 50 ans et plus déclarent avoir des troubles de la vision, contre 49 % des 20-29 ans et 71 % des 40-49 ans ⁽¹⁾, le taux de recours au dispositif optique baisse avec l'âge ; une étude du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ⁽²⁾ montrait qu'en 2008, le taux de recours aux dispositifs optiques atteignait un pic à 50 ans, avant de diminuer régulièrement, posant la question de l'accès aux appareillages optiques adaptés aux troubles de la vision.

TAUX DE RECOURS AUX DISPOSITIFS MÉDICAUX PAR TRANCHE D'ÂGE EN 2008



Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, op. cit..

Selon une étude menée par l'Inserm, l'Université de Bordeaux et Sorbonne Université ⁽³⁾, sur 700 personnes âgées de 78 ans et plus, près de 40 % ont un trouble visuel mal corrigé et pourraient donc avoir une vue améliorée par le port de lunettes mieux adaptées.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes », *Études & résultats* n° 881, juin 2014 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er881.pdf>

(2) Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Avis sur la note « Vieillesse, longévité et assurance maladie » adopté le 22 avril 2010, annexe 2 « Données sur la dépense médicale par tranches d'âge en 2008 » http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_annexe_220410.pdf

(3) Inserm, « Les personnes âgées ne porteraient pas de lunettes adaptées à leur vue », *communiqué de presse* du 8 novembre 2018, <https://presse.inserm.fr/les-personnes-agees-ne-porteraient-pas-de-lunettes-adaptees-a-leur-vue/32887/>

Les troubles visuels sont fréquents dans la population âgée et associés à des conséquences délétères sur la santé, notamment sur la qualité de vie et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne. La myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme représentent encore des causes importantes de troubles visuels alors qu'ils sont corrigibles par le port de lunettes bien adaptées à la vue.

Les chercheurs de l'Inserm, de l'Université de Bordeaux et de Sorbonne Université se sont intéressés aux troubles visuels liés aux erreurs de réfractions (telles que la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme) mal ou non corrigés par des lunettes ou des lentilles de vue adaptées de 700 personnes âgées.

Dans cette étude, les chercheurs ont montré que près de 40 % des personnes âgées de 78 ans et plus ne portent pas de lunettes adaptées à leur vue. Les chercheurs expliquent cela par un certain fatalisme, laissant penser qu'il est normal que la vue décline avec l'âge, ou encore par à des raisons financières persistantes malgré les aides existantes.

De plus, le port de lunettes non adaptées est estimé à près de 50 % chez les personnes examinées dans leur lieu de vie (parce qu'elles n'ont pas souhaité ou pas pu se déplacer au centre hospitalier) et elle est de 35 % chez les personnes avec des pathologies oculaires liées à l'âge (dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome...).

On rappellera que l'âge moyen d'entrée dans un EHPAD est de 85 ans ⁽¹⁾.

Au-delà du nombre important de troubles visuels mal corrigés dans l'ensemble de la population étudiée, les chercheurs observent que la part encore plus élevée de mauvaise correction chez les personnes examinées dans leur lieu de vie 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.

C. LES MESURES MISES EN PLACE POUR PALLIER LA PÉNURIE D'OPHTALMOLOGUES PEINENT À PRODUIRE DES EFFETS

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux ophtalmologues, le législateur a adopté à partir de 2007 des mesures visant à étendre les champs de compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers.

La loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a amorcé ce mouvement, amplifié par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), enquête EHPA 2011.

Ces évolutions ont néanmoins préservé pour l'essentiel le rôle de premier recours aux soins des ophtalmologues.

1. Le développement du « travail aidé » des ophtalmologues

Des expérimentations ont été menées afin d'étendre le champ de compétences des orthoptistes et recentrer ainsi l'activité des ophtalmologues sur des actes à plus forte valeur médicale. À cette fin, huit protocoles de coopération dérogatoires au décret d'actes des orthoptistes ont été mis en œuvre depuis 2012 en application de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ils ont concerné la réalisation par un orthoptiste soit de bilans visuels, soit de certains actes comme le dépistage de la rétinopathie diabétique. Cependant, au cours de la période récente, moins de 1 % des bilans visuels ont été effectués par un orthoptiste dans un cadre expérimental.

En application de l'article 131 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste a élargi le champ de compétences des orthoptistes et de nouveaux actes ont en conséquence été inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), comme les mesures de l'acuité visuelle et de la réfraction. Mais les conditions posées sont restrictives : ainsi, ces nouvelles compétences, au premier chef la réalisation d'un bilan visuel, ne peuvent être exercées par les orthoptistes que dans une structure où est présent un médecin (ophtalmologue le plus souvent ou généraliste dans les maisons de santé pluri-professionnelles) et non dans leur propre cabinet libéral.

Par ailleurs, les orthoptistes ne sont pas habilités à prescrire des équipements d'optique, même au stade de leur renouvellement.

Le décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 a ainsi cherché à favoriser le développement du « travail aidé », qui consiste en la réalisation par un orthoptiste, généralement salarié, des examens préparatoires et complémentaires aux consultations effectuées par les ophtalmologues.

Le ministère chargé de la santé et l'assurance maladie ont défini deux contrats-types de coopération, qui sont mis en œuvre depuis l'été 2017 pour inciter les ophtalmologues de secteur 1 ou adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée à embaucher ou à former un orthoptiste. Des aides financières forfaitaires leur sont versées à ce titre par l'assurance maladie.

Par ailleurs, des protocoles organisationnels, également prévus par la loi de modernisation de notre système de santé, définissent *ex ante* des modalités de prise en charge partagées entre les ophtalmologues et les orthoptistes pour le suivi de certaines catégories de patients. Toutefois, ils s'adressent eux aussi aux seuls

orthoptistes qui interviennent dans une structure garantissant la présence d'un médecin.

La généralisation du « travail aidé » et des délégations d'actes aux orthoptistes se heurte notamment à des obstacles juridiques, comme l'interdiction du partage de patientèle et d'honoraires entre des professionnels de santé libéraux, qui en restreignent la diffusion aux seuls orthoptistes salariés d'ophtalmologues libéraux.

2. Les possibilités d'adaptation des prescriptions par les opticiens

Les opticiens-lunetiers bénéficient de délégations d'actes portant sur le renouvellement et l'adaptation des prescriptions d'optique médicale.

Ils sont habilités à renouveler et à adapter les ordonnances de verres correcteurs depuis le décret n° 2007-553 du 13 avril 2007.

Suivant les recommandations d'un rapport de l'inspection générale des Affaires sociales, (IGAS) ⁽¹⁾, ce dispositif a été modifié et étendu par l'article 132 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et par le décret d'application n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier.

Les opticiens peuvent désormais adapter les prescriptions de lentilles de contact dans le cadre d'un renouvellement.

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien peut « *exceptionnellement* » délivrer sans ordonnance médicale un nouvel équipement après avoir réalisé un examen réfractif.

Le délai d'adaptation est dorénavant fonction de l'âge du patient. Pour les lunettes, la durée de validité de l'ordonnance est fixée à cinq ans pour les patients de 16 à 42 ans, mais à trois ans pour ceux de plus de 42 ans et à un an pour ceux de moins de 16 ans, avec des obligations strictes d'information à la charge de l'opticien-lunetier.

L'opticien doit, en application de l'article D. 4362-1-1 du code de la santé publique, « *reporter sur la prescription médicale l'adaptation de la correction qu'il réalise et en informer le médecin prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises* ». Cependant, selon les auditions réalisées par la rapporteure, l'opticien ne dispose actuellement pas des moyens de procéder à cette correction sur le dossier médical partagé.

(1) Inspection générale des affaires sociales – Dr Dominique Voynet, Restructuration de la filière visuelle, septembre 2015 http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-008R_Filiere_visuelle_.pdf

L'ophtalmologue conserve la faculté de s'opposer au renouvellement et à l'adaptation par l'opticien-lunetier ou d'en limiter la durée, par la voie d'une mention sur l'ordonnance.

Ces conditions ont fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique de la Haute autorité de santé en mars 2011 ⁽¹⁾ ; celles-ci prévoient en particulier qu'en cas de modification sensible de l'acuité visuelle, l'opticien doit renvoyer le patient vers son ophtalmologue.

Selon la Cour des comptes ⁽²⁾, la délivrance d'équipements d'optique médicale, qui a augmenté de 48 % entre 2008 et 2014, continue cependant à reposer pour l'essentiel sur les ophtalmologues. Ainsi, la CNAMTS estimait, à partir d'une enquête *ad hoc* sur le premier semestre 2013, que les renouvellements par les opticiens ne concernaient que 10 % des délivrances d'équipements.

II. UNE PROPOSITION DE LOI POUR PERMETTRE AUX OPTICIENS DE CONTRÔLER L'ACUITÉ VISUELLE SUR PLACE ET D'ADAPTER LES PRESCRIPTIONS OPTIQUES DES PERSONNES HÉBERGÉES EN EHPAD

À ce jour, les risques pour la santé visuelle induits par la répartition territoriale et les évolutions de la démographie des ophtalmologues n'ont pas conduit les pouvoirs publics à s'inspirer des exemples étrangers qui privilégient l'intervention d'auxiliaires médicaux en premier recours. À la différence du Royaume-Uni, la filière visuelle reste structurée en France autour d'un médecin spécialiste, l'ophtalmologue, pivot de la prise en charge, accessible en première intention, qui s'appuie sur deux autres professions, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers.

Constatant les insuffisances de ce système, la Cour des comptes n'a pas hésité à proposer en octobre 2018 de le modifier en profondeur, en « *élargissant l'offre de premier recours aux soins visuels, en autorisant les orthoptistes à diagnostiquer et à traiter les troubles de la vision et les opticiens-lunetiers ceux de la réfraction, sous réserve d'un approfondissement du contenu de leur formation et d'un renvoi systématique à un ophtalmologue des situations pathologiques excédant leur champ de compétence ainsi étendu* » ⁽³⁾.

L'objet de la présente proposition de loi ne vise pas à mettre en chantier une telle réforme. Elle prend en compte le fait que les possibilités de délégation de soins et les possibilités d'adaptation des opticiens ont fait l'objet de négociations entre les différents acteurs de la filière visuelle, et notamment les représentants des opticiens, les représentants des ophtalmologues et la sécurité sociale.

(1) Haute autorité de santé, Recommandation de bonne pratique : Troubles de la réfraction : délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement, mars 2011 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1045685/fr/troubles-de-la-refraction-delivrance-de-verres-correcteurs-par-les-opticiens-dans-le-cadre-d-un-renouvellement

(2) Op. cit.

(3) Ibid.

Elle se propose de lever une restriction, afin de permettre aux personnes âgées hébergées en EHPAD, dont on a constaté qu'elles ne disposaient pas de lunettes adaptées dans la moitié des cas, de pouvoir bénéficier d'un test de réfraction et d'une adaptation de leur correction sans devoir se déplacer en boutique.

Consultés par la rapporteure, les représentants des ophtalmologues comme des opticiens ont déclaré qu'ils n'étaient pas opposés au dispositif proposé pour les premiers, et favorables pour les seconds. Les syndicats représentatifs des deux professions ont cependant insisté sur la nécessité que cette nouvelle faculté soit strictement encadrée, afin d'éviter les dérives et risques de conflits d'intérêts. Le dispositif proposé subordonne la mise en œuvre de cette faculté aux conditions qui seront fixées par décret après des concertations avec l'ensemble des acteurs de la filière visuelle.

A. DÉFENDRE L'AUTONOMIE ET LA DIGNITÉ DES PERSONNES

L'absence de lunettes ou autre dispositif optique adapté n'est pas qu'une question de confort pour les résidents des EHPAD.

Lorsqu'une personne âgée n'est pas en mesure de voir correctement, on multiplie les risques de chutes et de blessures.

En l'absence de dispositif de vue adapté, elle ne peut pas se joindre aux instants de socialisation et d'échanges entre résidents, d'où des risques d'isolement social au sein même des EHPAD.

Lorsqu'on laisse une personne âgée sans lunettes ou avec une correction inadaptée, on risque de lui faire perdre sa dignité et sa capacité à maintenir une autonomie dans les gestes du quotidien, tels que la toilette ou l'alimentation, en étant dans l'incapacité d'identifier et d'utiliser sans danger les objets de la vie quotidienne.

B. CONSTATER QUE LES DIFFICULTÉS DE MOBILITÉ RENDENT COMPLIQUÉES LES CONSULTATIONS EN VILLE

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les EHPAD emploient, toutes professions confondues, 62,8 personnes en équivalent temps plein pour 100 places au 31 décembre 2015. Lorsqu'il se limite au personnel soignant (aides-soignants, infirmiers principalement), ce taux d'encadrement varie de 22,8 postes par tranche de 100 places pour les structures privées à but lucratif à 36,7 pour les structures publiques hospitalières. 32 % des EHPAD ne déclarent aucun médecin coordonnateur dans leur équipe⁽¹⁾.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads », *Études & Résultats* n° 1067, juin 2018 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>

La question de la mobilité est donc un enjeu prioritaire pour l'accès aux soins. Si les proches peuvent parfois trouver du temps pour accompagner les résidents à une consultation médicale à l'extérieur, le personnel des EHPAD ne peut dégager le temps nécessaire pour les accompagner pour un rendez-vous médical en ville.

Dans ce cadre, la rapporteure souhaite que la médecine et la prévention entrent au sein de l'EHPAD, plutôt que d'espérer le contraire. Elle ne peut que souscrire aux propositions en ce sens de Mme Monique Iborra et Caroline Fiat : « *Les EHPAD doivent devenir le lieu du décloisonnement des parcours de santé et de soins et assumer leur rôle de carrefour entre l'offre médicale, médico-sociale et sociale* »⁽¹⁾.

C. METTRE FIN À UNE RESTRICTION PRÉVUE PAR DÉCRET

La section 3 du chapitre II du titre VI du livre III de la quatrième partie réglementaire du code de la santé publique telle que rédigée par le décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016, définit les conditions de délivrance par l'opticien-lunetier des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire correctrices, dans le cadre d'un renouvellement.

La première prescription de correction optique est réalisée par l'ophtalmologue dans le cadre d'un bilan médical complet de l'œil. L'opticien n'a pas le droit de modifier ou d'adapter cette première prescription. La première prescription de lentilles de contact oculaire correctrices est réalisée par l'ophtalmologue avec rédaction d'une ordonnance mentionnant les caractéristiques essentielles de ces lentilles. La délivrance des lentilles par l'opticien doit se faire dans l'année qui suit, sans modification possible.

L'opticien peut ensuite, sous certaines conditions, sur la base d'une ordonnance médicale, renouveler et adapter l'équipement optique en réalisant un contrôle de la réfraction qui permet de modifier la puissance de l'équipement. Il doit avertir le médecin de ce changement par tout moyen à sa convenance.

Le contrôle de la vue réalisé par l'opticien ne remplace en aucun cas l'examen médical de l'ophtalmologue. Le médecin peut s'opposer au renouvellement de l'équipement par l'opticien ou limiter celui-ci dans la durée, en le mentionnant sur l'ordonnance. L'opticien doit consigner ces délivrances exceptionnelles dans un registre, afin d'assurer la traçabilité de ces données, et ce durant 3 ans.

(1) Rapport d'information n° 769, déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, 14 mars 2018 <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

Désormais, cette possibilité est ouverte pendant un an à compter de la prescription initiale pour un patient de moins de 16 ans, cinq ans pour un patient de 16 à 42 ans et 3 ans pour un patient de plus de 42 ans.

Cependant, l'article D. 4362-18 du code de la santé publique permet à l'opticien de réaliser des tests de réfraction dans un local « *équipé de manière à préserver l'intimité du patient* », situé « *dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées par la personne lors de l'examen optique* ».

Par ailleurs, l'article D. 4362-19 du même code interdit « *en dehors de son lieu d'exercice, toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction* ».

Cette limitation de nature réglementaire interdit ainsi à un opticien de vérifier la vue de ses clients en dehors de son magasin. Il lui est donc interdit de se rendre dans un EHPAD ou à domicile pour effectuer des tests de la vision des résidents.

Cette interdiction est d'autant moins compréhensible que l'article D. 4362-21 prévoit que l'opticien « *peut procéder, à la demande du médecin ou du patient, à la délivrance des lentilles oculaires correctrices et verres correcteurs auprès des patients à leur domicile ou admis au sein des établissements de santé publics ou privés ou médico-sociaux* ». Certains opticiens se sont ainsi spécialisés dans le service à domicile ou en EHPAD ⁽¹⁾.

Dans le même temps, afin de faire face à pénurie d'ophtalmologues et en accord avec les orientations ministérielles du plan santé 2022, des agences régionales de santé ont lancé des appels à projets afin d'ouvrir des consultations d'ophtalmologie (soins, suivi et dépistage d'affections ophtalmologiques) en télémédecine à destination des résidents des EHPAD dans les zones sous-dotées en médecins spécialisés ⁽²⁾. Cependant, le recours à la télémédecine ne peut être une solution généralisée : en effet, le patient doit toujours être connu du médecin traitant ou du spécialiste qui réalise la téléconsultation, ce qui implique qu'ils aient eu un rendez-vous physique au cours des 12 derniers mois précédents.

(1) Patrice Lefrançois, « Refaire ses lunettes en EHPAD sans se déplacer ? Les personnes à mobilité réduite, à domicile comme en EHPAD, peuvent faire refaire leurs lunettes sans se déplacer : c'est l'opticien qui vient à eux », *Géoscopie*, mars 2016 <https://www.geroscopie.fr/print.asp?679E53843D7ABB>

(2) « Des consultations d'ophtalmologie à distance en EHPAD », *Ouest-France*, 24 octobre 2018, <https://www.ouest-france.fr/bretagne/lanze-35150/des-consultations-d-ophtalmologie-distance-6037343>

D. PERMETTRE L'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS SANS REMETTRE EN CAUSE L'ÉQUILIBRE DE LA FILIÈRE VISUELLE DÉFINI PAR LE LÉGISLATEUR

L'objet de la présente proposition de loi est de lever un frein à l'accès aux soins visuels des résidents en EHPAD, selon des conditions qui seraient déterminées par décret.

Il apparaît difficile de fixer un rendez-vous avec un ophtalmologue ou un opticien, puis de trouver des personnes disponibles pour accompagner une personne âgée dépendante hébergée dans un EHPAD jusque dans le cabinet ou le local, pour qu'elle puisse faire tester sa vue.

Les EHPAD disposent souvent de cabinets de consultation médicale garantissant l'intimité et la confidentialité nécessaires pour réaliser ces tests.

À cette fin, la proposition de loi charge le pouvoir réglementaire de définir « *les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut déterminer la réfraction d'un patient* » au sein d'un EHPAD.

Les opticiens pourraient ainsi venir dans l'EHPAD tester la vue de leurs clients disposant d'une prescription de moins de trois ans. Cela n'exonérerait pas ces patients de procéder à un contrôle de leur vision par un médecin ophtalmologue au moins une fois tous les trois ans.

Ainsi le texte proposé ne modifie pas l'équilibre des rôles des différents acteurs de la filière visuelle. Il se propose simplement d'apporter une souplesse, prenant en compte les difficultés pour les personnes âgées hébergées en EHPAD de pouvoir faire contrôler leur vue et réaliser des équipements optiques adaptés.

E. CONFIER AU POUVOIR RÉGLEMENTAIRE LA MISSION DE VALIDER UNE NÉGOCIATION ENTRE LES ACTEURS DE LA FILIÈRE VISUELLE ET UN ENCADREMENT DES CONDITIONS DE VÉRIFICATION ET D'ADAPTATION DES PRESCRIPTIONS

La présente proposition de loi n'organise pas les conditions dans lesquelles les opticiens pourront réaliser les tests de vision des résidents dans les EHPAD et les conditions de sa prise en charge.

Elle renvoie au Gouvernement la mission d'organiser une concertation entre les acteurs de la filière visuelle, et en particulier les représentants des ophtalmologues et des opticiens, pour définir un encadrement strict de cette prestation.

Il pourrait être prévu que l'intervention en EHPAD nécessite que les opticiens soient formés au soin et aux spécifications de la vision dans le grand âge. Il pourrait être également prévu que l'intervention de l'opticien et la réalisation des tests d'acuité visuelle soient effectuées sous la supervision du médecin

coordonnateur de l'EHPAD. Il pourrait être examiné si la situation des personnes âgées dépendantes justifie d'adapter la durée de validité des prescriptions.

Cependant, la rapporteure reste consciente que la présence d'un prestataire dans les EHPAD, notamment ceux relevant de la sphère publique, nécessitera de retenir un ou plusieurs acteurs locaux agréés dans le cadre d'un appel à projets ou d'une consultation, réalisés de manière transparente. Cela n'interdira pas aux résidents et à leur famille de faire appel à un autre prestataire de leur choix.

Par ailleurs, l'opticien qui procède à un contrôle de la vue et à une adaptation d'une prescription avant de fournir des appareillages visuels, que ce soit aujourd'hui dans sa boutique ou demain dans un EHPAD, se trouve potentiellement dans une situation de conflit d'intérêts, qu'il convient de prendre en compte pour respecter le consentement et le libre choix du patient.

La profession d'opticien-lunetier présente la particularité d'être à la fois commerciale, avec inscription au registre du commerce, et paramédicale, et bénéficie, à l'exception notable des loupes de vue pour presbytes, du monopole de la vente des lunettes et lentilles de contact correctrices ⁽¹⁾.

Il appartiendra ainsi au pouvoir réglementaire de trouver des solutions garantissant que la faculté ouverte par la présente proposition de loi soit mise en place dans un dispositif négocié et encadré permettant de respecter les meilleures pratiques médicales, la liberté de choix des patients mais aussi la nécessité de favoriser l'autonomie et la dignité des résidents des EHPAD.

Dans le cadre des négociations relatives au « 100 % santé », ces préoccupations pourront utilement être abordées.

Alors que le test de la réfraction par l'opticien dans le cadre de l'éventuelle adaptation d'une prescription était précédemment un service commercial facturable mais non pris en charge, il sera prochainement doté d'un code dans la « liste des produits et prestations remboursables » (LPP), permettant sa prise en charge en tant que tel par l'assurance maladie ⁽²⁾.

(1) *L'article L 4362-9 du code de la santé publique réserve « la délivrance de verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact oculaire collectrices » aux « personnes autorisées à exercer la profession d'opticien-lunetier ».*

(2) *Audition de la direction de la sécurité sociale, 21 novembre 2018.*

La mise en œuvre du « 100 % santé »

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 prévoit plusieurs mesures pour améliorer la prise en charge de certains soins médicaux et le niveau de couverture des frais de santé des personnes modestes. En particulier, l'article 33 vise à mettre en œuvre de la promesse du président de la République de donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 %, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

Une concertation avec les acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés a permis de définir un panier de soins « 100 % santé » dans le cadre de protocoles d'accord signés le 13 juin 2018 ⁽¹⁾.

Un relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale a été arrêté, celle des aides auditives étant par exemple doublée, de 200 à 400 euros, d'ici 2021. De même, des prix limites de vente sur le panier « 100 % santé » ont été fixés à des niveaux compatibles avec une offre exigeante et de qualité.

L'étude d'impact précise que « *l'offre 100 % santé, dont les prix sont plafonnés, sera disponible à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les aides auditives, du 1^{er} avril 2019 pour les prothèses dentaires et du 1^{er} janvier 2020 pour les équipements d'optique.* »

Pour permettre un accès étendu à ce panier, la législation relative aux contrats responsables serait modifiée. Ainsi, les frais intervenant en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique devraient être obligatoirement couverts par les contrats responsables souscrits ou renouvelés à compter de 2020.

En optique, le panier de soins « 100 % santé » tel que défini à l'issue des négociations avec les professionnels comprendra :

- la monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 euros. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100 % santé » en deux coloris différents ;
- les verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
- l'amincissement des verres en fonction du trouble, le durcissement des verres pour éviter les rayures, le traitement antireflet.

À plus long terme, la rapporteure reste convaincue qu'un bilan social et de santé, réalisé à l'occasion de l'entrée dans un EHPAD, permettrait d'assurer un meilleur système de soins pour les résidents.

(1) En matière d'optique, un protocole d'accord a été signé par deux des trois syndicats d'opticiens : le Rassemblement des opticiens de France (ROF) et le Syndicat national des centres d'optique mutualistes (SYNOM), représentant plus de 80 % de la profession.

III. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA COMMISSION À LA PROPOSITION DE LOI

À l'occasion de son examen le 28 novembre 2018, la commission des Affaires sociales a adopté la proposition de loi, ainsi que deux amendements présentés la rapporteure.

A. PRÉCISER LA RÉDACTION

Un premier amendement a précisé la rédaction du dispositif, afin de lever toute ambiguïté potentielle.

Il précise que la faculté offerte de réaliser des examens de la réfraction et l'adaptation des prescriptions existantes se fera dans les conditions prévues par l'article L. 4362-10 du code de la santé publique et inchangées par la proposition de loi : le test de vue, qui ne constitue pas un examen médical, pourra être réalisé dans le cadre du renouvellement d'un équipement optique faisant l'objet d'une prescription en cours de validité.

B. DONNER À LA PROPOSITION DE LOI UN CARACTÈRE EXPÉRIMENTAL POUR UNE DURÉE DE L'ORDRE DE TROIS ANS

Un second amendement vise à donner un caractère expérimental aux dispositions de la proposition de loi.

Il prévoit que la possibilité offerte aux opticiens de procéder à des tests pour adapter les prescriptions de verres correcteurs en cours de validité est subordonnée à la publication d'un décret encadrant cette faculté : il ne sera pas possible aux opticiens de commencer à procéder à ces tests avant qu'un décret encadrant strictement ses conditions soit pris, après concertation avec tous les acteurs de la filière visuelle.

Il limite la durée de l'expérimentation à une durée de l'ordre de trois ans, prenant fin le 31 décembre de la troisième année suivant la publication du décret, pour que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale soit l'occasion pour le Parlement d'examiner les résultats de cette expérimentation et d'en tirer les conséquences nécessaires en matière législative.

Enfin, afin d'éclairer le Parlement sur les conditions de cette expérimentation, il demande au Gouvernement de présenter un rapport d'évaluation en temps utile, trois mois avant l'expiration de la disposition introduite.

*

* *

COMMENTAIRE D'ARTICLE

La Commission des Affaires sociales a adopté la proposition de loi. En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta-commission/r1450-a0.asp>).

Article unique

Réalisation de tests d'acuité visuelle par les opticiens dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Adopté par la commission avec modifications

Cet article renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer les conditions dans lesquelles les opticiens sont autorisés à réaliser des tests d'acuité visuelle au sein des EHPAD, afin d'adapter les prescriptions en cours de validité des résidents pour leur réaliser un équipement optique.

L'article unique propose de compléter l'article L. 4362-11 du code de la santé publique en renvoyant à un décret le soin de déterminer « *les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut déterminer la réfraction d'un patient dans le cadre d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes tel que défini à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles* ».

L'article L. 4362-11 renvoie à un décret ordinaire la fixation de plusieurs règles d'application du chapitre II, relatif aux opticiens, du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique :

– les règles d'exercice et d'équipement de la profession d'opticien-lunetier, prévue par le chapitre précité ;

– les conditions de réalisation des tests de réfraction par l'opticien, prévus par l'article L. 4262-10 du même code ;

– les conditions de validité de la prescription médicale pouvant faire l'objet d'une adaptation par l'opticien.

Le présent article compléterait l'article L. 4362-11 en prévoyant qu'un décret organise et encadre les conditions dans lesquelles ce test d'acuité visuelle peut être réalisé dans l'enceinte des EHPAD, y compris les résidences autonomie, dont les caractéristiques sont définies par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

On rappellera que la partie législative du code de la santé publique ne limite actuellement pas les lieux où peuvent être pratiqués ces tests. C'est l'article D. 4362-18 du même code, créé par le décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier, qui exige de l'opticien qu'il réalise ces tests de réfraction dans un local « *équipé de manière à préserver l'intimité du patient* », situé « *dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées par la personne lors de l'examen optique* ».

L'entrée en vigueur de la présente proposition de loi obligerait ainsi le Gouvernement à abroger ces dispositions réglementaires et à engager des concertations avec les acteurs de la filière visuelle pour définir par un nouveau décret les conditions et l'encadrement de ces tests lorsqu'ils sont pratiqués dans un EHPAD pour adapter la prescription ophtalmologique d'un résident. Elle n'apportera aucun changement aux conditions dans lesquelles ces tests sont actuellement réalisés en boutique.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

(Par ordre chronologique)

- *Table ronde « les gestionnaires des EHPAD » :*
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) *** – **M. Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
 - **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) *** – **Mme Pauline Meyniel**, responsable Pôle Médico-social, et **Mme Audrey Houssais**, responsable affaires publiques et territoires
 - **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Annie Lelièvre**, responsable du pôle autonomie
- *Table ronde « les représentants des opticiens » :*
 - **Rassemblement des opticiens de France (ROF)** – **M. André Balbi**, président, **M. Didier Cohen**, administrateur, **Mme Sandrine Ladoux**, administratrice, et **M. Nicolas Raynal**, délégué général
 - **Syndicat national de l'optique mutualiste (SYNOM)** – **Mme Véronique Bazillaud**, déléguée générale
 - **Fédération nationale des opticiens de France (Fnof) *** – **M. Alain Gerbel**, président, et **M. Hugues Verdier-Davioud**, chargé de mission
- *Audition commune :*
 - **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **M. Jean-Philippe Vinquant**, directeur général
 - **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **M. Mathias Albertone**, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
 - **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Gilardi Hugo**, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins

➤ *Table ronde « les représentants des ophtalmologues » :*

- **Conseil national professionnel d’ophtalmologie (CNP) – M. Julien Bullet**, membre du CNP
- **Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) - M. Thierry Bour**, président

^(*) *Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 : LISTE DES CONTRIBUTIONS REÇUES

- **Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF) – Mme Claudette Brialix, présidente**

ANNEXE N° 3 :
TEXTES
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS
À L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
Unique	Code de la santé publique	L. 4362-11