

# Améliorer la santé visuelle des personnes âgées



**VISION D'AVANCE**

CHANGEONS ENSEMBLE  
NOTRE REGARD SUR L'AVENIR





# Sommaire

---

Éditorial de Sylvain Bouton, directeur général, Théa Pharma France 3

Vision d'avance, un cercle de réflexion sur la santé visuelle 4

Gouvernance et contributeurs 5

Panorama de la santé visuelle des personnes âgées en France 6



**AXE 1**

## Évaluer les besoins en santé visuelle

8

Proposition 11



**AXE 2**

## Développer et améliorer une culture de la prévention

12

Propositions 15



**AXE 3**

## Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

16

Propositions 19



**AXE 4**

## Miser sur le numérique en santé et ses apports

20

Propositions 23



# Éditorial

**Sylvain Bouton**, directeur général, Théa Pharma France



L'actualité récente dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées, dans un contexte où le vieillissement de notre société est désormais une réalité démographique indéniable, nous invite à progresser dans la promotion du bien-vieillir.

La santé visuelle est rarement prise en compte pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées<sup>1</sup>. Pourtant la vue, c'est la vie. Préserver sa vue est essentiel pour se déplacer, avoir des activités culturelles, partager avec son entourage... Perdre des capacités visuelles, c'est souffrir d'inconfort, risquer l'isolement, la détresse psychologique, les chutes et, à terme, basculer dans la dépendance.

Or, les personnes âgées en France ne bénéficient pas d'une prise en charge satisfaisante de leurs troubles oculaires. L'offre médicale n'est pas suffisamment accessible et adaptée aux patients âgés, d'autant que ces derniers, par négligence, méconnaissance ou appréhension du diagnostic, retardent souvent une consultation chez l'ophtalmologiste.

Que faire pour préserver la santé visuelle si essentielle à l'autonomie et à la qualité de vie de nos aînés à l'heure où se profilent une future loi « grand âge » et la mise en œuvre d'une 5<sup>e</sup> branche « Dépendance » de la Sécurité sociale, et où les technologies numériques décuplent les possibilités de dépistage, de prise en charge et d'autosurveillance ? C'est la tâche à laquelle s'est attelée Vision d'avance, dans le souci de dépasser les seuls constats sur les déserts médicaux ou sur les délais d'accès aux ophtalmologistes, grâce à une démarche résolument pluridisciplinaire. Pour rapprocher l'offre de soins en santé visuelle des patients, la clé est de parvenir à faire coïncider proximité et compétences adaptées.

« Connaître, prévenir, éduquer, rapprocher » sont les maîtres mots de nos propositions pour que la santé visuelle soit enfin mieux intégrée dans nos politiques de santé publique.



1. Dans le domaine de la santé, l'Organisation mondiale de la santé retient l'âge de 60 ans pour définir la notion de « personne âgée » et de 80 ans pour celle de « personne très âgée ».



# Vision d'avance, un cercle de réflexion sur la santé visuelle

L'œil est l'organe sensoriel le plus important. 85 % de notre apprentissage, de notre cognition et de nos activités passent par la vision. 75 % des Français portent une correction optique (lunettes, lentilles...), cependant que 57 % se déclarent inquiets pour leur santé visuelle<sup>2</sup>.

La médecine a certes apporté des améliorations spectaculaires dans ce domaine. Reste que les problèmes auxquels sont confrontés notre système de santé, les fournisseurs de soins et les patients se présentent aujourd'hui sous un jour inédit. Cela nécessite une approche multidisciplinaire :

- Le schéma des déficiences et maladies oculaires a évolué sous le double effet du vieillissement de la population et des modifications de mode vie, prélude potentiel à d'autres pathologies (complications de la myopie, rétinopathie diabétique...).
- L'organisation des soins et de la formation de la filière visuelle n'est toujours pas optimale : faiblesse du dépistage, approche plus curative que préventive ou encore inégalités territoriales, difficultés d'accès aux soins.
- Parallèlement, l'innovation et l'environnement numérique apportent chaque jour de nouvelles possibilités thérapeutiques et d'aides au diagnostic, qui permettent d'entrevoir le déploiement d'accompagnements digitaux, de la télémédecine et de l'usage de l'intelligence artificielle (IA) en ophtalmologie.

C'est dans ce contexte que s'est constitué en 2021 Vision d'avance, à l'initiative de Théa, 1<sup>er</sup> groupe pharmaceutique européen indépendant en ophtalmologie, firme familiale française basée à Clermont-Ferrand, forte de 150 ans d'héritage dans le domaine de la santé de l'œil. Lancé en 2021, ce cercle de réflexion rassemble des personnalités sensibilisées ou expertes des thématiques de santé visuelle, toutes soucieuses d'alimenter le débat public en idées « pragmatiques » et « innovantes ».

# Gouvernance et contributeurs

Vision d'avance réunit des membres permanents ainsi que des femmes et des hommes impliqués plus ponctuellement dans la problématique abordée au regard de leur expérience. Les travaux 2021/2022 ont porté sur la santé visuelle des personnes âgées, d'où la mobilisation d'ophtalmologistes, d'orthoptistes, d'opticiens, de gériatres, de représentants de patients, d'industriels et de spécialistes des problématiques de la santé ou du vieillissement.



**Sylvain BOUTON**  
Directeur général  
de Théa Pharma France



**Gauthier BUSQUET**  
Orthoptiste à l'hôpital  
Robert-Debré



**Monique CAMBIER**  
Association OLD'UP, Membre de l'Institut  
de la vision à la chaire Silversight



**Marie-Claire CHAIN**  
Association OLD'UP, Animatrice atelier  
« Relations Médecins – Malades »



**Edouard GASSER**  
Président-directeur général  
de Tilak Healthcare



**Matthieu GERBER**  
Fondateur et Président  
des Opticiens Mobiles



**Jean-François KOROBELNIK**  
Professeur d'ophtalmologie,  
Chef du service d'ophtalmologie  
du CHU de Bordeaux



**Sandrine LADOUX**  
Directrice de la communication externe,  
de la santé et de l'innovation  
du groupe Optic 2000



**Jean-Luc NOVELLA**  
Professeur en gériatrie,  
Président du Gérontopôle  
Champagne-Ardenne



**François PELEN**  
Ophtalmologiste,  
Cofondateur de Point Vision



**Serge RESNIKOFF**  
Professeur d'ophtalmologie, Ancien  
haut fonctionnaire de l'Organisation  
mondiale de la santé (OMS)



**Jean-François TRIPODI**  
Ex-Directeur général  
de Carte Blanche Partenaires

# Panorama

de la santé visuelle des personnes âgées en France



**Démographie  
et perte d'autonomie**

D'ici à 2050, la France comptera

**5 millions**

de personnes âgées de plus  
de 85 ans, dont près de la moitié  
sera en perte d'autonomie.

Insee Première N° 1767 paru le 25/07/2019

**La part des personnes de plus  
de 65 ans est la plus élevée dans  
les espaces ruraux et communes isolées.**

Agence nationale de la cohésion des territoires. Observatoire des territoires – 2022  
– Thématique Zonages d'études et typologies de territoires, Zonages et périmètres,  
Démographie, Structure de la population par âge, Population et évolutions



**Vie à domicile  
ou en institution**

**La vie à domicile  
est majoritaire  
chez les seniors,  
y compris parmi les nonagénaires.**

France, portrait social, édition 2021 – Insee Références,  
paru le 25/11/2021

Environ

**8,8 %**

des individus de plus  
de 75 ans vivent en institution.

Insee Première N° 1767 paru le 25/07/2019



**Démographie médicale  
et déserts médicaux**

**10 millions**

de personnes habitent à plus  
de 20 minutes de l'ophtalmologiste  
le plus proche.

Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec  
Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), *Déserts médicaux : comment les  
définir ? Comment les mesurer ?*, dossier de la DREES n° 17, mai 2017

**49 jours,**  
c'était le délai moyen  
en 2021 pour obtenir  
un rendez-vous  
pour un nouveau patient  
demandant un contrôle  
périodique de la vue,  
avec de fortes disparités  
territoriales.

Étude du SNOF sur les délais d'attente 2020, 28 mai 2021

# Panorama

## de la santé visuelle des personnes âgées en France



### Pathologies et troubles de la vision

**57%** des Français  
se disent inquiets pour  
leur santé visuelle.

Étude Ipsos pour le SNOF, février 2022

**77%**  
de la population en France  
déclare avoir une correction  
optique – un chiffre qui monte  
à **94 %** chez les plus  
de 55 ans.

<https://www.snof.org/2022-ophtalmologie-travail-en-quipe-pluri-professionnelle-nouvel-atout-pour-r-duire-d-lais-rdv-et-am>

**1,55 million**  
de patients sont traités  
et suivis pour un glaucome en  
France, soit **2,30 %** de la population.

SNOF, Étude sur les délais de RDV, Conférence de presse du 8 octobre 2021

Le taux de patients non diagnostiqués  
serait de l'ordre de **50%**.

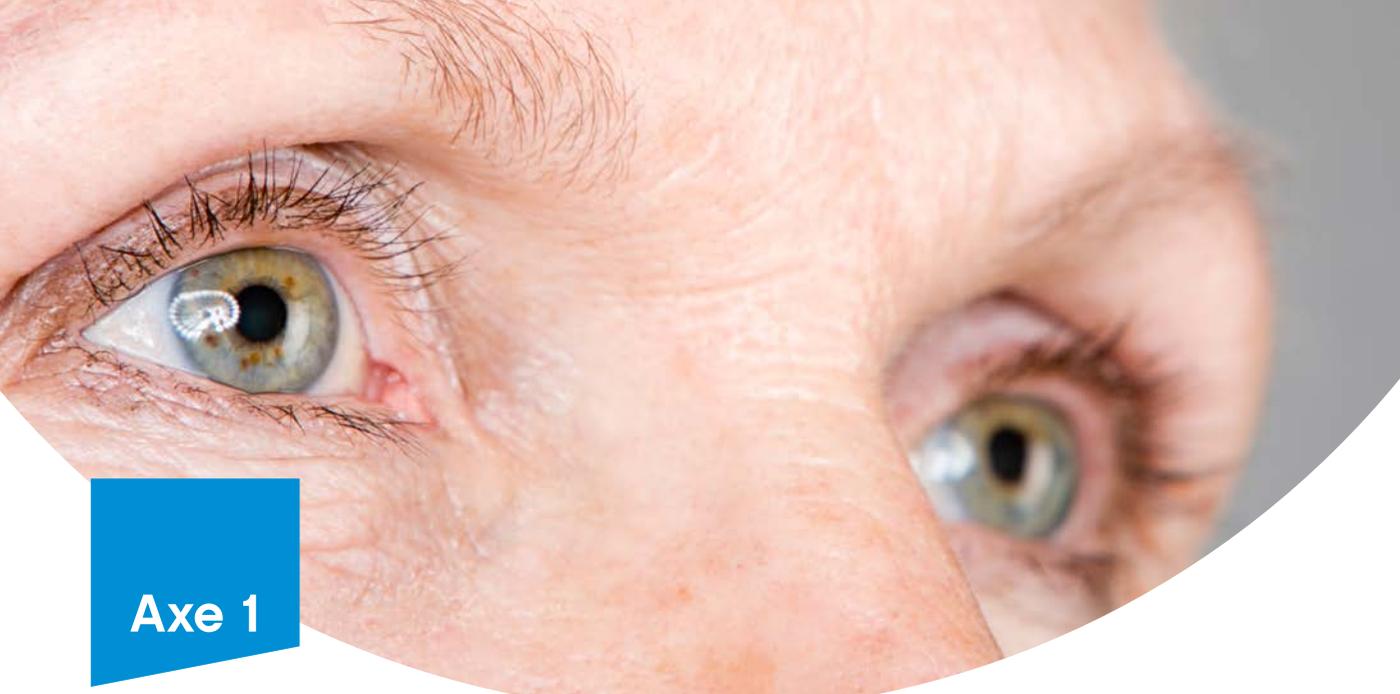
Cédric Schweitzer – *Analyse épidémiologique du glaucome dans une population âgée : l'étude ALIENOR (Antioxydants, Lipides Essentiels, Nutrition et maladies OculaiRes)* – Octobre 2016

En moyenne,  
près de **40%**  
des personnes âgées  
de **84,3 ans** sont mal corrigées.

Étude ALIENOR, octobre 2016

Chaque année,  
**2 millions**  
de chutes de personnes  
âgées de plus de 65 ans  
sont responsables de  
**10 000 décès** et de plus  
de **130 000 hospitalisations**.  
L'altération de la vision est  
au nombre des cinq facteurs  
« causeurs » de chute.

Dossier de presse du plan antichute du gouvernement annoncé le 21 février 2022 au CHU et Gérotopôle de Toulouse



## Axe 1

# Évaluer les besoins en santé visuelle

Myopie, astigmatisme, presbytie : à partir de 50 ans, 96 % de la population présentent des troubles visuels ou des problèmes oculaires nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique ; comme la sécheresse oculaire, qui a un impact important sur la qualité de vie. Parallèlement, les maladies oculaires liées à l'âge sont actuellement les principales causes de cécité et de malvoyance. Il s'agit de maladies dégénératives, touchant majoritairement les personnes âgées, et affectant les différentes parties de l'œil. Par exemple :

- **La rétine : la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)** est une altération de la zone centrale de la rétine. C'est la première cause de déficience visuelle chez les plus de 50 ans. Et sa fréquence augmente avec l'âge pour concerner de 25 à 30 % des plus de 75 ans. Elle affecte environ 8 % de la population française mais son incidence devrait croître, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie.
- **Le nerf optique : le glaucome** est une maladie de l'œil associée à la destruction progressive du nerf optique, sous l'influence notamment d'une pression trop importante à l'intérieur de l'œil. Cette pathologie constitue la seconde cause de cécité dans les pays développés. 1,55 million de patients sont traités et suivis pour un glaucome

## Évaluer les besoins en santé visuelle

en France (2,3 % de la population)<sup>3</sup>. La maladie reste longtemps asymptomatique, ce qui a pour conséquence un retard de diagnostic important. Le taux de patients non diagnostiqués serait de l'ordre de 50 %<sup>4</sup>.

- **Le cristallin : la cataracte** correspond à une opacification du cristallin entraînant une baisse progressive de la vision. Un traitement chirurgical rend à l'œil sa transparence et corrige la vue par l'implantation d'un cristallin artificiel. En France, le taux de recours à cette chirurgie connaît un pic dans la tranche d'âge entre 75 et 84 ans. Le nombre de patients opérés avoisine les 600 000 par an.

Ce panorama ne doit pas faire oublier que le vieillissement oculaire est caractérisé par une grande variabilité selon les individus. Les recherches récentes montrent que les troubles visuels et les pathologies oculaires liés à l'âge ne sont ni inexorables ni universels. D'où l'importance d'études visant à comprendre les raisons à l'origine des trajectoires pathologiques (mode de vie, facteurs vasculaires, métaboliques, génétiques, etc.) pour mieux dépister, mieux anticiper la prise en charge médicale. Et tendre vers une médecine de précision, susceptible de proposer des solutions personnalisées pour maintenir durablement la fonction visuelle de la personne âgée ainsi que sa qualité de vie.

Malheureusement, si on note en France un accroissement du nombre de publications sur l'analyse statistique du vieillissement et la perte d'autonomie liée à l'âge, les travaux sur la santé visuelle des



**La France manque de données sur la prévalence des maladies oculaires. Elle se contente de modélisations réalisées sur la base des chiffres des pays voisins.**



**Serge RESNIKOFF**, professeur d'ophtalmologie, ancien coordinateur de programmes de l'OMS

personnes âgées demeurent parcellaires et/ou insuffisamment connus du plus grand nombre. C'est ainsi que, sur le plan épidémiologique, peu d'estimations de la prévalence des déficiences visuelles sont disponibles. « *La France ne dispose pas d'une stratégie de santé formalisée pour les troubles et pathologies visuels, ni de données épidémiologiques précises* », constatait l'IGAS<sup>5</sup> en 2020. L'inspection recommandait de « *mettre en place un dispositif national de suivi de l'épidémiologie des principales pathologies visuelles* », de confier sa réalisation à la direction générale de la Santé et à l'INSERM avec une échéance fixée à « *courant 2020* ». À ce jour, il n'a pas été donné de suite à cette recommandation pourtant primordiale.

Faute de données nationales, il n'y pas d'autre moyen que d'utiliser les estimations produites ●●●

3. SNOF, Étude sur les délais de RDV, Conférence de presse du 8 octobre 2021.

4. 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.

5. J-R.Jourdan, L-C.Viossat et F.Zantman (IGAS) – S.Elshoud (IGÉSR) – Avec la contribution du Pr C.Burillon.

## Évaluer les besoins en santé visuelle

•••

pour la France par des organismes internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou le Vision Loss Expert Group (VLEG). Certaines initiatives ont vu le jour, comme le Consortium européen d'épidémiologie oculaire (E3)<sup>6</sup> qui a amorcé depuis 2011 une coopération entre 13 pays européens afin de promouvoir la collaboration et le partage de connaissances dans le domaine de la santé de l'œil. En France, l'étude ALIENOR<sup>7</sup> a été l'une des premières à s'intéresser spécifiquement à la vision de nos aînés. Conduite depuis 2006 en collaboration entre le Centre INSERM U1219-Bordeaux et le service d'ophtalmologie du CHU de Bordeaux, elle consiste en une étude de cohorte en population générale âgée, ayant pour objectif l'analyse des associations entre les maladies oculaires liées à l'âge (DMLA, glaucome, cataracte, sécheresse oculaire) et les facteurs nutritionnels. Les facteurs génétiques, vasculaires et environnementaux sont également étudiés. C'est en se fondant sur ces données qu'une étude transversale menée sur des personnes âgées, en moyenne de 84,3 ans, a mis en évidence que près de 40 % des troubles de la vue des seniors français étaient mal corrigés<sup>8</sup>. Un chiffre particulièrement préoccupant car il concerne non seulement des personnes isolées, mais aussi celles suivies pour une pathologie oculaire. La perception du coût élevé des consultations et du suivi ophtalmologiques, de même

qu'une certaine résignation des personnes âgées vis-à-vis de leur acuité visuelle pourraient en partie expliquer ces mauvais résultats.

Ses auteurs relèvent que les facteurs associés à cette sous-correction, en particulier liés à l'accès aux soins optiques ou ophtalmologiques, sont peu étudiés alors même que leur connaissance permettrait d'adapter les politiques de santé pour une meilleure prise en charge dans la population vulnérable des personnes âgées. Pareille analyse pourrait aussi, à terme, diminuer la part évitable des troubles visuels dus aux erreurs de réfraction, et ainsi retarder la survenue de déclin cognitif, de démence et de dépendance.



**Sur les sujets de santé visuelle, l'épidémiologie européenne s'est longtemps basée sur les seules données des hôpitaux londoniens.**



**François PELEN**, ophtalmologiste,  
cofondateur de Point Vision

6. Consortium European Eye Epidemiology, *La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations*, janvier 2020.

7. ALIENOR : Antioxydants, Lipides Essentiels, Nutrition et maladies OculaiRes.

8. 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.

## Évaluer les besoins en santé visuelle

À partir de 50 ans,

**96 %**

de la population présentent des troubles visuels.

**40 %**

des troubles de la vue des seniors français seraient mal corrigés.

**Proposition 1**

**Mettre en place un comité scientifique national chargé d'évaluer la prise en charge de la santé visuelle des personnes âgées et le maillage territorial en professionnels de santé visuelle.**

L'enjeu : permettre un meilleur éclairage des politiques en matière de santé visuelle du grand âge, offrir au niveau local une prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale au plus près des besoins des personnes âgées, et s'inscrire dans une dynamique de progrès en matière de recherche, de dépistage, de prévention et de soins en apportant des réponses concrètes et adaptées aux patients les plus âgés.

**En pratique**

Les pouvoirs publics doivent mener une politique de mobilisation des données sur la santé visuelle des personnes âgées au sens large, qu'il s'agisse des cohortes épidémiologiques relevant du monde de la recherche ou d'autres outils promus, en matière de santé, sous l'égide du système de statistiques publiques. Il s'agit d'établir une cartographie des sources d'observations disponibles, de promouvoir une coordination d'ensemble des outils d'information, assortie de propositions pour améliorer l'exhaustivité des sources.

Il faut notamment mieux connaître les taux de renouvellement de l'équipement optique de la population âgée, le nombre d'examen de réfraction et d'injections intravitréennes par région, et, dans chaque cas, selon les contextes (à l'hôpital ou en ville, en maison de retraite ou à domicile, en milieu rural ou urbain). Le tout doit permettre d'améliorer la prise en charge visuelle et de résoudre de potentielles inégalités en la matière.





## Axe 2

# Développer et améliorer une culture de la prévention

**En 2020, la prévention institutionnelle a représenté 3,6 % des dépenses de santé, un chiffre en forte progression en raison des dépenses exceptionnelles liées à la gestion de la crise sanitaire. C'est dire si notre système de santé privilégie encore aujourd'hui une approche curative des soins.** Dans un rapport de juillet 2018<sup>9</sup>, le Haut Conseil de la santé publique relève au surplus que les actions de prévention et

de promotion de la santé dépendent de dispositifs multiples, non cohérents, mal coordonnés et peu lisibles. Par ailleurs, les moyens ne sont pas à la hauteur des enjeux.

Ce constat vaut pour la prévention dans le domaine spécifique de la santé visuelle des personnes âgées ; un retard accentué par l'obligation en la matière de décliner deux dimensions, sanitaire et sociale<sup>10</sup>.

9. Le Haut Conseil de la santé publique, rapport « La place des offreurs de soins dans la prévention », juillet 2018.

10. Dominique Libault, dans son rapport « Grand âge et autonomie », mars 2019.

## Développer et améliorer une culture de la prévention

De récentes études ont pourtant établi son importance au regard du lien entre troubles visuels et dépendance<sup>11</sup>. L'effet sur l'autonomie survient dès une perte de vision légère. Concernant l'impact sur le déclin cognitif et la démence, un risque augmenté a été identifié chez les personnes avec des troubles visuels sévères, en particulier lors d'une coexistence avec des troubles dépressifs. Les patients présentant un glaucome auraient 4 fois plus de risques de développer une démence à 3 ans que les patients non atteints<sup>12</sup>.

Ce constat a trouvé un premier écho dans les propositions des pouvoirs publics<sup>13</sup> sur la prévention des chutes des personnes âgées, responsables chaque année, chez les plus de 65 ans, d'au moins 130 000 hospitalisations. La vision vient d'être inscrite au nombre des cinq risques « avant-chuteurs », d'où la décision de favoriser l'information et la sensibilisation sur ce sujet, et de déclencher une surveillance en routine de l'acuité visuelle dès la 1<sup>re</sup> chute d'une personne âgée. Une recommandation qui va dans le sens des lignes directrices de l'OMS sur les soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE : Integrated care for older people), visant à permettre au plus grand nombre de vieillir en bonne santé, en suivant l'évolution de six fonctions : la mobilité, la cognition, la nutrition, la psychologie, l'audition mais aussi la vision.

Maître d'œuvre du dépistage et de la prévention des pathologies de l'œil, le rôle de l'ophtalmologiste est central. En effet, trois consultations de demandes de lunettes sur dix sont l'occasion de



**Notre organisation sanitaire est au bout de ce qu'elle est capable de faire parce que centrée sur le seul curatif.**



**Jean-Luc NOVELLA**, professeur en gériatrie, président du Gérotopôle Champagne-Ardenne

découvrir une pathologie, principalement des glaucomes, rétinopathies diabétiques, DMLA et cataractes<sup>14</sup>.

Malheureusement, l'accès à ce spécialiste se heurte à des freins. Tarifs trop élevés, dépassements d'honoraires non remboursés par l'Assurance maladie, nos aînés préfèrent parfois réduire la fréquence de leurs consultations, au détriment de leur santé, pour des raisons financières. En parallèle, en raison des déserts médicaux liés à la pénurie de médecins, la majorité n'a pas toujours la possibilité d'effectuer de longues distances pour aller consulter un ophtalmologiste. D'autres se découragent face à la perspective de rendez-vous trop lointains dans le temps. Enfin, beaucoup ne consultent plus, redoutant le diagnostic ou jugeant leurs difficultés visuelles comme une évolution naturelle contre laquelle il serait vain de ●●●

11. 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.

12. 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, 2016.

13. Luc Broussy, *Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique*, mai 2021 / Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, novembre 2021 / Ministère chargé de l'autonomie, *Plan antichute des personnes âgées*, 21 février 2022.

14. <https://www.snof.org/public/defendre/le-r%C3%B4le-de-lophthalmogues>

## Développer et améliorer une culture de la prévention

...

vouloir lutter. Dernière difficulté : les ruptures dans le suivi médical liées à la démographie médicale. À l'heure où la profession d'ophtalmologiste connaît un pic de départ en retraite<sup>15</sup>, la cessation d'activité de nombreux praticiens entrave le suivi médical, voire induit des ruptures de soins particulièrement préjudiciables pour des patients âgés souvent atteints de pathologies chroniques.

La lutte contre le renoncement aux soins a justement été l'une des motivations de la réforme du reste à charge zéro, en particulier pour les lunettes, en vigueur depuis la réforme du « 100 % Santé » de janvier 2020. Elle permet aux assurés sociaux de s'équiper de lunettes, sans devoir rien déboursier, et de bénéficier d'un ensemble de prestations comme le choix de montures dites

**L'instauration du principe de gratuité des verres correcteurs et des montures n'a pas attiré la population cible des personnes âgées, signe que la communication de masse ne marche pas.**

**Jean-François TRIPODI**, ex-directeur général de Carte Blanche Partenaires



**Les Français vont voir trois fois plus leur dentiste que leur ophtalmologiste ; la santé visuelle, si essentielle pour l'autonomie, n'est pas assez mise en avant.**



**Édouard Gasser**, cocréateur et directeur général de Tilak Healthcare

« de classe A », ou l'accès à des verres de qualité corrigeant l'ensemble des troubles visuels. Une bonne nouvelle pour les personnes âgées, dans la mesure où elles sont les premières concernées. Reste à intensifier la communication sur cette offre auprès des personnes âgées, souvent isolées et éloignées de l'information, et pour lesquelles les lunettes demeurent une dépense somptuaire. *Un a priori* qui fait obstacle au premier équipement ou au renouvellement des lunettes.

La prévention et le dépistage dans le domaine de la santé visuelle des personnes âgées occupent clairement une place insuffisante et mal identifiée dans les politiques du grand âge. Au regard de la multiplicité des situations des personnes âgées (à l'hôpital ou en ville, en maison de retraite ou à domicile, en milieu rural ou urbain), et de la diversité des acteurs potentiellement concernés (médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux, aides à domicile, aidants), une stratégie vigoureuse

15. Conférence de presse du Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) du 8 octobre 2021.

## Développer et améliorer une culture de la prévention

de prévention et de dépistage doit s'appuyer sur la formation pour l'ensemble des professionnels en charge des personnes âgées et sur la diffusion des réflexes de prévention. Elle doit enfin favoriser la mise en place de rendez-vous de prévention et englober des actions collectives dans une logique de parcours santé-prévention s'appuyant sur un diagnostic des besoins de chaque personne âgée<sup>16</sup>.



**3 consultations sur 10 de demandes de lunettes sont l'occasion de découvrir une pathologie<sup>17</sup>.**

### Proposition 2

Afin d'éviter les ruptures de suivi, modéliser les parcours de santé visuelle dans la perspective d'alimenter un passeport global de santé.

#### En pratique

Il s'agit de matérialiser, pour les patients, dans un carnet de santé, le cas échéant numérique tel mon Espace Santé, les routines de consultation et de prévention en santé visuelle, et ainsi de créer une habitude de consultation tout au long de la vie, en intégrant le médecin traitant.

### Proposition 3

Instaurer un rendez-vous de prévention, en précisant dans les contrats responsables que le bilan visuel des salariés en entreprise doit intégrer le panier de soins minimal des complémentaires santé, au plus tard avant le départ à la retraite.

### Proposition 4

Poursuivre l'effort d'information sur le reste à charge zéro en santé visuelle.

### Proposition 5

Intégrer un volet prévention des maladies oculaires dans les cursus de formation des professionnels de santé.

### Proposition 6

Créer pour les professionnels volontaires (médecins, infirmiers, orthoptistes, opticiens, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.) un module de formation universitaire (initiale ou continue) dans les domaines de la prévention visuelle, du dépistage et de l'éducation thérapeutique « mobilisable » pour aller vers les patients qui ne se déplacent pas.

### Proposition 7

Instaurer un forfait prévention mobilité permettant aux acteurs de la prévention d'aller au domicile des patients sans reste à charge pour ces derniers.

16. Dominique Libault, rapport « Grand âge et autonomie », mars 2019.

17. <https://www.snof.org/public/defendre/le-r%C3%B4le-de-lophthalmogues>



### Axe 3

# Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

Les pouvoirs publics ont l'ambition de garantir l'accès de tous les assurés sociaux à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Malheureusement, une grande partie des personnes âgées en perte d'autonomie pâtissent de difficultés, parfois cumulatives, d'accès aux soins oculaires. Ces « oubliés » de nos politiques sanitaires voient souvent s'accroître leur institutionnalisation, dans des établissements au sein desquels l'examen de la vue n'est pas systématique. Nos aînés font d'abord face, au même titre que

l'ensemble de leurs concitoyens, à la désertification médicale, un phénomène dont le processus s'est accéléré ces dernières années. Certaines analyses considèrent que dix millions de Français vivent à l'heure actuelle dans une zone où l'accès aux soins est de qualité inférieure à la moyenne nationale<sup>18</sup>. À cet égard, l'image d'Épinal selon laquelle un désert médical serait une zone rurale, isolée et dépeuplée est désormais dépassée : une grande partie du territoire français, y compris au cœur des métropoles, est dorénavant concernée.

18. Association des maires ruraux de France, *Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ?*, septembre 2021.

## Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

Pour juger du phénomène dans le champ de l'ophtalmologie, il faut prendre en compte de multiples éléments. Ces spécialistes des yeux sont-ils disponibles ou font-ils face à une demande trop importante ? Combien de temps faut-il attendre pour obtenir un rendez-vous ? En 2020, selon le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF), notre pays comptait 4 570 ophtalmologistes installés en libéral, soit une densité de 7,4 pour 100 000 habitants (8,7 pour l'ensemble des praticiens)<sup>19</sup>. Par téléphone, le délai d'obtention d'un rendez-vous pour un nouveau patient demandant un contrôle périodique de la vue était en moyenne de 49 jours, avec de fortes disparités territoriales. Le délai d'obtention d'un rendez-vous était en moyenne de 57 jours, avec de fortes disparités territoriales. En 2018, la DREES montrait que cette attente pouvait atteindre 189 jours dans un cas sur dix !<sup>20</sup>

La distance d'accès est un autre indicateur généralement mobilisé pour mettre en évidence des seuils au-delà desquels l'accès à une spécialité devient difficile. Sur ce point, la répartition spatiale des spécialistes en accès direct est plus inégalitaire que celle des médecins généralistes. Des chiffres, remontant certes à 2013, nous enseignent qu'alors plus de 10 millions de personnes devaient faire plus de 20 minutes de voiture (lorsqu'ils en avaient une et pouvaient encore la conduire...)<sup>21</sup>. Ces distances pénalisent au premier chef nos aînés.

À ces difficultés générales s'en ajoutent d'autres, spécifiques aux personnes âgées.

La vie à domicile est majoritaire chez les seniors,



**La ressource rare, c'est le médecin. Il y a un certain nombre d'éléments d'organisation qui font qu'on peut mieux utiliser la ressource pour peu qu'on évolue dans les méthodes de travail.**



**François PELEN**, ophtalmologiste, cofondateur de Point Vision

y compris parmi les nonagénaires<sup>22</sup>. Parler de ces personnes comme un groupe homogène n'a certes aucun sens. Cela dit, quand les effets des processus de vieillissement se font sentir sur l'état de santé général, apparaît une véritable précarité dans l'accès aux soins. Des gestes aussi simples que se déplacer jusqu'au cabinet du praticien ou lui demander de venir à domicile, trouver un infirmier, aller à la pharmacie, le tout dans un contexte fréquent d'isolement, se compliquent à mesure que la perte de mobilité gagne du terrain, avec des conséquences graves sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

Dans le cas des personnes vivant en institution, ce qui est le cas de 8,8 % des individus de 75 ans ou plus<sup>23</sup>, l'accès aux soins de santé oculaire n'est pas davantage garanti. On constate en effet ●●●

19. Étude du SNOF sur les délais d'attente 2020, 28 mai 2021.

20. DREES, *Études et Résultats*, n° 1085, octobre 2018.

21. Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Dossier de la DREES n° 17, mai 2017.

22. *France, portrait social* – Insee Références, édition 2021.

23. Insee Première, n° 1767, juillet 2019.

## Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

•••

une évidente hétérogénéité de la médicalisation des établissements d'accueil, que ce soit en matière de taux d'encadrement médical et paramédical ou de qualité des prestations. La même disparité existe quant à l'aptitude de ces institutions à travailler avec des professionnels de santé extérieurs. Sans compter que le réflexe prévention-dépistage en matière de santé visuelle ne va pas de soi au contact d'une population souvent polypathologique<sup>24</sup>.

Des réformes successives ont contribué à favoriser l'information, l'évaluation des besoins et l'orientation, la mise en œuvre de plans individuels d'aide et de soins, tout en développant des mesures de prévention, ou en participant à la

formation des personnels. Mais elles n'ont pas réussi à créer un véritable système médico-social intégré pour assurer la prévention et la continuité des soins visuels.

Pénurie en ophtalmologistes dans certains territoires, inégalités sociales et territoriales de santé, manque de personnels travaillant en gérontologie, déficit de formation de certains intervenants, il nous faut penser ensemble à de nouvelles organisations en santé. Celles-ci permettront d'éviter des ruptures de prises en charge, de promouvoir une prévention de proximité ainsi que des soins de meilleure qualité dans le cadre d'un véritable parcours de soins coordonné et partagé au service des personnes de plus de 75 ans.

**Les personnes âgées ne vont pas vers les soins oculaires. 30 à 50 % des personnes suivies dans le cadre de l'étude Aliénor sur la santé oculaire du grand âge ont dû être visitées sur leur lieu d'habitation.**

**Sylvain BOUTON**, directeur général  
de Théa Pharma France



24. DREES, concertation « Grand âge et autonomie », Dossiers solidarité et santé (1998-2016).

## Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

La coopération entre les professionnels et acteurs de la santé visuelle, qu'on appelle aussi la "coordination des soins", est essentielle. Il faut qu'elle évolue et qu'elle bouge.

Matthieu GERBER, fondateur des Opticiens Mobiles



### Proposition 8

Développer les compétences et les valoriser pour les professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens...) non issus des trois « o » (ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens), pour la réalisation de tests visuels auprès de leur patientèle âgée. Leur intervention serait encadrée par des protocoles sanitaires prévoyant le fléchage vers un ophtalmologiste en cas de détection d'une anomalie.

### Proposition 9

Sous réserve du suivi de la formation universitaire de prévention et de dépistage visuels (proposition 5), permettre la réfraction complète en mobilité, à domicile et/ou dans les établissements médico-sociaux, par les orthoptistes et les opticiens, dans l'application des protocoles organisationnels existants, et le fléchage vers un ophtalmologiste et la télétransmission des informations en cas de détection d'une anomalie.

### Proposition 10

Rendre obligatoire l'examen de la vue à l'entrée en EHPAD.



# 49 jours,

c'était le délai moyen en 2021 pour obtenir un rendez-vous pour un nouveau patient demandant un contrôle périodique de la vue, avec de fortes disparités territoriales<sup>25</sup>.

# 10 millions

de personnes résident à 20 minutes ou plus de l'ophtalmologiste le plus proche<sup>26</sup>.



25. Étude du SNOF sur les délais d'attente 2020, 28 mai 2021.

26. Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, Dossier de la DREES n° 17, mai 2017.



## Axe 4

# Miser sur le numérique en santé et ses apports

Depuis quelques années, un consensus émerge sur les défis auxquels notre système de santé doit faire face : l'allongement de la durée de la vie et le développement des maladies chroniques ou encore les inégalités sociales et les disparités territoriales, qui sont une réalité pour encore trop de Français.

Ce système de santé est trop complexe et cloisonné pour soigner dans la durée des personnes vieillissantes. Il offre des réponses « en silo », avec les soins d'un côté et les approches sociales et médico-sociales de l'autre ; et au sein même des soins, une véritable coupure entre soins de ville et hospitaliers. Il doit désormais promouvoir une médecine de parcours, c'est-à-dire s'organiser autour de nos aînés, qu'ils vivent à domicile ou

en institution, en zone urbaine ou rurale, pour leur permettre de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment.

Pour y parvenir dans le domaine de la santé visuelle et dans un contexte de ressources contraintes – notamment humaines –, tous les acteurs doivent faire évoluer leurs pratiques professionnelles afin de coordonner leurs interventions : professionnels de la vision (les trois « o » : ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens), généralistes, pharmaciens, personnels des hôpitaux, des services et établissements médico-sociaux et sociaux pour les personnes âgées, des collectivités locales (mairies), d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale.

## Miser sur le numérique en santé et ses apports

La révolution numérique constitue une opportunité pour faciliter cette mutation. En effet, ses promesses concernent presque tous les domaines de la santé et de la protection sociale : téléconsultation, téléexpertise et objets connectés, qui font entrer le médecin chez le patient à distance, messageries sécurisées, plateformes numériques de coordination des parcours, dématérialisation des démarches liées aux prestations sociales, etc. Des dynamiques ont d'ailleurs été amorcées depuis la loi de modernisation de notre système de santé<sup>27</sup>, et plus encore avec le lancement opérationnel du volet numérique du Ségur de la santé, en vue de généraliser le partage des données de santé entre professionnels et citoyens. Dans ce domaine, la filière visuelle fait d'ailleurs aujourd'hui figure de pionnière en France. Ce mouvement doit être encouragé.

D'abord, le progrès que constitue le numérique ne peut se concrétiser en matière de qualité des soins et des accompagnements que si les professionnels l'utilisent de manière adéquate. Conformément aux préconisations du rapport de Cédric Villani, il faut « *former les professionnels de santé aux usages de l'intelligence artificielle, de l'IoT<sup>28</sup> et du big data en santé, ainsi qu'aux compétences de coordination* »<sup>29</sup>. Cela passe par des actions de formation, initiale et continue, pour acculturer les acteurs de la filière au numérique.

Il faut par ailleurs encourager le développement et l'utilisation de nouveaux dispositifs en numérique en santé. Les applications de la télémédecine dans le domaine du glaucome par exemple sont variées : dépistage, diagnostic, suivi et prise en charge, home monitoring (suivi à domicile) avec l'évaluation de l'observance thérapeutique, etc. ●●●

“  
On ne pourra pas répondre  
aux enjeux du vieillissement  
si l'on ne bouge pas notre  
organisation sanitaire.  
”

**Jean-Luc NOVELLA**, professeur en gériatrie,  
président du Gérontopôle Champagne Ardenne



27. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

28. L'Internet of Things (IoT) ou les objets connectés en santé.

29. Villani C, et al, *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, 2018.

## Miser sur le numérique en santé et ses apports

...

Parallèlement, il faut poursuivre le déploiement et l'usage des outils « socle ». Ainsi, le dossier médical partagé (DMP), devenu Mon Espace Santé, permet de partager des données et documents clairement identifiés au sein des dossiers patients. Considérons également les messageries sécurisées de santé. En 2017, 76 % des médecins généralistes et 42 % des spécialistes utilisaient une messagerie sécurisée de santé<sup>30</sup>. Il faut en accélérer la généralisation, en incluant les secteurs social et médico-social. Étant précisé que la protection de l'accès aux informations doit être garantie par l'existence de processus d'authentification des différents professionnels, adossé à des pratiques d'autorisations plus ou moins étendues selon les informations et selon les professionnels.

**Que ce soit pour répondre aux besoins de plus en plus importants des patients ou à l'inégalité de répartition géographique des ophtalmologistes, il faut faire appel à l'évolution technologique et aux postes avancés sur les territoires**

**François PELEN**, ophtalmologiste,  
cofondateur de Point Vision



30. Cour des comptes, *Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser*, 2017.

## Miser sur le numérique en santé et ses apports

Enfin, dans un contexte où la filière visuelle est sous tension, alors que les besoins en soins visuels ne cessent de croître, les pouvoirs publics s'interrogent valablement pour savoir si d'autres acteurs que les ophtalmologistes ne devraient pas être associés aux bilans visuels et consultations simples de premier recours. Sur ce point, il est à noter que 59 % des ophtalmologistes travaillent déjà en équipe pluriprofessionnelle, capitalisant sur la diversité des profils (orthoptistes, infirmiers, autres assistants, etc.). Un chiffre en nette progression depuis deux ans<sup>31</sup>. Beaucoup ont créé des dynamiques de mobilisation et de coopération sur un territoire donné, avec les professions paramédicales. Cette pratique pourrait être plus largement diffusée, étant spécifié que les ophtalmologistes doivent demeurer en toute situation les piliers de la filière visuelle. Il faut de ce point de vue réaffirmer l'importance des protocoles organisationnels, et poser le principe qu'aucun autre acteur ne saurait se voir conférer des compétences en matière de bilan visuel ou de consultation simple de premier recours, sans formation *ad hoc* préalable.

**59%** 

**des ophtalmologistes pratiquent le travail en équipe pluriprofessionnelle, ce qui contribue à réduire les délais de rendez-vous, à libérer du temps médical et à améliorer la prise en charge<sup>32</sup>.**

**Proposition 11**

Encourager la formation initiale et continue des ophtalmologistes à la téléexpertise et à la téléconsultation.

**Proposition 12**

Faciliter la téléconsultation par les ophtalmologistes via des orthoptistes et des opticiens en mobilité sur le territoire.

**Proposition 13**

Développer et encourager l'accès au marché et l'utilisation de nouveaux dispositifs de dépistage des pathologies visuelles en numérique en santé.

**Proposition 14**

Faciliter les parcours de soins visuels en permettant aux paramédicaux de la santé visuelle d'accéder au DMP (dossier médical partagé), à Mon Espace Santé et à MSSANTE (messagerie sécurisée) pour l'échange d'informations avec les ophtalmologistes et les établissements médico-sociaux et de santé, ou créer une messagerie sécurisée *ad hoc* à la filière visuelle.

**Proposition 15**

Promouvoir le déploiement des outils innovants d'autoévaluation permettant à chacun de devenir acteur de son propre dépistage et suivi thérapeutique.

31. 59 % des praticiens en travail aidé, contre 51 % en 2020 et 41 % en 2019, soit 18 points de plus en deux ans.

32. <https://www.snof.org/2022-ophtalmologie-travail-en-quipe-pluri-professionnelle-nouvel-atout-pour-r-duire-d-lais-rdv-et-am>



**Contact :**

Muriel Carroll  
Directrice Affaires institutionnelles  
des Laboratoires Théa

[muriel.carroll@theapharma.com](mailto:muriel.carroll@theapharma.com)