

Démarche en santé visuelle

Prise en charge du patient par
l'opticien-lunetier au sein de la filière de santé visuelle

Septembre 2016

FNOF

1. Préambule
2. Les acteurs de la filière de santé visuelle
3. Principes & engagements
4. Modalités de prise en charge du patient au sein de la filière de santé visuelle

1. Préambule

Les enjeux de la filière optique sont multiples : démographie médicale déficiente, difficulté d'accès aux soins, disparité de prise en charge des patients sur les territoires. À cela s'ajoutent le constat d'une insuffisante coordination entre les différents acteurs de la filière et une mauvaise compréhension du public des rôles respectifs des différents intervenants.

Parallèlement, dans un contexte financier qui se durcit, le défi est de maintenir la primauté de la santé et de la qualité des soins sur les logiques purement commerciales qui pourraient se développer.

À ce titre, le rapport de l'IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales, de juillet 2015 du Docteur Dominique Voynet, insiste sur la nécessaire réorganisation du parcours de santé visuelle pour le rendre plus fluide et plus lisible.

Le rapport plaide en faveur d'un parcours sans rupture grâce à une répartition des rôles définis et une coopération renforcée entre les trois "O", tout en confirmant la position centrale de l'ophtalmologiste. On constate d'ailleurs que de nombreuses initiatives se développent montrant le besoin de repères des patients et des consommateurs.

Au regard des responsabilités et de l'engagement de la filière optique en matière de santé visuelle, il est proposé d'encourager la mise en œuvre de ce parcours sécurisé, qui favorisera une évolution rapide des pratiques et répondra efficacement aux enjeux sous-jacents.

Dans ce cadre, la Fédération Nationale des Opticiens de France (FNOF) s'engage sur une série de propositions visant à conforter la médicalisation du parcours de santé visuelle et le caractère opérateur-dépendant des équipements d'optique. Cette initiative est par ailleurs ouverte à tous les acteurs souhaitant apporter leur expertise en matière de parcours de santé visuelle.

Cette démarche en santé visuelle entend conforter l'expertise professionnelle de l'opticien et favoriser la coordination, la coopération et la confiance entre tous les acteurs de la filière.

Les professionnels concernés s'engagent à développer les outils de communication sécurisés indispensables, par exemple dans un Dossier Optique Informatique Partagé (DOIP).

Cette démarche est soutenue par le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF) et le Groupement des Industriels et Fabricants de l'Optique (GIFO).



2. Les acteurs de la filière de santé visuelle

Les professionnels de santé : 3 « O »

- **L’Ophthalmologiste** est le référent médical du parcours de santé visuelle du patient. Il le coordonne, le pilote et l’anime. Il est au cœur du parcours de soins.
- **L’Orthoptiste** est le professionnel de santé qui, dans le cadre d’une prescription médicale ou de protocoles organisationnels, réalise des actes de rééducation, d’exploration et de réadaptation de la vision. Il est habilité à réaliser certains examens complémentaires d’exploration de la vision.
- **L’Opticien-Lunetier** est le professionnel de santé qui améliore, maintient, restaure et protège la vision du patient par l’intermédiaire d’équipements optiques délivrés dans le cadre d’une prescription médicale.

Les industriels et fabricants de l’optique ophtalmique

Les industriels et fabricants de l’optique conçoivent, développent, produisent et commercialisent les produits d’optique ophtalmique et les produits destinés à rentrer directement dans leur composition. Il s’agit notamment des verres de lunettes, des lentilles de contact, des produits d’entretien, des montures et leurs accessoires, des aides visuelles, des lunettes solaires, de sport ou de protection, des instruments, matériels d’examen de vue et de prise de mesure, des machines et outils pour les professionnels de la vue et plus largement de tout produit contribuant à l’amélioration de la vue. Ils conçoivent ces produits dans le strict respect des normes en vigueur, ils garantissent leur traçabilité sanitaire et proposent des innovations qui répondent aux besoins spécifiques du patient. Ils contribuent à la qualité de la prise en charge en santé visuelle.

Pour répondre aux enjeux sanitaires auxquels la filière de santé visuelle doit faire face, il est nécessaire que l’ensemble de ces acteurs apportent leurs compétences. L’amélioration de la prise en charge globale du patient dans son parcours de santé visuelle, exige un échange continu et réciproque d’informations. Dans cet environnement où s’expriment la coopération et la confiance entre les acteurs, une attention particulière doit être portée à certaines populations sensibles qui ont un recours insuffisant à ce parcours de santé visuelle : enfants, personnes âgées ou souffrant de basse vision.

Sur la base d’engagements réciproques et de grands principes partagés par l’ensemble des acteurs, des modalités de prise en charge du patient par l’opticien-lunetier au sein de la filière de santé visuelle sont définies pour garantir la qualité de la démarche.

3. Principes & engagements

3.1 Primauté de la santé visuelle

Il est rappelé comme principe fondamental que la santé et la qualité de la prise en charge doivent guider en priorité les choix de tous les acteurs, tout au long du parcours du patient.

Les besoins du patient doivent être au cœur de la démarche de tous les intervenants :

- Les industriels et fabricants garantissent le respect des normes en matière de traçabilité sanitaire, de sécurité et de fiabilité et s'engagent à développer et à proposer des innovations qui améliorent le confort et la performance des solutions optiques et contribuent à la préservation de la santé visuelle du patient (prévention, protection, ralentissement de la progression des amétropies...).
- En se fondant sur la prescription médicale, les opticiens-lunetiers apportent la meilleure réponse possible au patient, par l'étude de ses besoins et attentes, par la recommandation de produits adaptés et par l'évaluation de sa satisfaction dans le temps.
- Les ophtalmologistes s'engagent à sauvegarder, en fonction de l'état actuel de l'art médical, le capital visuel des patients par la prescription la mieux adaptée possible aux amétropies constatées et par le diagnostic et la prise en charge des pathologies associées ou intercurrentes. Ils s'organisent pour prendre en compte les demandes justifiées des opticiens.

3.2 Coopération & échanges autour du patient

Les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé et des fabricants mettent tous les moyens à leur disposition pour faciliter la diffusion des informations nécessaires à la bonne prise en charge en santé visuelle du patient, afin de garantir que celles-ci soient connues et respectées de tous les acteurs :

- Les informations sur le parcours de santé visuelle avec le rôle dévolu à chaque professionnel de santé : l'ophtalmologiste informe son patient des tâches spécifiques déléguées aux orthoptistes et celles confiées aux opticiens (en particulier, sur le renouvellement de l'ordonnance en cours de validité et sur la manipulation et la pose de lentilles de contact).
- Les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé (annexe 1) et leurs évolutions.
- Les référentiels d'activités et compétences des professionnels de santé, notamment ceux relatifs aux orthoptistes et opticiens-lunetiers.
- Les informations des fabricants sur les produits qu'ils conçoivent, leurs performances et les éventuelles recommandations particulières pour leur mise en œuvre.

Les mêmes organisations professionnelles prennent les initiatives nécessaires à la coopération entre les acteurs, notamment par la mise en œuvre d'échanges sécurisés entre les professionnels de santé.

3.3 Sensibilisation de tous les publics

Chaque acteur engagé dans la *Démarche en santé visuelle*, favorise la réalisation d'actions de sensibilisation et la diffusion d'informations sur le « bien voir », tant sur l'importance d'avoir une vue bien corrigée et ses impacts, que sur la protection des yeux et les actions de prévention associées.

Cette sensibilisation s'adresse au plus large public possible, avec une attention particulière aux populations les plus sensibles.

En tant que professionnel de santé de proximité, en lien direct et régulier avec le public, l'opticien-lunetier, avec le support des ophtalmologistes et des industriels et fabricants :

- informe de manière systématique le patient sur les facteurs environnementaux impactant la santé visuelle (luminosité, rayonnements nocifs, allergies...) et sur les besoins spécifiques liés à ses activités (travail sur écran, conduite automobile, pratiques sportives...);
- informe sur les liens entre amétropies et pathologies, les risques liés à l'âge, et prodigue les conseils en matière d'ergonomie, de principes de lecture, de prévention des chutes ;
- incite à des contrôles réguliers chez l'ophtalmologiste ;
- apporte au patient tout élément pédagogique permettant d'expliquer les tests utilisés ;
- participe aux campagnes de sensibilisation à la santé visuelle qui peuvent être organisées dans sa région, en milieu scolaire, dans le monde du travail ou encore dans le cadre d'initiatives associatives. Il participe notamment à la Journée Mondiale de la Vue.

3.4 Prise en charge de la basse vision et de la malvoyance

La *Démarche en santé visuelle* implique chaque acteur dans le développement de solutions pour équiper et accompagner de la meilleure façon possible les patients avec de fortes amétropies ou en situation de malvoyance. Les industriels et fabricants développent et proposent les produits adaptés et mettent en place les éventuelles formations nécessaires à leur utilisation.

Les ophtalmologistes orientent le patient vers les professionnels formés. Ces opticiens-lunetiers spécialistes en Basse Vision, prennent en charge les personnes malvoyantes : découverte des possibilités visuelles restantes, du projet, mesure des capacités visuelles, essais et apprentissage des aides visuelles. Ces spécialistes Basse Vision participent à la coordination entre les professionnels de santé visuelle pour informer et accompagner les personnes malvoyantes dans leur parcours.

3.5 Formation

La *Démarche en santé visuelle* par l'opticien-lunetier implique une connaissance des enseignements théoriques et pratiques acquis lors de sa formation initiale, mais aussi l'acquisition d'enseignements complémentaires. Ces derniers peuvent être liés aux évolutions réglementaires du métier (charge de nouvelles missions, adaptation de la correction de lentilles lors d'un renouvellement), à des prises en charge spécifiques (patients malvoyants, enfants), aux évolutions des connaissances, aux innovations mises sur le marché.

- Les fabricants et ophtalmologistes proposent aux opticiens-lunetiers des actions de formation dans les domaines qui les concernent et de façon complémentaire aux formations dispensées dans le cadre du DPC, afin de permettre au patient de bénéficier de la meilleure prise en charge possible.
- L'opticien-lunetier s'engage à suivre un plan de formation continue pour lui-même et pour l'équipe présente au magasin, lui permettant de respecter la *Démarche en santé visuelle* sous tous ses aspects. Il acquiert des notions sur les pathologies et les chirurgies oculaires, afin d'être en capacité de répondre, de façon générale, à des interrogations pouvant être posées par son patient.

4. Modalités de prise en charge du patient au sein de la filière de santé visuelle

Sur la base des principes et engagements des intervenants de la filière, l'opticien-lunetier s'engage à respecter les protocoles suivants :

4.1 Analyse de la prescription

L'opticien-lunetier apporte des conseils et respecte la prescription médicale, il :

- ▶ **explique l'amétropie** et les éventuelles remarques apportées par l'ophtalmologiste par le biais des outils sécurisés de communication mis en place ;
- ▶ **analyse l'équipement précédemment porté** : type de verres ou de lentilles, centrage des verres, niveau de confort et de satisfaction de l'équipement porté (sur la base notamment de la carte de vue).
- ▶ **délivre les équipements** :

Dans le cadre d'une prescription des verres correcteurs :

Conformément aux dispositions légales en vigueur et dans le cadre du respect des bonnes pratiques, notamment celles émises par la Haute Autorité de Santé, l'opticien s'engage à respecter la réglementation sur les règles de délivrance des verres correcteurs.

- La délivrance doit respecter la prescription de l'ophtalmologiste.
- La délivrance doit être accompagnée d'une mise en situation d'usage de la prescription (voir modalités 4.3) :
 - dans le cadre de la prescription initiale, si le patient ressent un inconfort, l'ophtalmologiste est consulté avant d'apporter d'éventuelles modifications ;
 - dans le cadre du renouvellement de l'ordonnance (se rapporter à la réglementation), l'ophtalmologiste, qui a précédemment précisé cette possibilité à son patient, doit être informé de l'évolution de la vue constatée :
 - la prescription ne peut pas être modifiée si l'ophtalmologiste a exclu cette possibilité par mention expresse portée sur l'ordonnance ;
 - le patient, dont on constate l'apparition de la presbytie, doit être dirigé vers l'ophtalmologiste pour réaliser un bilan ophtalmologique et prescrire la première correction de ce trouble de la vision.

Dans le cadre d'une prescription de lentilles de contact :

Conformément aux dispositions en vigueur et dans le cadre du respect des bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé, l'opticien s'engage à respecter la réglementation sur les règles de délivrance des lentilles de contact.

- La primo-délivrance ne peut se faire que sur ordonnance précisant la correction optique et les caractéristiques essentielles des lentilles.
- L'opticien vérifie que les séances à la manipulation et à la pose des lentilles ont bien été réalisées, le cas échéant il prend contact avec l'ophtalmologiste.
- Il explique les principes de l'entretien des lentilles.
- Lors du renouvellement de l'ordonnance, il informe l'ophtalmologiste directement ou via les outils sécurisés de communication mis en place, ou à défaut par tout moyen adapté, et, le cas échéant, des modifications apportées. Ces dernières ne peuvent porter que sur la correction optique. Toute modification des caractéristiques essentielles des lentilles remet le patient dans la situation d'une primo-délivrance. De même, toute évolution importante de la correction optique doit conduire à revoir l'ophtalmologiste.

4.2 Découverte des besoins visuels

L'opticien-lunetier :

- recueille les informations sur les besoins visuels du patient ;
- prend en compte les exigences particulières : profession, loisirs, activités spécifiques, afin de considérer la précision de vision requise, le champ de vision et le niveau de protection nécessaires ;
- prend en compte la santé oculaire de l'amétrope. Si une urgence ophtalmologique est suspectée, l'opticien-lunetier prend contact avec l'ophtalmologiste traitant pour faciliter un rendez-vous dans les plus brefs délais.

4.3 Mise en situation d'usage de la prescription

L'opticien-lunetier prend les initiatives nécessaires afin d'exécuter les prescriptions médicales et de les adapter si nécessaire en cas de renouvellement. Pour cela, l'opticien-lunetier engagé dans la démarche en santé visuelle :

- mesure les acuités visuelles résultant de la prescription ;
- en cas de renouvellement, si les acuités visuelles sont insatisfaisantes, mesure et détermine la meilleure acuité visuelle compensable en adéquation avec les besoins du patient ;
- pour réaliser la réfraction, reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel. Les locaux sont équipés de manière à ce que l'intimité du patient soit préservée ;
- précise au patient que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

Lunettes

4.4 Choix et ajustage de la nouvelle monture

Sur la base des spécificités techniques et recommandations que les industriels et fabricants lui communiquent, l'opticien-lunetier :

- oriente le patient sur un choix de montures adaptées à sa morphologie, son amétropie, ses besoins visuels. Une attention particulière est apportée à l'équipement des enfants et des presbytes.
- L'ajustage de la monture doit toujours être réalisé avant de procéder à la prise de mesures.

4.5 Prise de mesures

- L'opticien-lunetier réalise avec le matériel adapté au cahier des charges des industriels et fabricants et selon leurs recommandations de mise en œuvre, les mesures fiables et précises nécessaires au centrage, à la personnalisation du montage et le cas échéant à la fabrication du verre. Dans une logique d'assurance qualité, les opticiens-lunetiers privilégient les outils de prise de mesures électroniques, connectés au logiciel magasin, pour assurer une meilleure reproductibilité de la mesure et éliminer les risques d'erreur de saisie.

4.6 Choix des verres

Sur la base des spécificités techniques et recommandations que les industriels et fabricants lui communiquent, l'opticien-lunetier :

- propose des verres répondant aux besoins et usages du patient ;
- informe et sensibilise sur la préservation du capital visuel ;
- précise clairement les caractéristiques de l'équipement proposé ;
- propose une protection anti-UV sur verres blancs, solaires ou photochromiques et recommande une protection contre la lumière bleue nocive ;
- préconise pour les enfants des verres résistant aux chocs, une protection 100% anti-UV sur verres blancs comme sur verres solaires ou photochromiques.

4.7 Montage de l'équipement

- L'opticien-lunetier réalise le centrage et le montage de l'équipement ;
- contrôle la qualité et la conformité du montage ;
- contrôle régulièrement la précision, l'étalonnage et la conformité des instruments qu'il utilise.

4.8 Remise de l'équipement

- L'opticien-lunetier vérifie l'ensemble de l'équipement, notamment le centrage et l'ajustage. La conformité de ses éléments constitutifs (verres, monture) est assurée par leurs fabricants respectifs ;
- vérifie la qualité de vision et mesure les acuités visuelles avec un test de lecture en vision de loin et vision de près ;
- donne des conseils de port et d'entretien ;
- présente, remet et explique les documents d'identification et d'authenticité délivrés par les industriels et fabricants (carte de vue, certificat...);
- informe le patient qu'il aura accès à un suivi personnalisé de son niveau de satisfaction.

Lentilles

4.9 Choix des lentilles

- L'opticien-lunetier se conforme à la prescription.
- Lors du renouvellement, il écoute les observations du patient, adapte en cas de besoin sa correction optique et l'informe de la nécessité de faire des visites régulières chez l'ophtalmologiste ;
- oriente le patient dans son choix suivant ses besoins.

4.10 Remise de l'équipement

- Il informe et sensibilise sur les conditions d'entretien et d'hygiène ;
- s'assure que le client maîtrise la manipulation et la pose des lentilles ;
- informe sur les préconisations du fabricant : durée de port journalier, durée de vie de la lentille ;
- vérifie les acuités ;
- informe le patient qu'il aura accès à un suivi personnalisé sur son niveau de satisfaction.

ANNEXE 1

Recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Troubles de la réfraction : délivrance des verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement

Méthode « Recommandations par consensus formalisé »

RECOMMANDATIONS

Mars 2011

L'argumentaire et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	4
1 Contexte	4
2 Thème et objectifs	5
3 Populations et professionnels concernés	5
4 Méthode de travail	5
5 Actualisation des recommandations	6
Recommandations	7
1 Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?	7
2 Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?	8
Méthode Consensus formalisé	9
Participants	12
Fiche descriptive	14

Introduction

1 Contexte

Les recommandations sur le thème « Troubles de la réfraction : délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement » ont été élaborées à la demande du ministère de la Santé - Direction de la sécurité sociale et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

La demande initiale était la suivante :

- élaborer à l'attention des opticiens un référentiel sur les situations dans lesquelles l'opticien doit orienter le patient vers l'ophtalmologiste avant délivrance de verres correcteurs ;
- élaborer à l'attention des ophtalmologistes un référentiel sur les situations pathologiques justifiant que le médecin s'oppose à la délivrance après adaptation par un opticien dans les conditions prévues par l'article L. 4362-10 du CSP ;
- au regard de la formation actuelle des opticiens, la HAS a-t-elle des propositions à formuler permettant de développer cette complémentarité avec les ophtalmologistes dans des conditions optimales de sécurité pour les patients ?

Les troubles de la réfraction constituent un problème de santé publique en raison de leur fréquence (29 % de la population seraient myopes, 15 % astigmatas, 9 % hypermétropes et plus de 40 % presbytes) et du handicap pour l'individu en cas de non ou mauvaise correction. La correction adéquate et le suivi des amétropies ont donc une importance majeure.

La prescription de la correction (lunettes ou lentilles de contact) est faite par l'ophtalmologiste dans le cadre d'un examen médical complet de l'œil comprenant notamment l'étude de l'acuité visuelle et de la réfraction. Or, la démographie des ophtalmologistes est déclinante, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allongent alors que le vieillissement de la population laisse présager une augmentation des besoins en soins oculaires par les ophtalmologistes. L'article 54 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale et ses décrets d'application (décrets n° 2007-553 et n° 2007-551 du 13 avril 2007) ont permis aux opticiens-lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de 3 ans, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de 16 ans et sauf opposition du médecin. Le risque évoqué est celui d'un retard au diagnostic de pathologies ophtalmologiques asymptomatiques. Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé.

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

- le médecin prescripteur n'a pas exclu la possibilité d'adaptation et a prescrit la première correction pour les patients presbytes ;
- l'opticien informe le médecin prescripteur lorsque la correction est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale ;
- l'opticien est identifié par le port d'un badge signalant son titre professionnel ;
- l'opticien réalise l'examen de la réfraction du patient « 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 de manière que « l'intimité du patient soit préservée » ;
- l'opticien s'interdit toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction.

L'article L. 4362-10 du CSP prévoit également que « l'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical ».

Il est rappelé que les opticiens sont des professionnels de santé, titulaires d'un brevet de technicien supérieur (BTS) d'opticien-lunetier ou d'un brevet professionnel d'opticien-lunetier (art. L. 4362-2 du CSP). Le diplôme d'opticien-lunetier est nécessaire pour diriger ou gérer un magasin d'optique (art. L. 4362-9 du CSP).

2 Thème et objectifs

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

L'absence de données de pratique concernant l'évaluation du dispositif mis en place dans le cadre du décret du 13 avril 2007 ne permet pas de proposer des objectifs d'amélioration des pratiques pour cadrer le thème de ce travail.

Les recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?
2. Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?

Les recommandations s'inscrivent dans le cadre du décret n° 2007-553 du 13 avril 2007. Elles ne concernent que la délivrance de verres correcteurs, à l'exclusion de la délivrance de lentilles de contact, dans le cadre du renouvellement avec adaptation.

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

Un document d'information destiné aux usagers est disponible sur le site Internet de la HAS. Il concerne les modalités de renouvellement de lunettes prescrites il y a moins de 3 ans et inclut une liste de symptômes devant conduire à consulter l'ophtalmologiste.

3 Populations et professionnels concernés

Les recommandations concernent les personnes de 16 ans ou plus, atteintes d'un trouble de la réfraction¹, porteuses de lunettes de vue.

Elles sont destinées aux ophtalmologistes, opticiens, orthoptistes ainsi qu'à tout autre médecin équipé et formé à la pratique de la réfraction.

4 Méthode de travail

Ces recommandations ont été élaborées par la méthode de Consensus formalisé, décrite par la HAS².

¹ Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie.

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

5 Actualisation des recommandations

L'élaboration des recommandations a été menée dans un contexte de réflexion sur la coopération entre professionnels de santé, notamment ceux de la filière visuelle. Ces recommandations devront être actualisées dans un délai de 5 ans ou en fonction :

- de l'évolution du contexte réglementaire et des modalités d'organisation de la filière visuelle ;
- des évaluations du dispositif réglementaire mis en place par le décret n°2007-553 du 13 avril 2007 et de l'impact des présentes recommandations sur la mise en œuvre du dispositif ;
- des évaluations des protocoles de coopération entre professionnels de santé mis en place dans le cadre de la filière visuelle (article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009).

Recommandations

1 Dans quelles situations cliniques est-il recommandé qu'un ophtalmologiste s'oppose à l'adaptation de la prescription médicale initiale de lunettes par un opticien dans le cadre d'un renouvellement ?

L'ophtalmologiste peut s'opposer ou limiter dans le temps, en le précisant sur l'ordonnance, le renouvellement avec adaptation, dans les situations ou circonstances associées qui nécessitent un suivi ophtalmologique rapproché.

Cette liste de situations ou circonstances associées n'est ni exhaustive ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste. Celui-ci décide au cas par cas s'il y a lieu de limiter le renouvellement avec adaptation en l'expliquant à la personne.

Il est recommandé que le médecin prenne en compte le degré de compréhension de la personne et son implication dans sa prise en charge ophtalmologique.

Il est recommandé d'inscrire l'acuité visuelle corrigée dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place.

Les situations ou circonstances associées pour lesquelles il est recommandé que le médecin prescripteur limite le renouvellement avec adaptation sont :

- les troubles de réfraction suivants :
 - myopie ≥ -6 dioptries et/ou longueur axiale ≥ 26 mm,
 - changement d'axe $\geq 20^\circ$ en cas d'astigmatisme $\geq 0,75$ dioptrie,
 - pour toute amétropie, une modification d'1 dioptrie ou plus en 1 an ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome,
 - hypertension intraoculaire isolée,
 - pathologies rétinienne (dont DMLA, rétinopathie diabétique...),
 - cataracte et autres anomalies cristalliniennes,
 - tumeurs oculaires et palpébrales,
 - antécédents de chirurgie réfractive,
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère et datant de moins de 3 ans,
 - anomalies cornéennes (notamment greffe de cornée, kératocône, kératopathies, dystrophie cornéenne...),
 - amblyopie bilatérale,
 - diplopie récente et/ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète,
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante),
 - hypertension artérielle mal contrôlée,
 - sida,
 - affections neurologiques à composante oculaire,
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours, notamment :
 - corticoïdes,
 - antipaludéens de synthèse,
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

2 Quel niveau d'évolution de la réfraction devrait conduire l'opticien à orienter la personne vers l'ophtalmologiste avant délivrance de lunettes et quelles sont les conditions de cette orientation ?

Lorsque l'acuité visuelle n'est pas connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute meilleure acuité visuelle corrigée < 10/10 de loin et/ou plus faible que Parinaud 2 de près.

Lorsque l'acuité visuelle est connue de l'opticien, il est recommandé que celui-ci oriente la personne vers l'ophtalmologiste pour toute baisse de la meilleure acuité visuelle corrigée par rapport à la précédente mesure.

Il est recommandé que l'opticien oriente la personne vers l'ophtalmologiste :

- en cas de modification de la réfraction 1 dioptrie sur 1 an (cylindre et/ou sphère) ;
- en cas de changement d'axe 20° chez une personne présentant un astigmatisme 0,75 dioptrie ;
- pour toute création ou modification de la correction prismatique.

S'il oriente la personne vers l'ophtalmologiste, il est recommandé que l'opticien remette à la personne le compte rendu du contrôle de la réfraction en vue de la consultation ophtalmologique. Il peut également adresser ce compte rendu à l'ophtalmologiste choisi par la personne.

Le compte rendu doit préciser :

- le nom de l'opticien ;
- la date et la correction mentionnées sur l'ordonnance initiale ;
- la date de l'examen par l'opticien ;
- les résultats de la réfraction et de l'acuité visuelle obtenus ;
- toute autre information utile dans le respect du secret professionnel.

Il est recommandé qu'une copie du compte rendu soit archivée par l'opticien et incluse dans le dossier optique partagé quand celui-ci sera mis en place.

Dans le cas où l'opticien sollicite personnellement l'ophtalmologiste choisi par la personne pour un rendez-vous urgent, il est recommandé que l'ophtalmologiste reçoive la personne dans le délai le mieux adapté compte tenu des renseignements transmis par l'opticien.

Méthode Consensus formalisé

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Consensus formalisé (CF) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

1 Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations de bonne pratique sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

2 Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, le cas échéant, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de pilotage, de cotation et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture, le cas échéant.

3 Groupe de pilotage

Un groupe de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président. Le groupe de pilotage rédige ensuite une liste de propositions destinée à être soumise au groupe de cotation.

4 Groupe de cotation

Un groupe de cotation est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels impliqués au quotidien dans la situation clinique étudiée, sélectionnés selon les mêmes critères que le groupe de pilotage. Les membres du groupe de cotation reçoivent un questionnaire dans lequel ils cotent individuellement chaque proposition émise par le groupe de pilotage, à l'aide d'une échelle numérique discontinue, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de leur expérience pratique (1^{re} cotation individuelle). Une réunion du groupe de cotation est organisée sous la direction du chef de projet de la HAS pour présenter et discuter les résultats de cette 1^{ère} cotation et pour confronter les expériences professionnelles des participants et les données de la littérature. En fonction des résultats, des modifications ou des précisions peuvent être apportées aux propositions. Aussitôt après cette réunion, il est demandé aux membres du groupe de cotation de coter individuellement les propositions issues de la réunion (2^e cotation individuelle). Les membres du groupe de cotation qui ne retournent pas leurs cotations individuelles ou qui ne participent pas

à la réunion sont exclus du groupe de cotation. Les propositions cotées, les règles de cotation et l'analyse des réponses sont présentées en annexe, ainsi que les résultats des cotations individuelles.

5 Rédaction de la première version des recommandations

Au terme du processus de cotation, une première version du texte des recommandations est rédigée par le chef de projet de la HAS à partir des consensus identifiés. Elle est soumise au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence, avant envoi en groupe de lecture.

6 Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de cotation. Il est consulté par courrier et donne un avis consultatif sur le fond et la forme du document, en particulier sur la lisibilité, l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité spécialisé de la HAS en charge des recommandations de bonne pratique (comité de validation des recommandations).

7 Version finale des recommandations

L'argumentaire est modifié ou complété, s'il y a lieu, après analyse critique des articles adressés par le groupe de lecture. Après analyse des commentaires du groupe de lecture, les groupes de pilotage et de cotation rédigent ensemble la version finale des recommandations grâce à des échanges par courriel ou au cours d'une réunion commune sous la direction du chef de projet de la HAS et du président du groupe de pilotage. Si des recommandations sont modifiées sur le fond, une troisième cotation en réunion est réalisée par le groupe de cotation.

La méthode décrite par la HAS permet, le cas échéant, de ne pas recourir à un groupe de lecture. Les recommandations sont alors rédigées par le chef de projet de la HAS après la seconde cotation du groupe de cotation. Elles sont soumises au groupe de pilotage qui en vérifie la cohérence.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le Comité de Validation des Recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

8 Validation par le Collège de la HAS

Le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

9 Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

10 Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les

moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

11 Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, de A à C selon l'échelle proposée par la HAS.

En l'absence d'études, ce qui est la situation la plus fréquente lorsque la méthode de consensus formalisé est utilisée, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel formalisé au sein du groupe de cotation réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont fondées sur un accord professionnel formalisé. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations de bonne pratique par consensus formalisé, se référer au guide publié par la HAS en 2006 : « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé ».

Participants

Organismes professionnels et associations d'utilisateurs

Les organismes professionnels et associations d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations :

- Académie d'ophtalmologie
- Association française d'orthoptique
- Collectif interassociatif sur la santé
- Collège des ophtalmologistes universitaires de France
- Collège des ophtalmologistes des hôpitaux généraux de France
- Conseil national de l'ordre des médecins
- Fédération nationale des opticiens de France
- Regroupement des sociétés scientifiques de médecine générale
- Société francophone d'étude et de recherche en orthoptie
- Société française d'ophtalmologie
- Syndicat des opticiens sous enseigne
- Syndicat national des ophtalmologistes de France
- Syndicat national des centres d'optique mutualistes
- Syndicat national autonome des orthoptistes
- Syndicat des orthoptistes de France
- Union des opticiens
- Union nationale des associations familiales

Comité d'organisation

M. Bruguerolle Alain, directeur optique, Paris
Pr Cochener Béatrice, ophtalmologiste, Brest
Pr Creuzot-Garcher Catherine, ophtalmologiste, Dijon
M. Gerbel Alain, opticien, Dax
M. Milstajn Laurent, orthoptiste, Plaisir
Mme Prestat Laure, Direction de la sécurité sociale, Paris

Dr Quanquin Régis, ophtalmologiste, Montélimar
Dr Rottier Jean-Bernard, ophtalmologiste, Le Mans
Dr Schramm Stéphanie, médecin-conseil Cnamts, Paris
M. Soudy Patrice, opticien, Châteauroux
Mme Tournier Claudine, orthoptiste, Besançon

Groupe de pilotage

Pr San Marco Jean-Louis, médecin de santé publique, Marseille - Président du groupe de pilotage
Dr Dugas Brice, ophtalmologiste, Dijon - Chargé de projet
Dr Valérie Lindecker-Cournil, Saint-Denis - Chef de projet HAS

Mme Bouly De Lesdain Annick, orthoptiste, Paris
M. Camacho Patrice, opticien, Nanterre
Dr Godeau-Le Fur Paule-Marie, ophtalmologiste, Saint-Raphaël

Dr Hirsch Anneline, ophtalmologiste, Gonesse
Mme Hladiuk Katrine, orthoptiste, Dunkerque
M. Marvier Pierre, opticien, Limoges
Mme Tellier Nathalie, chargée de mission – Unaf, Paris

Groupe de cotation³

Dr Aflalo Guy, ophtalmologiste, Saint-Raphaël
Dr Arnoux Bertrand, ophtalmologiste, Charleville-Mézières

M. Auber Raoul, opticien, Carcassonne
M. Audat Cosmin, opticien, Paris
M. Bayle Jean-Michel, opticien, Vichy
M. Bedrune Christian, opticien, Saint-Quentin
Dr Bour Thierry, ophtalmologiste, Metz

³ Un opticien, en désaccord avec le contenu des recommandations, n'a pas souhaité que son nom figure dans le document

Dr Forestier Françoise, ophtalmologiste, Villeneuve-Saint-Georges
Mme Kannengieser Eve, orthoptiste, Colmar
M. Lehmann Christophe, opticien, Strasbourg
Mme Louvet Michèle, opticien, Marseille

Dr Pagot Roland, ophtalmologiste, Strasbourg
Dr Pasquier Bernard, ophtalmologiste, Cergy-Pontoise
M. Rousseau Benoît, orthoptiste, Paris
Dr Subirana Xavier, ophtalmologiste, Toulouse

Groupe de lecture⁴

M. Azoulay Louis, opticien, Anglet
Pr Berland Yvon, Observatoire national de la démographie des professions de santé, Paris
M. Brauge Bernard, opticien, Paris
M. Bridier Bernard, opticien, Tours
M. Chevet François, opticien, Paris
Pr Colin Joseph, ophtalmologiste, Bordeaux
Dr Colliot Jean-Philippe, ophtalmologiste, Chantilly
Dr Corre Christian, ophtalmologiste, Ambérieu-en-Bugey
Dr Cotineau Jean, Conseil national de l'ordre des médecins, Paris
Dr Coupier Laurent, ophtalmologiste, Aix-en-Provence
M. Demerliac François, opticien, Gujan-Mestras
Pr de Pouvourville Gérard, professeur en économie de la santé, ESSEC, Cergy-Pontoise
Mme Duvauchelle Alexandra, déléguée générale d'un syndicat d'opticiens, Paris
M. Enaudeau François, opticien, Nîmes
Dr Francoz-Taillanter Nicole, ophtalmologiste, Vichy
Mme Fritte Noella, représentant d'usagers, Laon
Dr Gaaloul Hachemi, ophtalmologiste, Sainte-Geneviève-des-Bois
Dr Gazagne Christophe, ophtalmologiste, Narbonne
Dr Gilbert Laurent, ophtalmologiste, Fréjus
Mme Godec Françoise, orthoptiste, Locmaria-Plouzané
Dr Gold Richard, ophtalmologiste, Le Raincy
M. Grenier Jérôme, opticien, Saint-Étienne
Mme Guerra Paula, orthoptiste, Charleville-Mézières
Dr Hajjar Christian, ophtalmologiste, Basse-Terre, Guadeloupe
M. Houssaye Guy, opticien, Montlouis-sur-Loire
M. Ingouf Alain, représentant d'usagers, Tourlaville

Dr Joyaux Jean-Christophe, ophtalmologiste, Fort-de-France, Martinique
Dr Kosmann Philippe, ophtalmologiste, Strasbourg
Dr Krafft Véronique, ophtalmologiste, Nancy
Mme Labrador Sophie, orthoptiste, Tarbes
Mme Leone Marie-Jeanne, opticien, Marseille
M. Lepinat Lionel, Opticien, Niort
Dr Lepori Jean-Claude, ophtalmologiste, Vandœuvre-Lès-Nancy
Dr Leroy Lionel, ophtalmologiste, Nanterre
Mme Lizon Marie-Christine, orthoptiste, Strasbourg
Dr Malan Patrick, ophtalmologiste, Narbonne
Mme Mennemar Anne-Marie, représentant d'usagers, Amiens
Dr Mougine Philippe, médecin généraliste-gériatre, Fréjus
Dr Nogier Yves, ophtalmologiste, Aubenas
Mme Ostendorf Marlène, ophtalmologiste, Montfermeil
M. Pegaule Serge, représentant d'usagers, Saint-Raphaël
Dr Pegourié Pierre, ophtalmologiste, Rives-sur-Fure
Dr Pelen François, ophtalmologiste, Créteil
M. Perez Florent, opticien, Nérac
Mme Perpezat Sophie, orthoptiste, Villemoisson-sur-Orge
M. Plat Éric, opticien, Saint-Paul-lès-Dax
Dr Quentel Gabriel, ophtalmologiste, Paris
Dr Rioux Bruno, ophtalmologiste, Châteaubriant
M. Romeas Christian, opticien, Firminy
M. Samantar Kulmie, délégué général d'un syndicat d'opticiens, Paris
Mme Savary Catherine, orthoptiste, Vélizy-Villacoublay
M. Schertz Jérôme, opticien, Paris
Dr Seegmuller Jean-Luc, ophtalmologiste, Strasbourg
Mme Triau Dominique, opticien, Ambazac

⁴ Un ophtalmologiste et un opticien, en désaccord avec le contenu des recommandations, n'ont pas souhaité que leur nom figure dans le document

Fiche descriptive

TITRE	Troubles de la réfraction : délivrance de verres correcteurs par les opticiens dans le cadre d'un renouvellement
Méthode de travail	Consensus formalisé
Date de mise en ligne	Avril 2011
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Professionnel(s) concerné(s)	Ophtalmologistes, opticiens, orthoptistes ainsi que tout autre médecin équipé et formé à la pratique de la réfraction
Demandeur	Direction de la sécurité sociale, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mlle Jessica Layouni Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet et Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mme Yasmine Lombry (chef du service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupes de pilotage, de cotation, de lecture : cf. liste des participants Les participants au comité d'organisation, groupes de pilotage et de cotation ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	De 1980 à septembre 2010 (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire)
Auteurs de l'argumentaire	Dr Brice Dugas, ophtalmologiste, Dijon Dr Valérie Lindecker-Cournil, HAS
Validation	Avis du comité de validation des recommandations en décembre 2010 Validation par le Collège de la HAS en mars 2011
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Document d'information destiné aux usagers « Renouveler ses lunettes de vue : mode d'emploi », téléchargeable sur www.has-sante.fr

FNOF

www.fnof.org

Tél : 05 58 74 23 10

Contact : fnof@fnof.org