

Chapitre XIV

La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses

PRESENTATION

Deux Français sur trois ont des problèmes de vue et, au-delà de 55 ans, la moitié a des troubles de l'audition, proportion qui tend à s'accroître avec le vieillissement de la population.

L'optique correctrice et les audioprothèses représentent ainsi un marché annuel total évalué en 2011 à 6,1 Md€ environ, dont 5,3 Md€ pour la seule optique, soit le tiers environ de la dépense globale en dispositifs médicaux⁴⁵⁵.

Ces produits ne sont que très peu pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : la dépense de remboursement supportée par celle-ci n'a atteint en 2011 que 313 M€ (199 M€ pour l'optique et 114 M€ pour les audioprothèses). Inversement, il s'agit d'un domaine d'intervention très important pour les institutions d'assurance maladie complémentaire qui ont, en particulier, acquitté en 2011 une charge de 3,65 Md€ au titre de l'optique et de 246 M€ au titre des audioprothèses⁴⁵⁶.

Dans le prolongement de précédents travaux sur le partage des dépenses de santé entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire⁴⁵⁷, la Cour a examiné les conditions dans lesquelles les organismes de protection sociale prenaient en charge ces dépenses.

Elle a constaté que le marché de l'optique et des audioprothèses, en croissance rapide, était opaque et peu concurrentiel (I). Les prix élevés qui en résultent pèsent d'autant plus sur les assurances maladies complémentaires et les assurés sociaux que la participation de l'assurance maladie obligatoire, traditionnellement faible, ne cesse de s'éroder (II). Dès lors, de nouveaux modes de régulation devront être mise en place pour remédier à cette situation (III).

455. Selon le code de la santé publique, les dispositifs médicaux sont des objets utilisés à des fins médicales et qui ne sont ni des médicaments ni des produits biologiques.

456. Source : avis et rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2013.

457. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, La Documentation française, septembre 2011, p. 289-320, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Des marchés dynamiques mais opaques et peu concurrentiels

A – Des dépenses en croissance forte et régulière

Les dépenses d'optique connaissent depuis des années une croissance soutenue et qui devrait perdurer. Celles d'audioprothèses, nettement plus modestes certes et peu aisées à appréhender, s'inscrivent dans la même tendance.

L'ensemble des dépenses de dispositifs médicaux en ambulatoire a connu une croissance très soutenue puisque ces dernières ont crû de 69 % en volume entre 2000 et 2011.

Si le marché de l'optique a crû de 36 % en volume, celui des prothèses (incluant les audioprothèses), orthèses⁴⁵⁸ et véhicules pour personnes handicapées a progressé de 62 %.

Une connaissance insuffisamment précise des dépenses de produits médicaux

La dépense des dispositifs médicaux consommés en ambulatoire est appréhendée annuellement par les comptes de la santé.

Tableau n° 78 : dépenses de biens médicaux dans les comptes nationaux de la santé - dépenses en ville

En M€ constants 2011

Année	Optique	Prothèses, orthèses, VHP*	Matériels et Pansements	TOTAL
2000	3 914	1 384	1 931	7 227
2002	4 366	1 567	2 504	8 438
2004	4 597	1 667	3 016	9 280
2006	4 810	1 820	3 471	10 101
2008	4 962	2 004	4 100	11 065
2010	5 238	2 167	4 433	11 838
2011	5 329	2 248	4 603	12 180

*véhicules pour personnes handicapées

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, comptes de la santé

458. Appareil orthopédique destiné à soutenir une fonction locomotrice déficiente et fixé contre la partie atteinte (attelle, gouttière ou corset).

Si les comptes de la santé distinguent l'optique (5,33 Md€), vu sa masse, ils ne retracent par ailleurs que deux grands postes de dépenses de dispositifs médicaux : les matériels et pansements (4,6 Md€ en 2011) d'une part, les prothèses, orthèses et véhicules pour personnes handicapés (2,25 Md€) de l'autre. Ils n'individualisent notamment pas, au sein de ce dernier poste, les dépenses correspondant aux audioprothèses.

Le comité économique des produits de santé, qui est chargé d'établir les tarifs de remboursement et les prix limites de vente des dispositifs médicaux, ne dispose pas, quant à lui, de statistiques sur les ventes de dispositifs médicaux. Le projet d'élaboration d'une base de données avec les fabricants n'a pas abouti.

Ces rythmes d'augmentation sont très supérieurs sur la même période à la fois à ceux de la population française (+7,3 %) et de la population âgée de 60 ans (+21,3 %). Le vieillissement de la population entretiendra cette dynamique, toutes choses égales par ailleurs.

Bien que des études épidémiologiques précises fassent étonnamment défaut pour notre pays, l'accroissement de la presbytie, due à l'allongement de la durée de vie, et celle de la myopie, en particulier chez les jeunes, sont des tendances longues constatées mondialement. La population connaissant des troubles de l'audition, dont les estimations varient entre 6,2 et 10,2 millions de personnes selon les enquêtes, devrait aussi continuer à progresser de manière significative, du fait, pour l'essentiel, de l'augmentation de la population âgée et très âgée. La prévalence des troubles de l'audition commence à se constater dès 55 ans et la faiblesse du taux d'équipement laisse augurer une forte croissance de ce marché.

B – Des marchés peu concurrentiels, opaques et chers

Chacun de ces deux secteurs est dominé par quelques très gros fabricants. La société Essilor représenterait avec ses filiales les deux-tiers des verres correcteurs vendus en France. Les montures des lunettes sont fabriquées à plus de 40 % par trois fabricants italiens de taille internationale. Le marché des audioprothèses est tenu par les six fabricants qui se partagent l'essentiel du marché mondial⁴⁵⁹.

459. Il s'agit de Sonova, Siemens, William Demant, Starkey, GN Resound et Widex.

1 – Des prix élevés

Le niveau des prix de l'optique correctrice et des audioprothèses demeure élevé⁴⁶⁰ alors même qu'on pourrait logiquement s'attendre à une tendance significative à la baisse du prix de ces équipements, les audioprothèses étant des produits électroniques produits en série et les lunettes étant faites de résines dont le coût de production tend structurellement à diminuer.

Ces prix élevés sont notamment expliqués par le rôle prescripteur des distributeurs. Le patient n'est très généralement pas en mesure de choisir son équipement en toute connaissance de cause. Le distributeur (opticien ou audioprothésiste) oriente notablement son choix. Comme l'a considéré l'Autorité de la concurrence, les opticiens « ont une grande influence sur le choix des consommateurs »⁴⁶¹, le rôle de l'opticien « est décisif dans le choix par le patient de ses montures, de ses verres correcteurs ou de ses lentilles de contact »⁴⁶² et l'optique se distingue « par la forte asymétrie d'information en défaveur des consommateurs »⁴⁶³.

De même, en l'absence – fréquente -, de prescription précise de la part du médecin, qui n'est pas nécessairement un oto-rhino-laryngologiste (ORL), un audioprothésiste peut conseiller préférentiellement le recours à un produit haut de gamme, ce qui expliquerait qu'en France, à plus de 90 %, ce sont les audioprothèses relevant de la classe la plus chère qui sont vendues⁴⁶⁴.

460. C'est aussi le constat fait par l'étude économique « l'optique en France », David Martimort et Jérôme Pouyet, cabinet *Altermind*, avril 2013, qui relève que « le niveau des prix de l'optique apparaît élevé, dans un secteur assez opaque ».

461. Décision n° 02-D-36 du 14 juin 2002 relative à des pratiques relevées dans le secteur de la distribution des lunettes d'optique sur le marché de l'agglomération lyonnaise ».

462. Avis n° 10-A-11 du 7 juin 2010 relatif au conseil interprofessionnel de l'optique.

463. Avis n° 09-A-46 du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés.

464. Les audioprothèses sont classées pour leur prise en charge en quatre catégories, de A à D. La classe A est destinée aux patients ayant une surdité dite « simple » « avec un type de perte homogène en fréquences, vivant dans un environnement sonore calme et ayant une activité sociale simple et/ou réduite » ; la classe D, la plus sophistiquée, correspond aux sourds « ayant un profil audiométrique complexe » et « vivant dans un environnement sonore fluctuant ». Au sein de la « classe D », le prix moyen d'une prothèse de haut de gamme se situe, selon les réseaux, autour de 1 900 € (1 836 € en 2011 selon le réseau de soins *Kalivia*, 1 952 € selon le réseau *Santéclair*).

Par ailleurs certaines modalités de vente moins coûteuses pour les assurés ne sont guère diffusées en France. L'absence de mention obligatoire sur les ordonnances des ophtalmologues de l'écart pupillaire constitue à cet égard une difficulté souvent évoquée.

C'est particulièrement le cas pour la vente de lunettes sur Internet⁴⁶⁵ qui est plus élevée dans plusieurs pays comparables⁴⁶⁶, sans problème majeur, et en a fait chuter le prix⁴⁶⁷. De même la part des ventes faites dans les grandes surfaces par rapport à l'ensemble des canaux de distribution de l'optique⁴⁶⁸ tend à baisser alors qu'elle augmente plutôt dans d'autres pays occidentaux à partir certes d'un pourcentage encore faible : cette part était en 2009 de 7 % environ en France (7,7 % en 2004), 8 % en Espagne (7 % en 2004), 4,9 % aux États-Unis (4,4 % en 2004), 3,7 % au Royaume-Uni (3,1 % en 2004).

S'agissant des audioprothèses, des pratiques d'achat groupé permettent, en Allemagne ou en Suède par exemple, des prix réels pour le patient très inférieurs aux prix constatés en France.

De fait, sur les marchés français de l'optique et de l'audioprothèse, les critères de détermination des prix sont opaques, la comparaison des prix est très malaisée et la concurrence entre les principaux producteurs apparaît limitée⁴⁶⁹ : ce manque de transparence peut faire craindre que le patient français ne « surpaye » ces équipements. En tout état de cause, pour l'optique, le « panier » français est plus de deux fois supérieur à la moyenne des quatre grands pays voisins, comme le montre le tableau ci-après. Cet écart s'expliquerait pour partie par des différences de taux de TVA, par la préférence française pour des montures haut de gamme et par un taux d'équipement plus élevé en verres progressifs.

465. La part de la vente en ligne sur le chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur est estimée selon les sources entre 0,1 % et 1 %. L'institut GFK estime le chiffre d'affaires sur Internet autour de 50 M€ (0,9 % du marché).

466. La vente en ligne représenterait 10 % du secteur aux États-Unis et 5 % en Allemagne.

467. Sont évoqués à cet égard l'Allemagne, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada ; dans ce dernier pays, le prix des lunettes est trois fois moins cher sur internet qu'en magasin. Cf. André Babeau, « le prix trop élevé des lunettes en France n'est pas une fatalité », *Les Echos*, 9 novembre 2012.

468. Y compris l'optique solaire. Source : étude de la Financière de la Cité, 2011.

469. Voire très limitée. L'étude précitée sur l'optique considère à cet égard que sont mises en œuvre dans ce marché des stratégies anticoncurrentielles de « forclusion » (« l'exercice par une firme dominante sur un marché amont de pratiques cherchant à contraindre certaines firmes ou certains consommateurs du marché aval dans leur accès à un produit essentiel et difficilement reproductible »).

Tableau n° 79 : le marché de l'optique dans quelques pays en 2010

Rubrique	France	Royaume-Uni	Espagne	Italie	Allemagne	États-Unis
Pourcentage de porteurs de lunettes sur l'ensemble de la population	64 %	61 %	60 %	ND	ND	64 %
Nombre de points de vente d'optique	11 170	6 980	9 090	10 650	11 960	20 000
Nombre d'habitants par point de vente	5 800	8 900	5 170	5 680	6 830	15 000
Dépense d'optique/habitant en €	88	49	30	36	54	
CA/point de vente en K€	511	438	155	205	366	
Satisfaction des clients (2011) ⁴⁷⁰	16 ^{ème}	15 ^{ème}	2 ^{ème}	1 ^{ère}	4 ^{ème}	SO

Source : *Bien Vu/L'observatoire de l'optique, février 2012.*

2 – Des marges importantes

Dans les deux secteurs, le niveau des prix s'explique dans une large mesure par celui des marges des intervenants de la filière⁴⁷¹.

Les prix de vente des verres correcteurs par les fabricants connaissent, selon des études récentes, une dispersion considérable, entre un verre unifocal dit « de stock » (autour de 1 €) et un verre progressif personnalisé avec options (autour de 180 € hors taxes). À ces montants, pour un verre avec options (soit les $\frac{3}{4}$ des verres), l'opticien appliquerait, selon les mêmes études, une marge brute variant entre 40 € et 240 €. Les prix des montures sont également très variables : de 1 € à 2 € pour les montures fabriquées en Extrême Orient mais jusqu'à 150 € pour des montures « de créateur », prix auxquels est appliqué un coefficient multiplicateur moyen qui serait proche de trois pour le haut de gamme et de six en moyenne pour les produits bas de gamme.

470. La satisfaction des clients mesure, selon le tableau de bord des marchés de consommation de la Commission européenne (6^{ème} édition, octobre 2011), le classement de la satisfaction des consommateurs des pays membres de l'Union à l'égard des biens d'optique, sur un total de 21 classes de biens de consommation. La place moyenne de l'optique en Europe est la 3^{ème}.

471. En 2002, l'Autorité de la concurrence avait relevé que, s'agissant de l'optique, « les marges dans le secteur sont élevées » (décision du 14 juin 2002 mentionnée ci-dessus).

Une part non négligeable de la marge est constituée par le jeu des options⁴⁷², inégalement utiles et dont certaines sont vendues sans pouvoir être dissociées des verres. Au total, pour une paire de lunettes, la marge brute moyenne serait supérieure à 300 € mais pourrait excéder 600 € pour une monture « de créateur » avec verres progressifs à options.

80 % de la valeur du secteur de l'optique et de celui des aides auditives seraient créés à la phase de la distribution (distributeurs en gros et détaillants)⁴⁷³.

La pratique de l'« ajustement »

Une pratique très fréquente des distributeurs, dite de « l'ajustement⁴⁷⁴ », consiste à conduire le client à faire converger son panier d'achat vers le remboursement maximum prévu par son contrat d'assurance maladie complémentaire (voire à surfacturer les verres, fréquemment mieux remboursés que les montures) ; cette pratique permet aussi de faire profiter les clients d'avantages divers, présentés comme des « cadeaux ». À cette fin, il lui est souvent demandé, dès le premier contact, d'indiquer l'identité de son assureur.

Ce comportement conduit, comme l'Autorité de la concurrence l'a relevé en 2009⁴⁷⁵, à « une relative indifférence de l'assuré aux prix pratiqués ». *In fine*, il contribue à « une augmentation du niveau des primes d'assurance complémentaire » ainsi qu'au niveau élevé des prix de l'optique.

Une autre pratique contestable consiste à rappeler au client qu'il peut se faire rembourser un équipement d'optique chaque année, en lui suggérant de « revenir au mois de janvier » pour un renouvellement alors qu'il n'y a pas de nouveau besoin médical ou pour faire prendre en charge le coût de lunettes de soleil.

472. Les nombreuses options proposées (anti rayures, anti reflets, anti buée...) conduisent à une augmentation rapide du prix moyen des lunettes : à titre d'exemple, les traitements antireflets peuvent atteindre 85 €, les traitements antibuée, 45 € par verre. Les options sont notablement concernées par la pratique de « l'ajustement » (cf. ci-dessous).

473. La Financière de la Cité, *Le secteur de l'optique-lunetterie*, avril 2011.

474. Pratique également dénommée « optimisation de facture ».

475. Avis précité. Il observe que ce schéma peut être « positivement perturbé » par la mise en place de réseaux de professionnels agréés (réseaux de soins, cf. *infra*).

La Cour de cassation a eu l'occasion de juger des pratiques abusives, voire des fraudes, dont des organismes d'assurance maladie ont été victimes⁴⁷⁶.

Sur de telles bases, l'équilibre économique d'un point de vente serait ainsi atteint par la vente de deux à trois paires de lunettes par jour ouvré en moyenne.

Ces marges expliquent l'évolution très dynamique du nombre des magasins et points de vente d'optique, qui s'est accru de près de moitié en 11 ans pour atteindre 11 344 au 1^{er} janvier 2011 et 11 400 environ en juin 2012. Ce dynamisme est d'autant plus notable si on compare la densité respective de la France et des pays étrangers. La France dispose ainsi pratiquement du même nombre de distributeurs que l'Allemagne pour une population inférieure de 20 % et de 5 000 points de vente de plus que le Royaume-Uni, pour une population équivalente.

Tableau n° 80 : évolution du nombre et du chiffre d'affaires des opticiens

	2000	2005	2007	2009	2010	2011	2011/2000
Nombre d'opticiens	10 012	15 363	17 389	19 893	21 055	23 675	+136 %
Chiffre d'affaire moyen par point de vente en milliers d'€ HT	NC	543	529	525	520 ⁴⁷⁷	514	SO
Nombre de points de vente	7 910	8 902	9 889	11 139	11 168	11 344	+43 %

Source : *L'opticien/lunetier/GFK*

L'accroissement rapide du nombre de points de vente (+43 % entre 2000 et 2011) conduit chaque opticien à répercuter ses frais fixes sur un volume de ventes moins élevé, ce qui augmente le prix unitaire du bien vendu⁴⁷⁸.

476. Cass. crim., 23 septembre 2009, Xavier X et SARL Hadex : fausses ordonnances et feuilles de soins destinées au remboursement de lunettes de soleil et surfacturations. La Cour mentionne à cet égard un « système de fraude généralisée qui s'inscrivait dans le cadre d'une véritable politique commerciale ».

477. Le léger écart avec la valeur retracée pour 2010 par le tableau précédent s'explique par la différence de sources.

478. Dans son avis précité, l'Autorité de la concurrence observe que « le bon fonctionnement de la concurrence n'est pas toujours proportionnel au nombre d'opérateurs présents sur le marché (...). L'autorité est conduite à s'interroger sur « l'existence d'un excès d'offre ».

Pour les audioprothèses, serait appliqué selon certaines études un coefficient multiplicateur moyen de 3 à 3,5 sur le prix d'achat, soit une marge brute de 2 500 € pour une paire d' « oreilles » haut de gamme, les plus vendues. La vente d'un équipement par jour suffirait au distributeur pour être rentable.

Les différentes enquêtes qui ont pu être réalisées convergent ainsi sur le fait que le niveau des prix de l'optique et des audioprothèses apparaît dans l'ensemble élevé dans notre pays. Parallèlement, leur prise en charge est limitée.

II - Une très faible prise en charge par l'assurance maladie obligatoire qui pèse sur les assurances maladie complémentaires et les assurés

A – Une participation de plus en plus symbolique de l'assurance maladie obligatoire

La base de remboursement, dénommée « tarif de responsabilité », varie, pour un adulte, entre 2,29 € pour le verre correcteur le plus simple⁴⁷⁹ et 24,54 € pour un verre progressif⁴⁸⁰ ; pour un jeune de moins de 18 ans, les tarifs correspondants sont de 12,04 € et 66,62 €. Le tarif des montures est de 2,84 € pour un adulte, de 30,49 € pour un jeune. Ces montants n'ont fait l'objet d'aucune revalorisation depuis des décennies⁴⁸¹.

À ces tarifs s'applique un taux de remboursement, qui a été réduit de 65 à 60 % en mai 2011.

Dès lors, les lunettes dont la correction des verres est la plus simple (plus de 2,1 millions de paires vendues en 2011) sont remboursées 4,44 €⁴⁸² à un adulte et 32,73 € à un jeune. La classe de lunettes la plus vendue⁴⁸³ (près de quatre millions de paires en 2011) est remboursée 9,20 € à un adulte et 36,21 € à un jeune. Les lunettes à verres progressifs

479. Verre simple, sphère de -6 à +6.

480. Verre multifocal, sphère de -8,00 à +8,00.

481. Ni la direction de la sécurité sociale ni la CNAMTS ne sont au demeurant en mesure d'indiquer la date de la dernière modification de la base de remboursement.

482. Soit $(1,37 \text{ €} \times 2) + 1,70 \text{ €}$.

483. Paire de lunettes à sphère de -6,00 à +6,00.

de correction élevée (2,6 millions de paires vendues en 2011) sont remboursées 14,14 € pour un adulte et 70,61 € pour un jeune.

Compte tenu du prix d'acquisition moyen des lunettes avec des verres unifocaux, options comprises (amincissement, « antireflets » en particulier) ou avec des verres progressifs, qui était en 2011 respectivement de 304 € et de 589 € selon les données de la CNAMTS⁴⁸⁴, le taux de remboursement moyen par l'assurance maladie obligatoire pour les adultes sur le prix réel d'une paire de lunettes est de 1,5 % pour des verres unifocaux de correction simple, de 3 % environ pour des verres plus complexes, de 1,7 % pour une paire munie de verres progressifs, soit des taux absolument dérisoires⁴⁸⁵.

Selon les données transmises, à la demande de la Cour, par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie obligatoire des assurés sociaux ayant effectué un achat d'optique correctrice, tous produits confondus, était en 2010 de 394 €.

Sur le plan macro-économique, le désengagement rampant de l'assurance maladie obligatoire est confirmé par les comptes de la santé : comme le montre le tableau ci-après, elle finançait en 2006 3,9 % de la dépense d'optique correctrice mais 3,6 % seulement en 2011

484. Selon une moyenne d'autres sources (institut GFK, *Que Choisir ?* et données issues des réseaux de soins sur les prix « hors réseaux »), le prix d'acquisition moyen, hors options, était en 2011/début 2012 de 299 € pour des lunettes avec verres unifocaux et 621 € pour une paire avec verres progressifs. Tous ces prix sont TVA comprise (19,6 %). Ces moyennes recouvrent toutefois des écarts importants selon les enseignes.

485. L'autorité de la concurrence évaluait en 2009 la prise en charge moyenne d'une paire de lunettes pour adulte par l'assurance maladie obligatoire à 8 € et celle d'un enfant à 38 €.

Tableau n° 81 : la prise en charge des dépenses d'optique (2006 – 2011)

En M€ courants

	AMO	État et CMUC ⁴⁸⁶	Mutuelles	Assurance	Instituts de prévoyance	Total AMC	Ménages	Total
2006	175	60	1 350	557	619	2 526	1 682	4 444
<i>Part du total</i>	3,9 %	1,4 %				56,8 %	37,8 %	100 %
2008	184	62	1 483	729	754	2 966	1 572	4 783
<i>Part du total</i>	3,9 %	1,3 %				62 %	32,9 %	100 %
2010	195	67	1 627	914	868	3 409	1 459	5 130
<i>Part du total</i>	3,8 %	1,3 %				66,5 %	28,4 %	100 %
2011	193	76	1 736	957	952	3 645	1 416	5 329
<i>Part du total</i>	3,6 %	1,4 %				68,4 %	26,6 %	100 %

Source : Cour des comptes/comptes nationaux de la santé.

Les audioprothèses ne sont guère mieux prises en charge. Pour les patients au-delà de 20 ans, la base de remboursement est de 199,71 € par oreille. Comme pour l'optique, le taux de remboursement a été diminué en 2011, passant de 65 à 60 %. Dans ces conditions, l'assurance maladie obligatoire rembourse 120 € environ par oreille adulte, quelle que soit la catégorie de l'appareil, ce qui inclut la prestation de l'audioprothésiste (adaptation de l'appareil et suivi) et la TVA (à 5,5 % au lieu de 19,6 % pour l'optique). Pour les jeunes de moins de 20 ans⁴⁸⁷, le montant remboursé varie de 540 € pour la classe A à 840 € pour la classe D.

Les frais d'entretien et de réparation bénéficient aussi d'un remboursement partiel.

Compte tenu d'un prix d'acquisition moyen de 1 535 € en 2011 selon la CNAMTS, le montant moyen de reste à charge par oreille après intervention de l'assurance maladie obligatoire s'élevait en 2011 à 1 400 € environ pour un adulte, soit un taux moyen de reste à charge de 91 %. Ce taux monte en réalité à 94 % pour l'acquisition, hors réseau de soins, d'une prothèse de gamme supérieure. Les jeunes et les personnes aveugles (5 % des usagers) bénéficient d'un taux de reste à charge sensiblement moindre, entre 54 % et 59 % selon le type d'appareil.

486. Comprend notamment les prestations relatives à l'aide médicale d'État, certains soins d'urgences et les prestations versées aux bénéficiaires de la CMUC affiliés aux régimes de base.

487. Ainsi que pour les personnes qui sont à la fois aveugles et malentendantes.

De manière générale, l'optique et les aides auditives font ainsi partie pour l'AMO des « petits risques » dont elle s'est presque totalement désormais désengagée.

La paralysie de la révision des « lignes génériques »

Un décret du 23 décembre 2004 a prolongé, « à titre transitoire », au plus tard, jusqu'au 31 juillet 2015, la durée de validité de l'inscription au remboursement des produits et des prestations définis sous forme de description générique. Il a prévu que, pour chaque année à compter de 2005, un arrêté précise, après avis de la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP)⁴⁸⁸, les descriptions génériques dont l'inscription arriverait en fin de validité au 31 juillet de l'année suivante et qui feraient l'objet d'un examen en vue d'un renouvellement d'inscription.

S'agissant de l'optique, un arrêté intervenu en mars 2009 a prévu qu'elle figurerait parmi les descriptions génériques à examiner au titre de 2011. Depuis lors, rien ne s'est passé.

Pour les audioprothèses, un arrêté de juillet 2005 avait fixé leur examen au titre de l'année 2006. Mais c'est en avril 2008 seulement que la commission a rendu son avis, qui proposait une nouvelle nomenclature et l'actualisation des prescriptions techniques. Depuis lors, les choses sont restées en l'état.

Cet enlisement de l'action publique a pour effet de pénaliser nombre de patients ainsi que des fabricants qui proposent des solutions innovantes.

Davantage encore que pour les soins dentaires, le financement de l'optique et des audioprothèses par l'assurance maladie n'a plus qu'un caractère résiduel : pour les adultes, 2 % environ du coût des lunettes, 6 % à 8 % de celui des audioprothèses. Pour les jeunes, sa participation est plus élevée mais demeure modeste et, pour les audioprothèses, en pratique marginale étant donné le très faible effectif concerné. Le montant total des remboursements par l'AMO était en 2011 de 199 M€ (175 M€ en 2006) pour l'optique et de 114 M€ pour les audioprothèses.

Ne représentant pour elle qu'un enjeu financier très secondaire, l'assurance maladie obligatoire s'est complètement désintéressée de ces domaines. Malgré quelques velléités exprimées dans son rapport sur les

488. La CEPP était une commission de la Haute Autorité de santé chargée, en application du code de la santé, de donner un avis sur l'inscription sur la « liste des produits et prestations remboursables » des dispositifs médicaux à usage individuel. Elle a été remplacée en 2009 par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS).

risques et charges pour 2012⁴⁸⁹, elle ne procède à aucune gestion active du risque dans ces secteurs et abandonne totalement ses responsabilités aux institutions d'assurance maladie complémentaire, sans stratégie d'ensemble, comme déjà constaté par la Cour en matière dentaire.

B – Une prise en charge importante par l'assurance maladie complémentaire

La quasi-disparition de l'assurance maladie obligatoire du champ de la prise en charge, qui signe un grave échec au regard des principes mêmes qui la fondent, a conduit les organismes d'assurance maladie complémentaire à se comporter en acteurs de substitution, conduisant à certaines dérives dans les contrats.

1 – Une place essentielle et croissante dans le financement de l'optique

Selon les comptes nationaux de la santé, les institutions d'assurance maladie complémentaire assurent dans le financement de l'optique correctrice une part considérable : 68,4 % du total en 2011 (3,65 Md€)⁴⁹⁰, soit près de 20 fois la part de l'assurance maladie obligatoire et plus de 2,5 fois le montant du reste à charge final pour les ménages (1,42 Md€).

Cette prise en charge est en croissance rapide : elle a augmenté de près de 12 points depuis 2006, corrélativement à la baisse, du même ordre de grandeur, de la part des ménages, même si ceux-ci n'en ont pas toujours conscience.

Ces données sont à rapprocher de la dernière enquête annuelle menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des organismes d'assurance maladie

489. La CNAMTS avait alors proposé de définir un label « qualité » qui comprenait l'engagement pour l'opticien d'offrir à toutes les personnes à la CMUC un choix plus large, dans le cadre du « panier de soins CMUC », par exemple des verres antireflet ou une gamme plus variée de montures. Il était aussi envisagé que l'opticien s'engage sur un montant maximum de reste à charge. En contrepartie, il aurait pu faire état de ce label.

490. Pour 2012, les données provisoires des comptes de la santé font état d'un montant de remboursements de l'ordre de 4 Md€, soit un taux de prise en charge qui a crû de trois points en un an pour atteindre 71,5%, la part des ménages baissant de 26,6 % à 24,4 % et celle de l'Etat et de la CMUC de 1,4 % à 0,5 %. La part de l'assurance maladie obligatoire est restée quasiment stable à 3,5 %.

complémentaire⁴⁹¹ : ces derniers déclaraient en moyenne rembourser, en 2009, 74 % du prix d'une paire de lunettes à verres unifocaux supposée coûter 200 € et 55 % d'une paire à verres progressifs supposée coûter 500 €.

Comme généralement constaté⁴⁹², les contrats collectifs assurent un meilleur niveau de remboursement que les contrats individuels (85 % en moyenne de prise en charge contre 65 % pour une paire à verres unifocaux, 69 % contre 44 %⁴⁹³ pour une paire à verres progressifs).

Tableau n° 82 : remboursement moyen en 2009 selon la famille d'organisme et le type de contrat (individuel ou collectif)

	Mutuelles		Instituts de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble		Total
	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	
Optique simple	130,0	173,7	129,5	162,6	134,2	176,8	130,8	169,9	148,1
Optique complexe	230,9	362,7	222,8	313,3	175,6	364,3	220,2	345,0	275,4

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquête statistique 2009 auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire. optique « simple » (lunettes à verres unifocaux : prix de référence = 200 € (100 € de monture et 50 € par verre). Optique « complexe » (lunettes à verres progressifs) : prix de référence = 500 € (100 € de monture et 200 € par verre).

La couverture des frais d'optique apparaît très hétérogène, que ce soit entre l'optique simple et l'optique complexe, entre les trois catégories d'institutions d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance), mais aussi à l'intérieur de chacune de ces catégories et selon les contrats. Certains assurés qui bénéficient de contrats « haut de gamme », collectifs ou individuels, sont

491. Enquête annuelle de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des assurances complémentaires santé (« contrats modaux ») – février 2011.

492. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

493. Taux très proche du taux moyen de 43 % constaté en 2011 par une association de consommateurs pour des contrats individuels de gamme intermédiaire (le taux moyen étant de 20 % pour les contrats d'entrée de gamme et des deux-tiers pour le « haut de gamme »). On ne dispose pas d'une étude équivalente pour le financement des lunettes à verres unifocaux.

remboursés intégralement tandis que d'autres ne bénéficient que d'une prise en charge complémentaire faible voire parfois nulle⁴⁹⁴.

Selon l'enquête de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) intitulée « protection sociale complémentaire d'entreprise » pour 2009, publiée en novembre 2012, les salariés bénéficiant d'une protection complémentaire santé collective considéraient alors à 68 % que leurs dépenses d'optique étaient bien prises en charge ; seuls 12 % estimaient que le niveau de remboursement n'était pas satisfaisant, 18 % ne se prononçant pas. Ce constat vaut au demeurant aussi pour les autres postes de dépenses observés, qu'il s'agisse des frais dentaires (62 % de satisfaits), des dépassements d'honoraires de spécialiste (67 %), du forfait hospitalier (74 %) ou de frais de pharmacie (89 %).

2 – Une prise en charge très variable des audioprothèses

L'enquête de la DREES, qui s'est fondée sur un prix de référence de 3000 € pour deux oreilles, fait apparaître un taux de remboursement déclaré moyen par les organismes complémentaires de 31 % en 2009, tous contrats étudiés confondus. Ici aussi, les contrats collectifs assurent une couverture bien meilleure que les contrats individuels (40 % contre 23 %), alors même que les besoins en audioprothèses des populations couvertes par les premiers, qui sont pour la plupart des actifs, sont limités.

Tableau n° 83 : remboursements moyens en 2009 selon la famille d'organisme et le type de contrat (individuel ou collectif) pour deux prothèses auditives

	Mutuelles		Instituts de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble		
	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	C. indi.	C. coll.	Total
Rembt moyen	772,4	1 114,4	930,5	1 336,9	336,4	1 210,6	696,2	1 202,2	920,0

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé ». Le prix de référence est de 3 000 €.

L'enquête déjà mentionnée d'une association de consommateurs fait ressortir pour sa part un taux de remboursement moyen de 6 % pour les contrats individuels d'entrée de gamme, 18 % pour les contrats intermédiaires et de l'ordre du tiers pour les contrats de haut de gamme.

494. Cette situation est certes relativement rare, mais pas exceptionnelle, selon une enquête réalisée en septembre 2011 par l'association UFC-Que Choisir ?

Les taux de couverture moyens apparaissent ainsi faibles, comparés à ceux des lunettes à verres progressifs. Enfin, selon les données du Haut conseil pour l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2013, le taux de remboursement moyen était de 30% en 2011.

Des contrats insatisfaisants

Depuis des années, les organismes d'assurance maladie complémentaire (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance) ont fait de l'optique un élément de leur attractivité. C'est notamment l'un des premiers points négociés avec une entreprise lors du choix d'un contrat d'assurance collectif. Ce positionnement a conduit à une certaine dérive, telle la prise en charge des montures par certains contrats dans des conditions très avantageuses.

Ces pratiques ont été favorisées par la quasi absence d'encadrement des « contrats responsables », mis en place en 2005, qui devaient pourtant responsabiliser les patients et les organismes d'assurance maladie complémentaire. Ces contrats doivent respecter un certain nombre de conditions, mais celles-ci ne sont guère contraignantes : interdiction de prendre en charge le forfait de 1 € sur les actes médicaux, interdiction de rembourser, dans la limite de 8 € par consultation, les dépassements d'honoraires demandés par des spécialistes consultés directement sans passer par le médecin traitant, nécessité de prendre en charge deux prestations de prévention. À l'inverse, aucune limite supérieure⁴⁹⁵ n'a été fixée en matière de taux ou de montant de remboursement, ce qui a encouragé un niveau élevé de prix dans les deux domaines examinés.

La quasi-totalité des contrats d'assurance maladie complémentaire (98 %) bénéficie dès lors de la qualification de contrat responsable, alors même que certains d'entre eux permettent un remboursement à 100 % du coût réel.

La redéfinition de la notion de « contrat responsable » pour lui donner tout son sens apparaît ainsi d'autant plus souhaitable qu'ils donnent droit, pour les contrats collectifs, à d'importants avantages fiscaux et sociaux dont ne disposent pas les contrats individuels⁴⁹⁶.

495. L'absence de données sur le nombre et les caractéristiques des contrats haut de gamme qui prennent en charge l'intégralité de dépenses faites par les assurés est vivement regrettable eu égard au montant des aides publiques dont bénéficient les contrats collectifs.

496. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr.

C – Pour les assurés sociaux, un reste à charge final très inégal

1 – L'optique : un reste à charge globalement en baisse mais qui recouvre des situations très variables

Le reste à charge final moyen supporté par les ménages, contrairement à une idée reçue, a très sensiblement diminué dans la période récente. Il est passé en cinq ans de 37% à 26% du cout total entre 2006 et 2011 du fait de l'intervention accrue des assurances maladie complémentaires, comme le montrent les comptes de la santé.

S'agissant des paires à verres unifocaux, tous types de contrats confondus et à partir des données de la DREES, le reste à charge final moyen pour un assuré adulte variait en 2009 de 71 € à 94 € selon la complexité du verre ; le taux de reste à charge s'élevait alors de 24 % pour des verres simples à 30 % pour une paire munie de verres unifocaux plus complexes. L'Autorité de la concurrence estimait alors la fourchette du reste à charge final entre 26 % et 42 % du prix d'achat⁴⁹⁷.

Pour des lunettes à verres progressifs, tous types de contrats confondus, le montant moyen de reste à charge final pour un adulte était évalué en 2009 à 267 €, soit 43 % du prix de référence retenu par la DREES ; l'Autorité de la concurrence retenait alors une fourchette entre 53 % et 70 %. Pour les contrats individuels, le reste à charge moyen atteignait en 335 € en 2009 (54 % du prix total) selon les données de la DREES et 342 € en 2011 (55 %) à partir de celles d'une association de consommateurs.

Le reste à charge final après intervention des organismes de protection sociale- assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire- varie ainsi notablement selon le type de verre, comme selon le type de contrat. Il est bien entendu considérablement plus élevé pour un assuré qui ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé.

2 – Les audioprothèses : un reste à charge élevé

Après prise en compte de l'assurance maladie obligatoire (9 %) et de l'assurance maladie complémentaire (31 %), le taux de reste à charge pesant sur l'assuré était de l'ordre de 60 % en 2009 selon la DREES. Ce taux est plus élevé pour les contrats individuels : selon l'enquête

497. Avis n° 09-A-32 du 26 juin 2009.

mentionnée ci-dessus d'une association de consommateurs, il variait en 2011 entre 86 % pour les contrats individuels d'entrée de gamme et 59 % pour ceux de haut de gamme. Les autres études montrent un reste à charge du même ordre de grandeur.

3 – Une bonne prise en charge par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

Pour ses bénéficiaires (5 millions de personnes à mi-2013), les contrats complémentaires proposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle prennent en charge une paire de lunettes par an⁴⁹⁸ pour un montant qui varie, selon la correction des verres, de 50,13 € à 95,63 €, voire 109,77 € pour un jeune et qui n'a pas été revalorisé depuis 1999. Les opticiens ont l'obligation de proposer au moins une paire de lunettes à un prix n'excédant pas ces montants⁴⁹⁹. Si l'assuré s'en tient à ces produits, il n'a rien à payer ; dans le cas inverse, il ne règle que la différence.

Selon une étude de 2011, 520 000 bénéficiaires de la CMUC environ effectueraient chaque année un achat d'optique correctrice⁵⁰⁰ ; 62 % de ces bénéficiaires ont déclaré avoir été entièrement remboursés ; les autres ont eu un reste à charge élevé (165 € en moyenne par achat, 300 € pour 5 % des acheteurs) car ils ont choisi de ne pas s'en tenir aux offres proposées dans le cadre de la CMUC⁵⁰¹.

Les bénéficiaires de la CMUC ont droit, tous les deux ans, à un appareil auditif pour lequel elles sont remboursées 443,63 €. L'audioprothésiste a l'obligation d'être en mesure de leur fournir un appareil à ce prix. Dans le cas de l'acquisition d'un appareil plus cher, le supplément est à la charge de la personne. Si un second appareil est acquis avant le délai de deux ans, il ne bénéficie que du remboursement de droit commun.

Dès lors, le reste à charge est nul pour les personnes qui se contentent d'un « appareil CMU ». Il en résulte une pratique fréquente consistant à ne s'équiper que d'une oreille dans un premier temps et à faire l'acquisition du second appareil deux ans plus tard, lorsqu'un remboursement à 100 % est à nouveau accordé.

498. Sauf modification de la correction visuelle en cours d'année.

499. Pour les verres, un seul indice est prévu.

500. Estimation du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie – CREDOC - (enquête réalisée en 2011 pour la CNAMTS).

501. Selon l'enquête ci-dessus, les principaux motifs du reste à charge tenaient aux options (anti-rayures, verres incassables) ou au choix de verres progressifs.

Un phénomène de renoncement à s'équiper se constate cependant en optique correctrice parmi les bénéficiaires de la CMUC : selon une enquête de l'IRDES datant de 2010, il concernait 6,3 % de cette population.

Sur l'ensemble de la population, un adulte sur six déclarait alors avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers au cours des 12 derniers mois : 12 % de ces renoncements concernaient l'optique, soit 2 % des adultes. Cette donnée est à rapprocher des moins de 5 % de la population qui ne sont pas couverts par une assurance complémentaire santé⁵⁰².

*
* *

Parallèlement au désengagement presque intégral de l'assurance maladie obligatoire, n'a cessé ainsi de se renforcer l'intervention, globalement très importante mais inégale et inégalitaire, des assurances maladie complémentaires, qui agissent encore dans une large mesure en payeurs aveugles, en raison en particulier du caractère opaque de ces marchés et de l'éclatement de la prise en charge entre de nombreux acteurs. Pour autant subsistent des restes à charge finaux qui demeurent conséquents et ont pour conséquence un phénomène de renoncement à s'équiper, surtout pour la fraction de la population qui ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire.

Cette situation pose clairement la question de nouveaux modes de régulation de ces deux secteurs.

III - La nécessité de nouveaux modes de régulation

A – Rendre le marché plus transparent et plus concurrentiel

1 – Développer de nouveaux modes d'acquisition

Les procédures d'achats groupés auprès des fabricants, par les caisses d'assurance maladie notamment, à l'instar de pays voisins⁵⁰³, ou

502. Enquêtes de l'IRDES 2012, *La santé et la protection sociale 2010*, p. 55, et *La protection sociale complémentaire d'entreprise 2009*, p. 7.

503. L'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Suède, l'Espagne notamment.

le développement du commerce en ligne⁵⁰⁴ pour le choix de la monture, la commande des verres et des lentilles correctrices pourraient utilement contribuer au renforcement de la concurrence pour la majeure partie des assurés. La commission européenne avait enjoint à la France, en septembre 2008, par un avis motivé, de ne pas porter atteinte à la liberté de circulation et à la liberté d'établissement de la vente en ligne. En conséquence, l'assurance maladie obligatoire rembourse les achats d'optique en ligne depuis 2010. Un projet de loi, adopté à la fin 2011 en première lecture par les deux assemblées, autorise expressément et encadre la vente de lunettes et de lentilles en ligne. Il prévoit notamment que la délivrance de verres correcteurs et de lentilles correctrices est réservée à un opticien associé au site Internet et qu'elle est soumise à la vérification, par ses soins, de l'existence d'une ordonnance en cours de validité.

La question des modalités d'une plus large diffusion en grande surface pourrait être examinée, en garantissant la qualité de la prestation rendue.

2 – Dissocier le coût de la prestation de celui du produit

Pour l'achat de lunettes, l'assuré acquitte une somme globale qui couvre à la fois le coût du produit et celui de la prestation de pose et de réglage⁵⁰⁵.

La dissociation de ces différents éléments, ainsi que l'amélioration du contenu des devis notamment sur les traitements appliqués aux verres, permettraient une transparence accrue et serait de nature à renforcer la concurrence entre les différents canaux de distribution. Elle faciliterait pour les organismes financeurs une différenciation des taux de remboursement selon chaque élément de coût.

504. Selon l'étude précitée de 2013, une progression de la part de la distribution par Internet jusqu'à 10 % entraînerait une baisse globale des prix variant entre 8 % et 30 % voire davantage, ce qui, pour ses auteurs, « devrait logiquement conduire à une diminution des frais pris en charge par les complémentaires et justifier dès lors une baisse de leurs cotisations ».

505. Pour les audioprothèses, le code de la sécurité sociale dans son article L. 165-9 prévoit, depuis 2008, l'établissement d'un devis préalable comportant également le coût de la prestation.

B – Renforcer la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires

Il importe de tirer toutes les conséquences du rôle primordial désormais assuré par les organismes d'assurance maladie complémentaire et de la responsabilité qui est ainsi la leur, en améliorant leur légitimité et leur capacité à gérer le risque.

1 – Renforcer l'action des réseaux de soins

a) Faciliter l'intervention des réseaux de soins

Nombre d'organismes d'assurances maladie complémentaire ont développé, depuis une quinzaine d'années mais surtout depuis quatre ou cinq ans, des « réseaux de soins » regroupant des professionnels de santé, en particulier dans les domaines de l'optique et des audioprothèses mais aussi des soins dentaires prothétiques, pour pouvoir peser sur les prix et par là même le montant des remboursements, en rendant plus transparentes et encadrées les pratiques de vente. Ces réseaux sont gérés par des filiales d'une ou plusieurs institutions, souvent dénommées « plateformes ». La pression pour une modération des prix assurée par les réseaux de soins et leurs efforts pour moraliser les pratiques des distributeurs⁵⁰⁶ avaient conduit en 2010 la Cour à préconiser de modifier le code de la mutualité pour légaliser⁵⁰⁷ la différenciation des remboursements par les mutuelles selon que les distributeurs font ou non partie des réseaux qu'elles promeuvent. Y faisant suite, après une première tentative en 2011⁵⁰⁸, une proposition de loi a été adoptée, en première lecture, à l'Assemblée nationale en novembre 2012 et par le Sénat en juillet 2013. Elle tend à permettre aux mutuelles, à l'instar des deux autres familles d'assurance maladie complémentaire que sont les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, d'établir des prestations différenciées lorsque l'assuré choisit de recourir à un

506. Dans un avis de 2009, l'Autorité de la concurrence a considéré que le développement de ces réseaux est de nature à engendrer un fonctionnement plus concurrentiel du marché.

507. À la suite d'une plainte envers une mutuelle, la Cour de cassation avait jugé ces pratiques illégales car contraires au code de la mutualité.

508. Article 54 de la proposition de loi déposée au Sénat en juin 2011, modifiant la loi « hôpital, patient, santé et territoires », disjoint par le Conseil constitutionnel le 4 août 2011 pour défaut de lien (« cavalier ») avec l'objet du texte.

professionnel ou un établissement de santé avec lequel les mutuelles ont conclu une convention⁵⁰⁹.

Pour autant, bien que l'on ne dispose que de données fragmentaires, le recours des assurés à ces réseaux est encore minoritaire. De fait, leur rôle régulateur est inégal et leur contribution à une modération des prix encore insuffisante.

b) Accroître la participation des réseaux de soins à la gestion du risque

Les réseaux de soins n'apportent encore qu'une contribution limitée à la gestion du risque. La très grande majorité des opticiens - seuls 1 000 sur plus de 11 000 n'y seraient pas rattachés - et des audioprothésistes⁵¹⁰ participent à un ou plusieurs réseaux, à la sélectivité inégale, sans que l'on puisse toujours constater de baisse de prix significative, et leurs pratiques de vente, pour la plupart, ne se distinguent pas sensiblement des autres distributeurs.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires doivent ainsi se mettre en mesure de s'assurer que les détaillants qu'ils sélectionnent pratiquent des gammes de prix réellement inférieures à celles constatées dans les magasins « hors réseaux » pour un nombre de produits significatif et non seulement sur quelques « prix d'appel » et qu'ils ne reportent pas sur d'autres articles (montures, en particulier) les baisses consenties notamment sur les verres de lunettes. De manière générale, les réseaux doivent effectuer un véritable suivi des pratiques des distributeurs. À cette fin et pour permettre une vraie régulation sans entraver la dynamique de la concurrence, il est nécessaire d'établir un cahier des charges rigoureux, sélectif inspiré des meilleures pratiques, sur la base d'orientations communes que l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie pourrait être chargée de négocier avec les différents partenaires.

509. Ce texte tend aussi à encadrer les conventions à venir entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé en les soumettant à certains principes : respect du droit au libre choix du professionnel ; adhésion aux conventions sur la base de critères « objectifs, transparents et non discriminatoires » ; absence de clause d'exclusivité ; exclusions des stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux ; garantie d'une information complète auprès des assurés sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits.

510. Les consommateurs qui acquièrent une paire de lunettes le font souvent chez des opticiens membres d'autres réseaux que ceux des AMC auxquelles ils adhèrent.

Pour mettre en œuvre plus globalement une véritable stratégie de gestion du risque, les organismes complémentaires doivent cependant pouvoir accéder aux données anonymisées du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui ne sont actuellement accessibles qu'aux trois grands régimes d'assurance maladie obligatoire, à l'Institut national de veille sanitaire et aux médecins des agences régionales de santé, mais seulement pour ce qui est du montant remboursé, et ce pour le seul régime général hors sections mutualistes. Même si des insuffisances notables persistent -certaines restitutions ne sont retracées qu'à un niveau agrégé, d'autres ne retracent pas le montant total payé par l'assuré-, leur accès est essentiel pour la détermination des axes d'action les plus pertinents et les plus efficaces.

2 – Encadrer plus sévèrement les contrats responsables

Dans le RALFSS de 2011, la Cour avait évalué à 2,3 Md€, en hypothèse basse, le coût pour les finances sociales⁵¹¹ de l'exemption d'assiette de cotisations sociales qui ne bénéficie qu'aux seuls contrats collectifs obligatoires et responsables. Ces contrats collectifs malgré leur qualification de « responsables » ne sont pas étrangers au niveau élevé des prix constaté notamment en matière d'optique comme analysé supra.

Sauf à accepter la poursuite de ces dérives et l'aggravation du coût des avantages fiscaux et sociaux qui leur sont liés du fait de l'augmentation des primes qui en résulte, il est devenu indispensable de mieux encadrer la définition du contrat responsable, notamment en fixant des plafonds⁵¹² aux dépenses prises en charge en matière d'optique et de limiter la fréquence du renouvellement du remboursement de tels équipements. Il pourrait également être envisagé d'imposer un remboursement en optique modulé en fonction du besoin médical des assurés et comportant un plafonnement spécifique pour le remboursement des montures.

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et le projet de loi, en cours de discussion au Parlement, sur la sécurisation de l'emploi ont notamment prévu la généralisation des contrats collectifs dans le secteur privé, ce qui, à législation inchangée, conduira à accroître

511. La dépense fiscale correspondante est estimée à 1 Md€ environ (Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-346, disponible sur www.ccomptes.fr).

512. Comme au demeurant pour les dépassements pris en charge notamment en matière de consultations des médecins.

de manière importante le coût des avantages fiscaux et sociaux qui y sont liés. S'agissant de la sécurité sociale, l'étude d'impact du projet de loi chiffre cette charge additionnelle, selon le champ d'extension retenu⁵¹³, entre 300 M€ et 430 M€, coût auquel il faut ajouter celui de la généralisation du maintien pendant 12 mois de la couverture complémentaire d'un salarié quittant l'entreprise (entre 75 M€ et 110 M€). Dès lors, un réexamen de l'économie générale du dispositif d'encouragement aux contrats collectifs apparaît indispensable.

Ces textes prévoient en effet qu'à compter du 1^{er} janvier 2016, les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas encore d'une couverture collective obligatoire⁵¹⁴ doivent les faire bénéficier d'une couverture minimale qui comprendra notamment la prise en charge des frais exposés, en sus du « tarif de responsabilité », pour certains soins dentaires et dispositifs médicaux à usage individuel au nombre a priori desquels l'optique et les audioprothèses.

Un décret en fixera la liste et leur niveau de prise en charge. L'enjeu de son contenu est crucial pour parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses, en optique et en audioprothèses notamment, ainsi qu'à une responsabilisation accrue des organismes complémentaires d'assurance maladie. Il constitue de fait l'opportunité qui ne doit pas être manquée d'une redéfinition rigoureuse des contrats responsables, en fixant un plancher et un plafond des dépenses prises en compte, sauf à reproduire les dérives constatées depuis leur mise en place en 2004.

3 – Réexaminer à terme, pour l'optique, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire

La généralisation progressive de l'assurance maladie complémentaire, dont le principe a été annoncé par le Président de la République et dont le projet de loi sur la sécurisation de l'emploi marque une nouvelle et importante étape après la mise en place de la CMUC et la création de l'aide à la complémentaire santé, doit amener à envisager un

513. Globalement, pour l'ensemble des finances publiques en incluant le manque à gagner en termes d'impôt sur le revenu le coût supplémentaire annuel varierait entre 1,5 Md€ et 2,1 Md€ selon le champ d'extension retenu. Cette estimation ne tient cependant pas compte de l'impact de la taxe spéciale sur les taxes d'assurance.

514. Couverture « en matière de remboursements ou d'indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident par le biais d'un accord de branche ou d'entreprise dans des conditions au moins aussi favorables que celles mentionnées au présent article » (art. 1^{er} du projet de loi).

nouveau partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.

Si symbolique que soit devenue la participation de l'assurance maladie obligatoire, elle facilite entre les acteurs un jeu de renvoi de responsabilités sur qui doit assumer une gestion véritablement active du risque, jeu dont les assurés sociaux en définitive payent le prix, directement par leur reste à charge ou indirectement par l'augmentation de leurs cotisations et primes aux institutions complémentaires. Dès lors que se mettrait effectivement en place un second étage de protection complémentaire obligatoire en matière de soins, pourrait se poser la question d'une articulation différente entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, englobant une réflexion sur l'éventualité d'une suppression de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire pour l'optique correctrice et de sa prise en charge au premier euro par l'assurance maladie complémentaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les insuffisances visuelles et auditives concernent au total sensiblement plus des deux-tiers des Français. Les dépenses correspondantes, en croissance, représentent plus de la moitié des dispositifs médicaux prescrits en médecine de ville. Les unes et les autres sont pourtant mal connues et peu gérées par la puissance publique.

Alors que s'élabore la « stratégie nationale de santé » et conformément aux recommandations faites en 2010 puis en 2011 par la Cour sur la nécessité d'une réflexion approfondie sur le partage entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, il importe que les pouvoirs publics agissent sur tous les leviers disponibles pour une meilleure régulation au bénéfice des assurés.

Il convient en premier lieu de rendre le marché plus transparent et concurrentiel en développant de nouveaux modes d'acquisition des produits, notamment par Internet, et en individualisant le coût de la prestation de celui du produit. Il faut aussi et surtout tirer les conséquences du rôle essentiel désormais assuré en matière de financement par les assurances maladies complémentaires et de la responsabilité qui en découle, en les incitant à assurer une véritable gestion du risque, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cela implique un accès des organismes complémentaires aux données du SNIIRAM, ainsi que la mise en œuvre d'un cahier des charges rigoureux et sélectif pour leurs réseaux de soins. Il est enfin indispensable de redéfinir beaucoup plus sévèrement les « contrats responsables » dans le contexte de généralisation des contrats collectifs, à la suite de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et de la loi de sécurisation de l'emploi tant pour peser sur les prix -

notamment en matière d'optique- que pour contenir la dynamique des avantages fiscaux et sociaux qui y sont liés.

.Dès lors que l'assurance maladie complémentaire serait généralisée conformément aux intentions des pouvoirs publics, pourrait se poser, s'agissant de l'optique correctrice, la question d'un réexamen de son articulation avec l'assurance maladie obligatoire englobant une réflexion sur un éventuel retrait de cette dernière de ce champ.

La Cour formule les recommandations suivantes :

58. accélérer la révision de la liste des produits et prestations remboursables ;

59. rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge de l'optique correctrice et des audioprothèses ;

60. encadrer plus strictement les réseaux de soins par un cahier des charges commun à tous, afin de renforcer la maîtrise de la gestion du risque par les assurances maladie complémentaires ;

61. donner accès aux organismes complémentaires aux données de l'assurance maladie ;

62. encourager de nouveaux modes de distribution et ouvrir le marché à plus de concurrence ;

63. réexaminer, à terme, pour la prise en charge de l'optique correctrice, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire dès lors que cette dernière aurait été généralisée.
