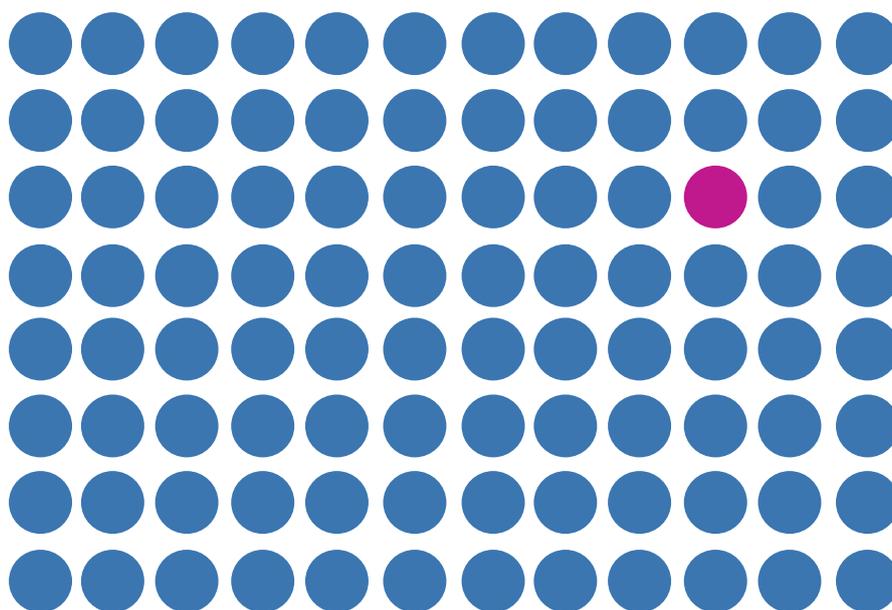


Rapport
2016

Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

RAPPORT 2016

Rapport de l'Observatoire des prix
et de la prise en charge en optique médicale

Créé auprès du ministre chargé de la Santé et de la Sécurité sociale par l'article 3 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats responsables¹, l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale a pour objectif d'étudier le champ de l'optique médicale et d'en suivre et analyser les évolutions.

Alors qu'en France 70 % des personnes portent des lunettes ou des lentilles après 20 ans² et, plus encore, que 96 % déclarent avoir des troubles de la vision après 50 ans³, l'accès aux équipements optiques constitue un enjeu majeur de santé publique et d'accès aux soins.

Aussi, l'Observatoire s'est vu confier la mission d'analyser les caractéristiques principales du marché à travers les prix de vente mais aussi les caractéristiques et la qualité des équipements d'optique vendus sur le marché français. Les organismes complémentaires finançant l'essentiel de cette dépense, il est également chargé d'étudier le niveau de couverture de ces dispositifs médicaux par les contrats complémentaires en santé.

Créé de manière pérenne, l'Observatoire a en particulier vocation à constater et évaluer les évolutions du marché des équipements d'optique et de la filière et à apprécier dans le temps l'accès des assurés à ces équipements. Il sera amené, le cas échéant, à préconiser les adaptations de la réglementation qu'il juge nécessaires au vu de ces constats.

Composé, conformément à l'arrêté du 18 février 2016⁴, des différents acteurs du secteur⁵, il doit remettre chaque année aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant, le cas échéant, des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats d'assurance complémentaire.

Le présent rapport constitue donc le premier rapport de l'Observatoire et a pour objectif de consolider l'ensemble des données disponibles sur le secteur afin de constituer une référence utile aux constats qui pourront être faits à l'avenir. De nombreuses mesures législatives et réglementaires ont en effet été prises depuis 2013 sur le champ de l'optique qui pourraient venir en modifier certaines caractéristiques. Leur entrée en vigueur demeure cependant trop récente pour que les données statistiques, pour la plus part disponibles sur les années 2013 et 2014, puissent en mesurer les effets dès cette première édition.

Ce rapport présentera ainsi les indicateurs retenus, leurs caractéristiques et leur disponibilité afin de poser les bases statistiques des prochains rapports. Ce socle sera susceptible d'être enrichi de nouvelles données qui pourront être produites par l'ensemble des participants de l'Observatoire. Il dressera ensuite, à partir de ces indicateurs, une première analyse du secteur.

¹ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cf. texte en annexe 1).

² INSEE, *enquête Handicap-Santé 2008*, volet « ménage ».

³ *Op. cit.*

⁴ Cf. annexe 2.

⁵ L'observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale est composé, sous la présidence de la direction de la Sécurité sociale (DSS), du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), du directeur général du Trésor (DGTrésor), du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), du président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), du président de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), du président du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), du président de la Fédération nationale des opticiens de France (FNOF), du président du Syndicat des opticiens entrepreneurs (SYNOPE), du président de l'Union des opticiens (UDO), du président du Syndicat national des centres d'optique mutualistes (SNCOM), du président du Groupement des industriels et fabricants de l'optique (GIFO) et du président du collectif interassociatif sur la santé (CISS) ou de leur représentant.

Sommaire

I. Choix des indicateurs	7
II. Constats	16
A. Prix de vente des équipements d'optique	16
1. Selon le type de verre, l'âge et en isolant les bénéficiaires de la CMU-C	16
2. Évolution des prix des lunettes entre 2006 et 2014	21
B. Niveaux de couverture par les contrats de complémentaire santé.....	22
1. Garanties des organismes de complémentaire santé	23
2. Garanties des organismes de complémentaire santé par âge.....	26
3. Comparaison entre le niveau de couverture des contrats et les prix de vente	26
C. Structuration du marché.....	28
1. Structure des ventes des équipements remboursables selon le type d'équipement et le type de verre	28
D. Accès des assurés aux équipements	34
1. Taux de recours aux équipements d'optique remboursable	34
2. Taux de renoncement aux soins pour raisons financières	35
3. Part de la population présentant un trouble de la vision	37
4. Taux d'équipement optique pour les enfants dépistés « trouble de la vision ».....	39
5. Délais de renouvellement d'un équipement complet	39
6. Renouvellements de verres correcteurs réalisés par les opticiens	41
E. Filière (production et distribution).....	43
1. Effectifs des opticiens-lunetiers	43
2. Dénombrement des établissements de commerce de détail d'optique.....	46
3. Données 2013 sur les entreprises du commerce de détail d'optique	47
4. Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur du commerce de détail en volume	47
5. Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur de fabrication des lunettes en valeur	47
III. ANNEXES	50
Annexe1 - Mesures législatives et réglementaires adoptées entre 2012 et 2016 sur le champ de l'optique.....	52
Annexe 2 - Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales	55
Annexe 3 - Arrêté du 18 février 2016 relatif à la composition et aux règles de fonctionnement de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.....	59
Annexe 4 - Sources	61
Annexe 5 - Propositions d'indicateurs supplémentaires	64

I. Choix des indicateurs

L'analyse du marché de l'optique conduit à étudier cinq grands groupes d'indicateurs abordant les questions du prix, des niveaux de couverture, du volume de vente des équipements et de la dépense associée, des taux de recours, et de la production et distribution de ces équipements.

Afin de permettre le suivi de l'observation des prix et de la prise en charge de l'optique dans le temps, les indicateurs retenus et validés sur la base de leur pertinence par les membres de l'Observatoire dans le cadre de ce rapport sont collectés à intervalles réguliers.

L'entrée en vigueur des nouveaux contrats responsables (à compter du 1^{er} avril 2015) permet de définir les verres suivant 3 catégories (simple, complexe et très complexe) qui peuvent donner lieu à des montants de remboursement différents par les organismes complémentaires (OC) (Article R871-2 du Code de la Sécurité sociale):

- les verres simples correspondent aux verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- les verres complexes englobent les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et les verres multifocaux ou progressifs ;
- les verres très complexes regroupent les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Ces définitions d'optique simple et complexe seront utilisées par la suite pour définir les indicateurs sur les niveaux de couverture.

Pour d'autres indicateurs tels que les prix de vente des équipements d'optique, on distinguera les équipements d'optique munis de deux verres unifocaux de ceux munis de deux verres multifocaux.

- Les verres unifocaux sont des verres à simple foyer. Le système optique possède alors une seule puissance correctrice. Ils corrigent les défauts visuels tels que la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou uniquement la vision de près ou de loin d'une personne presbyte.
- Les verres multifocaux sont principalement des verres progressifs. Ils possèdent plusieurs puissances correctrices. Ils sont utilisés en particulier pour corriger la presbytie.

Les volumes de ventes des équipements unifocaux correspondent à de l'optique simple telle que définie dans les contrats responsables et les équipements multifocaux correspondent à de l'optique complexe, cf. tableau 1.

Tableau 1 - Correspondance en volume entre équipements unifocaux/multifocaux et conditions définies pour les contrats responsables

Conditions définies pour les contrats responsables	Verres unifocaux/multifocaux	% des équipements complets
Condition a)	Les deux verres unifocaux	57,9 %
Condition b)	Un verre unifocal et un verre multifocal	0,7 %
Condition b)	Les deux verres unifocaux	1,2 %
Condition c)	Un verre unifocal et un verre multifocal	0,0 %
Condition c)	Les deux verres multifocaux	37,7 %
Condition c)	les deux verres unifocaux	1,6 %
Condition d)	Un verre unifocal et un verre multifocal	0,0 %
Condition e)	Les deux verres multifocaux	0,6 %
Condition f)	Les deux verres multifocaux	0,4 %

Condition a : lunettes munies de deux verres simples ; Condition b : lunettes munies d'un verre simple et d'un verre complexe ; Condition c : lunettes munies de deux verres complexes ; Condition d : lunettes munies d'un verre simple et d'un verre très complexe ; Condition e : lunettes munies d'un verre complexe et d'un verre très complexe ; Condition f : lunettes munies de deux verres très complexes.

Définition : Un équipement complet est constitué de deux verres et d'une monture.

Source : CNAMTS (Sniiram, 2014).

Les équipements d'optique se définissent à partir des codes de la liste des produits et prestations (LPP). La quasi-totalité des ventes (97 %) se concentre sur quelques codes LPP⁶, cf. tableaux 2 et 3.

Les indicateurs se déclinent aussi selon l'âge de l'assuré et distinguent, quand cela est possible, les bénéficiaires de la CMU-C pour lesquels des tarifs opposables sont définis par arrêté.

Leurs calculs mobilisent différentes sources :

- Les données médico-administratives du Sniiram, qui renseignent l'ensemble des consommations de soins présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Pour la majorité des indicateurs de prix, de structure et de recours, les données exhaustives du Sniiram (DCIR) sont privilégiées. L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), échantillon au 1/97^e des bénéficiaires de l'Assurance maladie, est mobilisé pour les indicateurs nécessitant des données de panel sur longue période. Certains indicateurs de suivi impliquent de se restreindre au régime général hors sections locales mutualistes, la remontée des données des autres régimes obligatoires dans le système d'information s'étant faite progressivement à partir de 2011.
- Les données macroéconomiques des Comptes de la santé (dépense totale en optique médicale et répartition par financeur) sont présentées dans le rapport en y incluant le champ des lentilles non remboursables.
- Sont également mobilisées des données d'enquête : l'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé pour l'analyse des niveaux de garanties, l'enquête

⁶ 4 codes LPP pour les adultes (2 pour les verres simples et 2 pour les verres complexes) et 2 codes LPP chez les enfants (uniquement en verres simples) concentrent 97 % des verres vendus. Ces verres sont en effet tous de correction faible ou modérée. Le code LPP est insuffisant pour approcher les questions de qualité des verres (amincissement, anti-casse, anti-reflet, etc.), éléments qualitatifs dont on ne dispose pas dans les données médico-administratives du Sniiram.

Codes LPP des verres les plus vendus :

- Enfants :

VERRE BLANC SIMPLE FOYER, <18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00 : code 2 200 393

VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00 : code 2 261 874

- Adultes

VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00 : code 2 203 240

VERRE BLANC SIMPLE FOYER, >OU =18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00 : code 2 259 966

VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00 : code 2 290 396

VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00 : code 2 227 038

ESPS-EHIS et l'enquête santé en milieu scolaire pour les indicateurs sur l'état de santé et le renoncement aux soins de la population.

- Les données sur les professionnels de santé sont issues du répertoire Adeli.

À ces indicateurs pourront être ajoutés à la demande des membres de l'Observatoire et selon des critères de faisabilité, de nouveaux indicateurs par lesquels ceux mentionnés en annexe 6.

Propositions d'indicateurs – Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale

	Source	Périodicité
A- Les prix de vente des équipements d'optique		
<p>Indicateur 1 : Prix de vente par type d'équipement (Champ : Équipements complets d'optique (1 monture+2 verres) remboursés par les organismes d'assurance maladie (tous régimes), hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux au tarif de base de la Sécurité sociale pour éliminer notamment les « 2^e paires gratuites »)</p> <p><u>Déclinaison de l'indicateur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - selon le type de verre : unifocaux et multifocaux - selon le prix moyen - selon la distribution par décile - selon l'âge (classes d'âges quinquennales jusqu'à 80 ans) - un tableau spécifique sur les bénéficiaires de la CMU-c est également fourni. <p>Indicateur 2 : Évolution des prix des lunettes entre 2006 et 2014 (Champ : Équipements complets d'optique (1 monture+2 verres) remboursés par les organismes d'assurance maladie , régime général hors SLM, hors CMU-C, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux au tarif de base de la Sécurité sociale pour éliminer notamment les « 2^e paires gratuites »)</p> <p><u>Déclinaison de l'indicateur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - selon le type de verre : unifocaux et multifocaux 	Sniiram-DCIR (CNAMTS)	Annuelle
B- Les niveaux de couverture par les contrats complémentaires en santé		
<p>Indicateur 1 : Garanties des organismes de complémentaire en santé <u>Déclinaison de l'indicateur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - selon une distribution en déciles de garantie de la population couverte par des contrats de complémentaire santé - selon le type de contrat souscrit (individuel, collectif) - selon les verres : simples et complexes - par tranche d'âge (moins de 25 ans, 25 à 59 ans, 60 ans ou plus) 	Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (DREES)	Tous les 2 ans
<p>Indicateur 2 : Comparaison entre le niveau de couverture des contrats (indicateur B1) et les prix de vente (indicateur A1) (Champ : Prix : assurés tous régimes hors CMU-C, équipements complets hors prix < base de remboursement ; contrats</p>	Sniiram-DCIR/EGB et auprès des	Tous les 2 ans

complémentaires les plus souscrits)	organismes offrant des couvertures complémentaires santé (DREES)	
C- Le marché des équipements d'optique		
Indicateur 1 : Structure des ventes des équipements selon le type d'équipement et le type de verre – Part des volumes et part des dépenses. <u>Déclinaison de l'indicateur</u> : - selon l'âge - selon si l'assuré bénéficie ou non de la CMU-C	Sniiram-DCIR (CNAMTS)	Annuelle
Indicateur 2 : Dépense totale en optique médicale par financeur (assurance maladie, État-CMU-C, OC, restes à charge des ménages)	Comptes nationaux de la santé (DREES)	Annuelle
D- L'accès des assurés à ces équipements		
Indicateur 1 : Taux de recours aux équipements d'optique remboursable <u>Déclinaison de l'indicateur</u> : - selon l'âge - selon si l'assuré bénéficie ou non de la CMU-C	Sniiram-DCIR/EGB (CNAMTS)	Annuelle
Indicateur 2 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières <u>Déclinaison de l'indicateur</u> : Selon le type de couverture (CMU-C, complémentaire privée)	ESPS-EHIS (données 2014) (DREES)	Tous les 6 ans à partir de 2019
Indicateur 3 : Part de la population présentant un trouble de la vision <u>Déclinaison de l'indicateur</u> : - selon si le trouble concerne un adulte ou un enfant - selon si le trouble est corrigé ou non	Enfants : enquêtes santé en milieu scolaire (GSM, CM2, 3 ^e) Adultes: enquête européenne de santé EHIS (à partir de 2019) tous les 6 ans (DREES)	Tous les 2 ans soit un niveau tous les 6 ans
Indicateur 4 : Taux de recours à un équipement optique pour les enfants dépistés « trouble de la vision »	Enquête santé en milieu scolaire (GSM, CM2, 3 ^e): (DREES)	Tous les 2 ans soit un niveau tous les 6 ans
Indicateur 5 : Délais de renouvellement d'un équipement complet (Champ : Équipements complets d'optique (1 monture+2 verres) remboursés par les organismes d'assurance maladie (RG hors SLM, personnes décédées et sortie de l'EGB exclues).	Sniiram-EGB (CNAMTS)	Annuelle

<u>Déclinaison de l'indicateur :</u> - par âge		
Indicateur 6 : Renouvellements de verres correcteurs réalisés par les opticiens (Champ : assurés tous régimes, sur équipement au 1 ^{er} semestre) <u>Déclinaison de l'indicateur :</u> - selon renouvellement identique et adaptation	Sniiram-DCIR (CNAMTS)	Annuelle
E- L'évolution de la filière dans laquelle s'inscrivent la production et la distribution de ces équipements		
Indicateur 1 : Effectifs des opticiens-lunetiers Déclinaison de l'indicateur : - salariés et non salariés - répartition géographique (champ : tous établissements et entreprises confondus – dans et hors secteur de l'optique – et tous statuts confondus – salariés et non salariés)	Adeli (DREES)	Annuelle
Indicateur 2 : Dénombrement des établissements du commerce de détail d'optique (niveau communal ou IRIS)	Base permanente des équipements (INSEE)	Annuelle
Indicateur 3 : Données sur les entreprises du commerce détail d'optique : unités légales, CA, VA, EBE, nombre de salariés...	ESANE (INSEE)	Annuelle
Indicateur 4 : Indice de chiffre d'affaires (ICA) du secteur du commerce de détail de l'optique (en volume)	INSEE	Mensuelle
Indicateur 5 : Indice de chiffre d'affaires (ICA) du secteur de la fabrication de lunettes (non corrigé de l'effet prix et des variations saisonnières)	INSEE	Mensuelle

Tableau 2 - Liste utilisée par la CNAMTS pour caractériser les verres simple foyer (unifocaux)

CODE LPP	Libellé	Prix	Age	avec/sans cylindre	Condition CR*
2203240	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	2,29	Adulte	sphériques	Simple
2287916	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	2,29	Adulte	sphériques	Simple
2226412	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, >OU= 18 ANS,CYLINDRE < OU =+4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	3,66	Adulte	sphéro-cylindriques	Simple
2259966	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, >OU =18 ANS,CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	3,66	Adulte	sphéro-cylindriques	Simple
2263459	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,25 A -10,00	4,12	Adulte	sphériques	Complexe
2265330	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE +6,25 A +10,00	4,12	Adulte	sphériques	Complexe
2280660	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE +6,25 A +10,00	4,12	Adulte	sphériques	Complexe
2282793	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,25 A -10,00	4,12	Adulte	sphériques	Complexe
2212976	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, CYLINDRE >+4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	6,25	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2252668	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, > OU= 18 ANS, CYLINDRE >+4,00, SPHERE DE -6,00/+6,00	6,25	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2254868	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, >OU=18 ANS, CYLINDRE <OU=+4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	6,86	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2284527	VERRE BLANC SIMPLE FOYER,>OU= 18 ANS, CYLINDRE <OU=+4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	6,86	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2235776	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE H.Z DE -10,00 A +10,00	7,62	Adulte	sphériques	Complexe
2295896	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE H.Z DE -10,00 A +10,00	7,62	Adulte	sphériques	Complexe
2288519	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, >OU=18 ANS, CYLINDRE >+4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	9,45	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2299523	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, >OU=18 ANS, CYLINDRE >+4,00,SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	9,45	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2242457	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	12,04	Enfant	sphériques	Simple
2261874	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	12,04	Enfant	sphériques	Simple
2200393	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, <18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	14,94	Enfant	sphéro-cylindriques	Simple
2270413	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, <18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	14,94	Enfant	sphéro-cylindriques	Simple
2243304	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE +6,25 A +10,00	26,68	Enfant	sphériques	Complexe
2243540	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,25 A -10,00	26,68	Enfant	sphériques	Complexe
2291088	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE +6,25 A +10,00	26,68	Enfant	sphériques	Complexe
2297441	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,25 A -10,00	26,68	Enfant	sphériques	Complexe
2238941	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	27,9	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2268385	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	27,9	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2219381	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	36,28	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2283953	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS,CYLINDRE < OU = +4,00,SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	36,28	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2248320	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -10,00 A +10,00	44,97	Enfant	sphériques	Complexe
2273854	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -10,00 A +10,00	44,97	Enfant	sphériques	Complexe
2206800	VERRE TEINTE SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	46,5	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2245036	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	46,5	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe

Tableau 3 - Liste utilisée par la CNAMTS pour caractériser les verres multifocaux ou progressifs

CODE LPP	Libellé	Prix	Age	avec/sans cylindre	condition CR*
2290396	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	7,32	Adulte	sphériques	Complexe
2291183	VERRE TEINTE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	7,32	Adulte	sphériques	Complexe
2227038	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	10,37	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2299180	VERRE TEINTE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	10,37	Adulte	sphéro-cylindriques	Complexe
2245384	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE H.Z DE -4,00 A +4,00	10,82	Adulte	sphériques	Très complexe
2295198	VERRE TEINTE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, >OU= 18 ANS, SPHERE H.Z DE -4,00 A +4,00	10,82	Adulte	sphériques	Très complexe
2202239	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE H.Z DE -8,00 A +8,00	24,54	Adulte	sphéro-cylindriques	Très complexe
2252042	VERRE TEINTE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, >OU= 18 ANS, SPHERE H.Z DE -8,00 A +8,00	24,54	Adulte	sphéro-cylindriques	Très complexe
2259245	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	39,18	Enfant	sphériques	Complexe
2264045	VERRE TEINTE MULTI FOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	39,18	Enfant	sphériques	Complexe
2202452	VERRE TEINTE MULTI FOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -4,00 A +4,00	43,3	Enfant	sphériques	Très complexe
2238792	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -4,00 A +4,00	43,3	Enfant	sphériques	Très complexe
2240671	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	43,6	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2282221	VERRE TEINTE MULTI FOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	43,6	Enfant	sphéro-cylindriques	Complexe
2234239	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -8,00 A +8,00	66,62	Enfant	sphéro-cylindriques	Très complexe
2259660	VERRE TEINTE MULTI FOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -8,00 A +8,00	66,62	Enfant	sphéro-cylindriques	Très complexe

NB : En gras les 4 codes LPP pour les adultes (2 pour les verres simples et 2 pour les verres complexes) et 2 codes LPP chez les enfants (uniquement en verres simples) qui concentrent 97 % des verres vendus.

* Condition CR (Contrats Responsables) :

Caractérisation des verres d'après l'article 871-2 qui définit les garanties optiques des contrats responsables	
Simple	verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 δ et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 δ ;
Complexe	verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 δ ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 δ et à verres multifocaux ou progressifs ;
Très complexe	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 δ ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 δ

II. Constats

A. Prix de vente des équipements d'optique⁷

Les données médico-administratives du Sniiram concernent l'optique remboursable uniquement. Les solaires ou les lentilles non remboursables sont donc hors champ de l'analyse des prix et du recours.

Le prix de vente des lunettes est calculé sur l'ensemble des achats d'équipements complets (une monture et deux verres). Ce champ couvre 87 % des quantités vendues en optique remboursable et 91 % des dépenses totales d'optique remboursables.

1. Selon le type de verre, l'âge et en isolant les bénéficiaires de la CMU-C

Le prix moyen d'une paire de lunettes pour les assurés hors CMU-C en 2014 s'élève à 434 €⁸. Le prix des lunettes dépend du type de verres : les verres unifocaux sont près de 3 fois moins onéreux que les verres multifocaux, cf. tableau 4. Le prix de la monture en revanche, ne varie quasiment pas selon le type de verre (138 € pour l'optique simple et 150 € pour l'optique complexe). Ainsi en 2014 le prix moyen d'une paire de lunettes avec deux verres unifocaux est de 316 €. C'est près de deux fois plus (613 €) pour une paire de lunettes avec deux verres multifocaux.

Les prix des lunettes varient également selon l'âge des assurés pour l'optique simple alors qu'à l'inverse, les prix des lunettes avec des verres multifocaux ne varient quasiment pas selon l'âge, cf. graphique 1. Les équipements unifocaux pour les enfants sont moins chers, cf. tableau 5. Mais les lunettes avec verres unifocaux choisies par les jeunes adultes sont en moyenne 20 % plus chères que celles choisies par les 55 ans et plus.

Les prix des lunettes sont assez dispersés autour des prix moyens, notamment pour les équipements multifocaux, cf. graphique 2. Plus d'un quart des lunettes avec verres unifocaux ont coûté plus de 370 € et 2 % plus de 650 €. Pour les lunettes avec verres multifocaux, le prix dépasse 1 000 € dans 6 % des cas en 2014⁹.

Pour les assurés bénéficiaires de la CMU-C, les prix des lunettes sont encadrés par les forfaits maximums de prise en charge qui sont opposables. Les opticiens doivent donc présenter des lunettes dont les prix sont inférieurs ou égaux aux montants remboursés, qui varient, pour les équipements les plus courants, de 55 € pour une paire de lunettes pour adulte avec verres unifocaux (dont 23 € pour la monture) à 110 € pour une paire de lunettes pour adulte avec verres multifocaux (cf. tableau 7). Les plafonds CMU-C ont été relevés à compter du 1^{er} juillet 2014 afin de prendre en compte le coût lié à l'aminicissement des verres en cas de fortes corrections (plus de 8 dioptries). Les tarifs maximum peuvent atteindre 103 € pour certaines lunettes à verres unifocaux et 194 € pour certaines lunettes à verres multifocaux¹⁰. Les prix des lunettes achetées par les bénéficiaires de la CMU-C sont donc très concentrés autour des tarifs règlementaires : en 2014 près des 2/3 des lunettes avec verres unifocaux achetées par les bénéficiaires de la CMU-C ont coûté moins de 60 € et 60 % des lunettes avec verres multifocaux moins de 110 €, cf. graphique 3. Une part non négligeable des équipements dépasse néanmoins les 300 € (6 % des lunettes simples et 15 % des lunettes complexes).

⁷ Source : Bouchet A., Maliki S. (2015), « Les dépenses d'optique médicale en 2014 », *Points de repère n° 43, Cnamts*.
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-43-depenses-d-optique-medicale-en-2014.php>

⁸ Sont exclus du calcul les équipements dont les prix facturés sont en-dessous du tarif de base de la Sécurité sociale afin d'éliminer notamment les « 2^e paires gratuites ».

⁹ Parmi ces 6 %, 5,6 % correspondent à des verres complexes, 0,2 % à des verres mixte complexes, - très complexes et 0,2 % à des verres très complexes.

¹⁰ <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Optique2.pdf>

Tableau 4 - Prix moyens des verres et des montures pour les équipements complets unifocaux et multifocaux en 2014

	Total	Deux verres	Monture
Équipements unifocaux	316 €	178 €	138 €
Équipements multifocaux	613 €	463 €	150 €

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

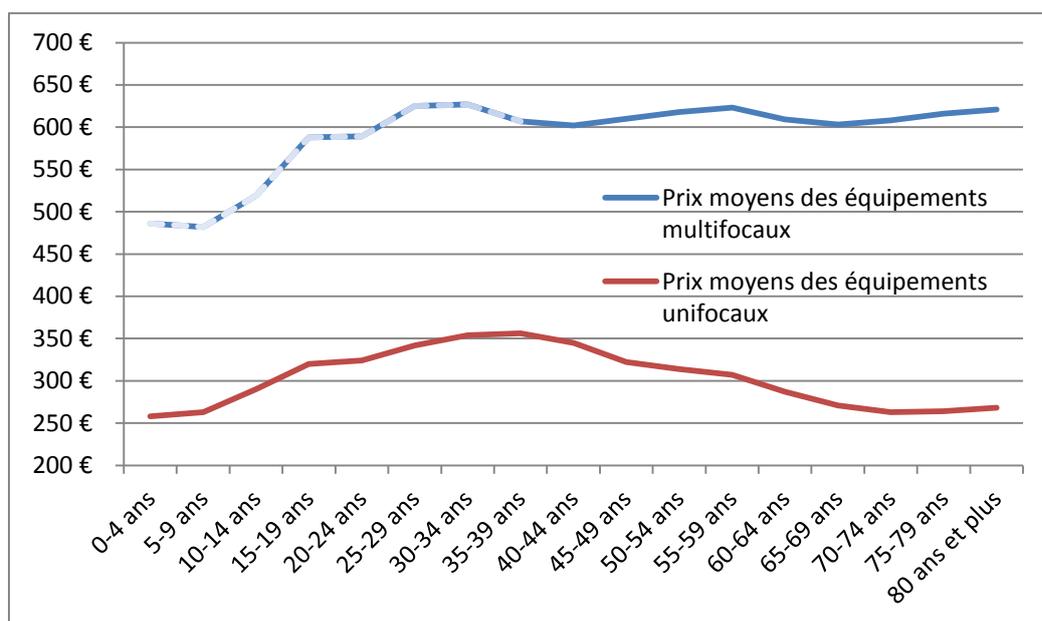
Tableau 5 - Prix moyens TTC¹¹ des équipements complets d'optique achetés en 2014, par tranche d'âge

Classe d'âge	Prix moyens des équipements multifocaux	Prix moyens des équipements unifocaux
0-4 ans	486 €	257 €
5-9 ans	482 €	263 €
10-14 ans	519 €	290 €
15-19 ans	589 €	320 €
20-24 ans	588 €	323 €
25-29 ans	622 €	342 €
30-34 ans	627 €	354 €
35-39 ans	606 €	355 €
40-44 ans	602 €	345 €
45-49 ans	610 €	321 €
50-54 ans	617 €	313 €
55-59 ans	622 €	307 €
60-64 ans	608 €	287 €
65-69 ans	603 €	271 €
70-74 ans	607 €	263 €
75-79 ans	615 €	263 €
80 ans et plus	619 €	268 €

Source : Cnamts (Sniiram).

¹¹ Le taux de TVA est passé de 19,6 % à 20 % au 1^{er} janvier 2014.

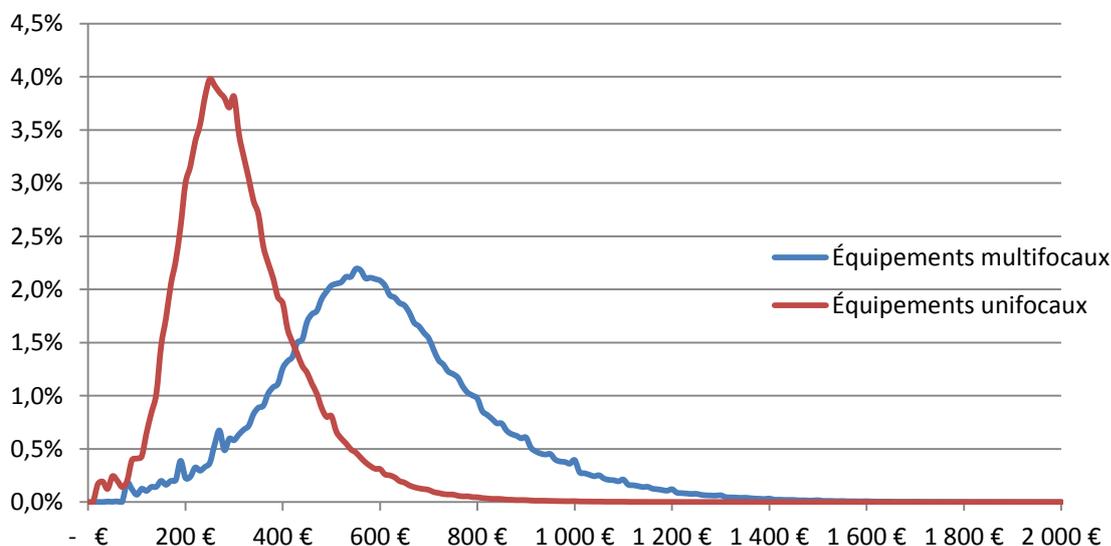
Graphique 1 - Prix moyens TTC des équipements complets d'optique achetés en 2014, par tranche d'âge



Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

Graphique 2 - Dispersion des prix d'acquisition des équipements complets d'optique en 2014



Lecture : En 2014, 2 % des paires de lunettes équipées de verres progressifs (multifocaux) ont été payées 500 euros (+/-5 € et 4 % des paires équipées de verres simples foyer (uni focaux) ont été payées 260 euros (+/- 5 €).

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipement complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

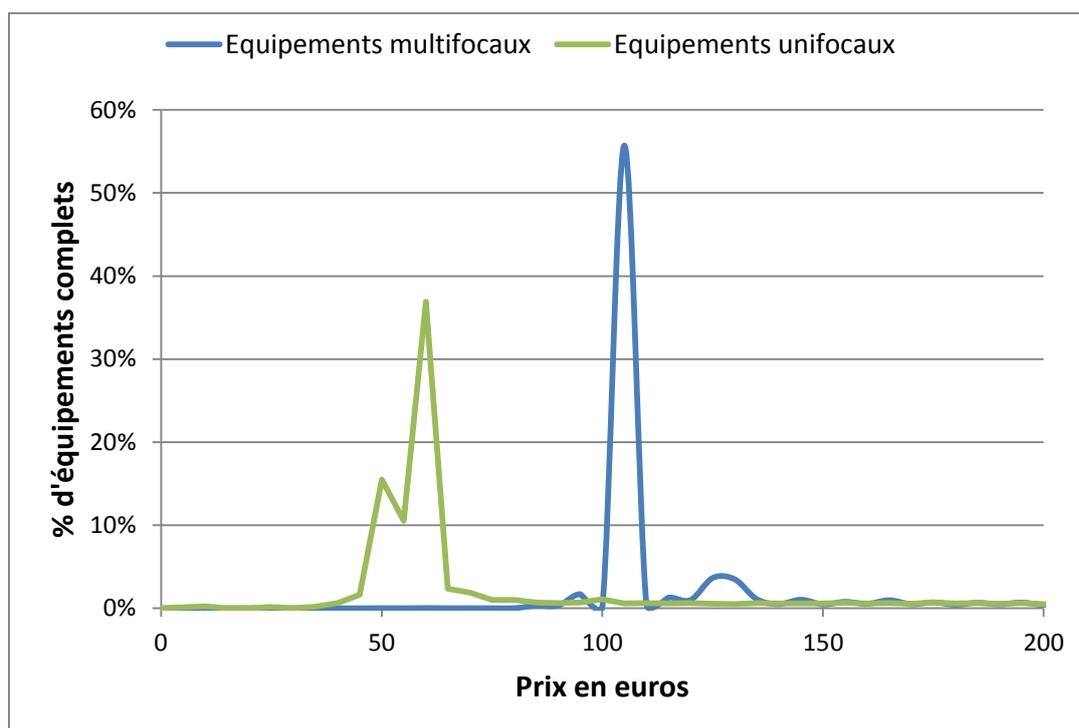
Tableau 6 - Distribution en décile des prix des équipements complets d'optique en 2014

Décile	Équipements multifocaux	Équipements unifocaux	Ensemble
<i>Moyenne</i>	613 €	316 €	434 €
D1	354 €	179 €	200 €
D2	439 €	216 €	248 €
D3	496 €	245 €	288 €
D4	544 €	270 €	330 €
Médiane	590 €	296 €	382 €
D6	640 €	324 €	447 €
D7	698 €	358 €	523 €
D8	774 €	404 €	613 €
D9	899 €	478 €	744 €

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

Graphique 3 - Dispersion des prix des équipements complets d'optique pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2014



Lecture : En 2014, 56 % des bénéficiaires de la CMU-C ont payé 105 euros leur paire de lunettes équipée de verres multifocaux et 15 % ont payé 50 euros leur paire de lunettes équipés de verres unifocaux.

Champ : Tous régimes, bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets.

Source : Cnamts (Sniiram).

Tableau 7 - Forfaits maximums de prise en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C (codes LPP les plus vendus)

	Libellé	Code	Prix de vente maximum
ENFANTS	MONTURE	2 210 546	30,49€
	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, <18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	2 200 393	14,94€
	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	2 261 874	12,04€
ADULTES	MONTURE	2 223 342	22,87€
	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	2 203 240	15,86€
	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, >OU =18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	2 259 966	18,75€
	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	2 290 396	41,93€
	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	2 227 038	43,45€

Note : Les plafonds CMU-C ont été relevés à compter du 1^{er} juillet 2014 afin de prendre en compte le coût lié à l'amincissement des verres en cas de fortes corrections (plus de 8 dioptries).

2. Évolution des prix des lunettes entre 2006 et 2014¹²

Les prix des lunettes ont augmenté de 1,35 % par an en moyenne entre 2006 et 2014.

Les dépenses d'optique ont crû de 59 % sur la période, mais l'évolution n'a pas été la même selon le type de verre. La hausse des dépenses des équipements multifocaux est surtout liée à une augmentation des quantités (+61 %) tandis que la croissance des prix a été contenue (+4 % sur la période). À l'inverse pour les équipements unifocaux, les quantités ont augmenté moins fortement (+36 %) tandis que l'augmentation des prix des équipements a été plus soutenue (+12 %), cf. tableau 8.

Tableau 8 - Croissance des dépenses d'optique et variations des quantités et des prix, entre 2006 et 2014

	Croissance des dépenses	Variation des quantités	Évolution du prix moyen
Équipements unifocaux	52 %	36 %	12 %
Équipement multifocaux	67 %	61 %	4 %
Ensemble des équipements	59 %	44 %	11 %

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (échantillon généraliste de bénéficiaires – EGB).

Si l'on décompose de façon plus détaillée cette croissance des dépenses d'optique entre 2006 et 2014, l'augmentation du volume d'achat apparaît principalement liée à une augmentation de la population ayant recours à des équipements d'optique (effet recours : +34 % – figure 1). Cette augmentation du recours est observée quelle que soit la tranche d'âge des bénéficiaires. Elle peut traduire deux phénomènes. Le premier, le plus évident, est l'augmentation du besoin pour une population donnée, qui va conduire à ce qu'une part plus importante de la population totale ait recours aux équipements d'optique. Le second phénomène est l'intensification de ce recours : il traduit l'augmentation de la consommation de produits d'optique par personne. À titre illustratif : si une population achète une paire de lunettes non plus une fois tous les trois ans mais une fois tous les deux ans, cela conduit à une augmentation du recours une année donnée (intensification de la consommation) sans pour autant augmenter la population totale qui a recours à l'optique de manière générale.

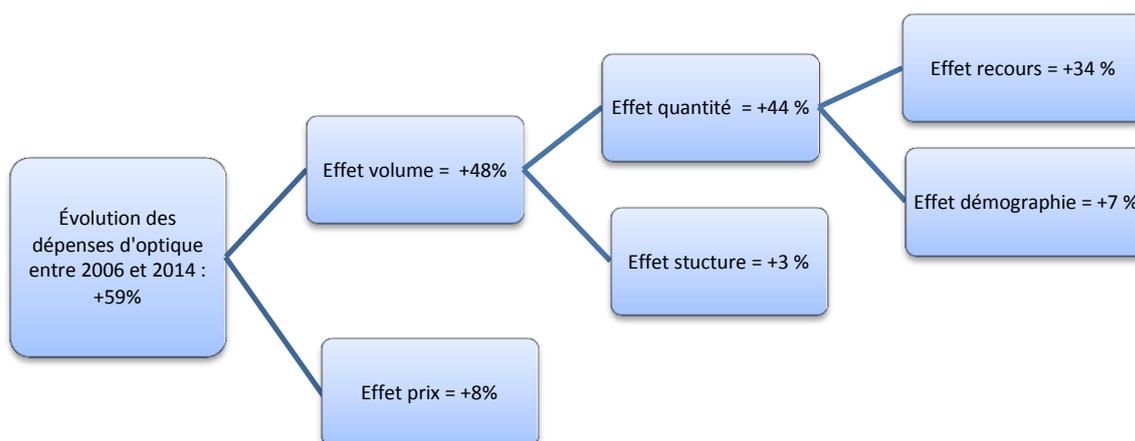
Malgré une augmentation tendancielle de la population et son vieillissement, l'effet démographique n'est, quant à lui, que de +7 %.

À la hausse du taux de recours et à l'effet démographique s'ajoute l'effet structure et l'effet prix¹³.

¹² Ces évolutions sont exprimées en euros courants.

¹³ L'effet volume se décompose en un effet quantité (augmentation du nombre d'achats) et un effet de structure (augmentation du volume par achat). L'effet prix (+8 %) mesure l'évolution des dépenses due à la hausse des prix, à volume d'achat donné. Il se distingue ainsi de l'évolution du prix moyen (11 %) qui mesure l'augmentation du prix moyen par achat.

Figure 1 - Décomposition de la croissance des dépenses d'optique entre 2006 et 2014



Note : Le taux d'évolution des dépenses d'optique (+59 %) se décompose en un effet volume (+48 %) et un effet prix (+8 %) selon la formule suivante :

Taux d'évolution des dépenses = $(1 + \text{effet volume}) (1 + \text{effet prix}) - 1$.

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipement dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (échantillon généraliste des bénéficiaires – EGB).

B. Niveaux de couverture par les contrats de complémentaire santé

Les garanties étant exprimées de manière hétérogène selon les organismes, des biens de référence ont été choisis pour permettre la comparaison des contrats. Ils permettent de comparer les remboursements des organismes complémentaires pour un bien donné (une monture + deux verres simples ou complexes). Les tarifs de ces biens de référence sont fixés à des niveaux volontairement élevés. Ceci permet de capter la dispersion des niveaux de remboursement. La même comparaison sur la base du prix observé en moyenne ne montrerait pas l'hétérogénéité des contrats.

À noter par ailleurs que les garanties en optique sont les garanties dans le cadre du réseau pour les organismes adhérents à un réseau d'opticiens. À partir de 2017 (sur les garanties de 2016), l'enquête recueillera les garanties au sein et en dehors du réseau. De plus, le niveau de prise en charge des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale par les organismes complémentaires n'est plus recueilli par l'enquête depuis 2009. À partir de 2017 (sur des garanties de 2016), on disposera de la part des contrats qui prend en charge les lentilles non remboursées et le montant des garanties le cas échéant.

1. Garanties des organismes de complémentaire santé¹⁴

En 2014, soit avant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats responsables (1^{er} avril 2015)¹⁵, pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples facturé 550 € par un opticien dont 200 € au titre de la monture et 350 € au titre des verres et remboursé 4,45 € par la sécurité sociale, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtient de leur assurance complémentaire une garantie inférieure à 215 €¹⁶. Les prises en charge des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. La moitié des personnes couvertes par un contrat collectif parmi les plus souscrits¹⁷ obtient une prise en charge supérieure à 285 € contre moins de deux personnes couvertes par un contrat individuel sur dix. Entre 2006 et 2014, la prise en charge des lunettes à verres simples par les contrats complémentaires, collectifs comme individuels, a beaucoup progressé, en particulier celle des contrats haut de gamme. En 2014, pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes facturé 900 € par un opticien dont 200 € au titre de la monture et 700 € au titre des verres et remboursé 14,15 € par la Sécurité sociale, la moitié des bénéficiaires des contrats les plus souscrits obtient de leur assurance complémentaire une prise en charge inférieure à 340 €. Les prises en charge des contrats collectifs sont plus élevées que celles des contrats individuels : pour la moitié des personnes couvertes par un contrat collectif, elles sont supérieures à 545 € contre moins de 10 % des personnes couvertes par un contrat individuel. Entre 2006 et 2014, la prise en charge des lunettes à verres complexes par les contrats complémentaires a également fortement progressé, en particulier celle des contrats haut de gamme.

Il est à noter que la réforme entamée avec la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et finalisée avec la publication du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales a fixé des planchers et des plafonds de prise en charge (voir tableau 9 ci-dessous).

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Cette restriction ne s'applique cependant ni aux mineurs ni aux patients dont la vue a évolué.

¹⁴ Source : Bartlet M., Befly M., Raynaud D. (dir), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*, Panoramas de la DREES, collection Santé, Édition 2016.

¹⁵ La prochaine vague de l'enquête (données 2016) permettra d'observer les effets de l'entrée en vigueur des nouveaux contrats responsables sur les garanties (la quasi-totalité des contrats de l'enquête étant responsables).

¹⁶ Dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits dont sont issus ces chiffres, le bien de référence utilisé pour l'expression des niveaux de garanties est une monture + 2 verres de dioptrie de -6 à +6, pour l'optique simple et de 2 verres de dioptrie de -8 à +8, pour l'optique complexe. Ensuite, les résultats sont extrapolés pour l'ensemble des verres simples (respectivement complexes).

¹⁷ L'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits interroge les organismes complémentaires sur les trois contrats individuels les plus souscrits et sur les trois contrats collectifs les plus souscrits. En 2013, ces contrats représentent 57 % des contrats individuels et 27 % des contrats collectifs.

Tableau 9 - Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements optiques (verres et monture)

Verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement (verres et monture)
Deux verres simple foyer dont la sphère est dans [-6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est \leq à + 4,00	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 50 € - Maximum : 470 € dont 150 € au maximum pour la monture
<p>Verre 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre simple foyer dont la sphère est dans [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est \leq + 4,00 <p>Verre 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre simple foyer dont la sphère est < - 6,00 ou > + 6,00[- Ou un verre simple foyer dont le cylindre est > + 4,00 - Ou un verre multifocal ou progressif 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 125 € - Maximum : 610 € dont 150 € au maximum pour la monture
<p>Verre 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre simple foyer dont la sphère est dans [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est \leq + 4,00 <p>Verre 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre multifocal ou progressif sphérocyindrique dont la sphère est <- 8,00 ou > + 8,00 - Ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est <-4,00 ou > + 4,00 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 125 € - Maximum : 660 € dont 150 € au maximum pour la monture
<ul style="list-style-type: none"> - Deux verres simple foyer dont la sphère est <-6,00 ou >+ 6,00 - Ou deux verres simple foyer dont le cylindre est > + 4,00 - Ou deux verres multifocaux ou progressifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 200 € - Maximum : 750 € dont 150 € au maximum pour la monture
<p>Verre 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre simple foyer dont la sphère est <-6,00 ou >+ 6,00 - Ou un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 - Un verre multifocal ou progressif <p>Verre 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un verre multifocal ou progressif sphérocyindrique dont la sphère est <- 8,00 ou > + 8,00 - ou un verre multifocal ou progressif 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 200 € - Maximum : 800 € dont 150 € au maximum pour la monture
<ul style="list-style-type: none"> - Deux verres multifocaux ou progressifs sphérocyindriques dont la sphère est <- 8,00 ou > + 8,00 - ou deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est <-4,00 ou > + 4,00 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : TM ou 200 € - Maximum : 850 € dont 150 € au maximum pour la monture

Tableau - 10 Distribution en 2006, 2011 et 2014 des garanties des contrats de complémentaires santé pour un ensemble monture+verres simples facturé 550 €* et remboursé 4,45 € par la Sécurité sociale.

En euros

Déciles	Contrats collectifs			Contrats individuels			Ensemble		
	2006	2011	2014	2006	2011	2014	2006	2011	2014
D1	115	155	155	65	65	95	75	95	100
D2	125	195	205	75	105	105	95	120	140
D3	155	240	255	95	120	135	110	145	155
D4	175	255	270	105	135	155	125	155	180
D5	195	280	285	120	145	175	145	195	215
D6	210	320	350	140	155	180	160	240	255
D7	260	415	410	155	170	195	190	265	295
D8	290	480	455	170	225	240	230	335	370
D9	430	505	505	230	280	305	310	470	445
Moyenne	220	315	320	130	160	180	165	230	240

*dont 200 euros au titre de la monture.

Note : Le taux de remboursement de l'optique par la Sécurité sociale est passé de 65 % à 60 % au cours de l'année 2011 sans modification de la base de remboursement. Pour faciliter les comparaisons, les calculs des remboursements en 2006 sont effectués selon la législation actuelle. Le cas échéant, les garanties sont exprimées à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau d'opticiens.

Lecture : En 2014, en cas d'achat d'un ensemble monture+verres simples facturé 550 € par l'opticien, dont 200 € au titre de la monture, 4 bénéficiaires de contrats individuels sur 10 bénéficient d'une prise en charge par leur organisme complémentaire inférieure à 155 € contre 1 bénéficiaire de contrat collectif sur 10.

Champ : Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source : DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006, 2011 et 2014.

Tableau 11 - Distribution en 2006, 2011 et 2014 des garanties des contrats de complémentaires santé pour un ensemble monture+verres complexes facturé 900 €* et remboursé 4,45 € par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs			Contrats individuels			Ensemble		
	2006	2011	2014	2006	2011	2014	2006	2011	2014
D1	130	160	230	75	70	110	100	130	150
D2	175	275	320	125	140	150	145	160	180
D3	190	360	365	150	160	175	165	195	250
D4	190	410	455	170	180	210	190	245	295
D5	250	500	545	195	220	260	205	305	340
D6	310	560	580	220	260	290	230	325	360
D7	340	605	625	230	290	330	260	410	500
D8	470	700	720	250	305	340	310	560	580
D9	695	780	815	290	360	390	460	720	745
Moyenne	315	485	510	200	240	260	245	345	380

*dont 200 euros au titre de la monture.

Note : Le taux de remboursement de l'optique par la Sécurité sociale est passé de 65 % à 60 % au cours de l'année 2011 sans modification de la base de remboursement. Pour faciliter les comparaisons, les calculs des remboursements en 2006 sont effectués selon la législation actuelle. Le cas échéant, les garanties sont exprimées à partir des conditions de remboursements qui s'appliquent dans le cadre du réseau d'opticiens.

Lecture : En 2014, en cas d'achat d'un ensemble monture+verres complexes facturé 900 € par l'opticien, dont 200 € au titre de la monture, 5 bénéficiaires de contrats individuels sur 10 bénéficient d'une prise en charge par leur organisme complémentaire inférieure à 260 € contre un peu plus d'un bénéficiaire de contrat collectif sur 10.

Champ : Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source : DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006, 2011 et 2014.

2. Garanties des organismes de complémentaire santé par âge

Les assurés de 25 à 59 ans sont, en moyenne, mieux pris en charge par les organismes complémentaires en optique simple et complexe que les assurés de moins de 25 ans ou de 60 ans ou plus. Pour toutes les classes d'âge, les garanties des contrats collectifs sont supérieures à celles des contrats individuels. Cet écart est maximum pour les plus jeunes et plus réduit pour les assurés de 60 ans ou plus.

Il faut noter que les niveaux de garanties observés ici sont ceux des assurés et non pas des bénéficiaires. Les résultats sur les jeunes qui sont souvent des ayants-droits et non des assurés sont donc à interpréter avec précaution.

Tableau 12 - Niveau de garanties moyen en 2011 et 2014 des complémentaires santé en optique simple et complexe, selon le type de contrat et par classe d'âge

			Moins de 25 ans	De 25 à 59 ans	60 ans ou plus
2011	Optique simple	Ensemble	170	225	165
		Contrats collectifs	280	290	215
		Contrats individuels	110	160	155
	Optique complexe	Ensemble	255	345	250
		Contrats collectifs	400	450	325
		Contrats individuels	175	245	240
2014	Optique simple	Ensemble	220	245	190
		Contrats collectifs	325	310	265
		Contrats individuels	145	175	180
	Optique complexe	Ensemble	335	390	285
		Contrats collectifs	490	500	395
		Contrats individuels	220	260	270

Champ : Assurés des contrats les plus souscrits.

Source : DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2011 et 2014.

3. Comparaison entre le niveau de couverture des contrats et les prix de vente

Les garanties des contrats collectifs sont nettement plus élevées que celles offertes par les contrats individuels¹⁸. En optique, en moyenne, le niveau de couverture des contrats collectifs est près de deux fois plus élevé, quel que soit le type de verre, cf. tableaux 10 et 11. Les niveaux de garanties des contrats individuels sont nettement inférieurs aux prix de vente des lunettes, qu'il s'agisse de l'optique simple ou de l'optique complexe. Ces données ne permettent pas d'étudier le reste à charge individuel des assurés puisque l'on n'observe pas, au niveau individuel, les garanties dont disposent effectivement les assurés qui achètent des lunettes remboursables¹⁹. Par exemple, un assuré ayant un niveau de garanties dans le 1^{er} décile peut en théorie acheter un équipement au dernier décile de prix. Dans ce cas, sa complémentaire ne couvrirait que 10 % de sa dépense en optique simple et 8% en optique complexe.

La distribution des niveaux de garanties des contrats collectifs est très proche de celle des prix observés pour l'optique simple. Pour les assurés dont le prix des lunettes correspond à leur décile de

¹⁸ En 2014, 55 % de la population sont couverts par une complémentaire santé privée souscrite à titre individuel et 33 % par un contrat collectif.

¹⁹ L'analyse des distributions des restes à charge après assurance maladie complémentaire au niveau individuel nécessiterait des données de remboursement des organismes complémentaires. Ces données seront à terme intégrées au système national des données de santé (article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016). Les restes à charge après assurances maladie obligatoire et complémentaire en optique sont estimés au niveau agrégé par les Comptes nationaux de la santé (cf. indicateur C- 2).

garantie, le reste à charge peut donc être très faible. Pour l'optique complexe, les garanties des contrats collectifs sont toutefois en moyenne 30 % inférieures au prix de vente.

Tableau 13 - Distribution des prix des lunettes et des garanties des organismes complémentaires, selon le type d'équipement en 2014

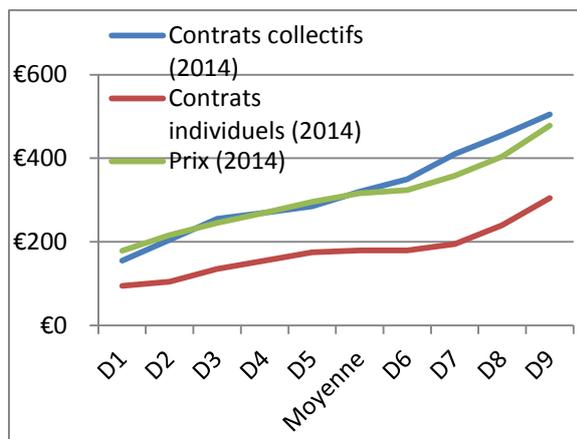
Optique simple					
	Contrats collectifs (2014)	Contrats individuels (2014)	Ensemble des contrats (2014)		Prix (2014)
D1	155 €	95 €	100 €		179 €
D2	205 €	105 €	140 €		216 €
D3	255 €	135 €	155 €		245 €
D4	270 €	155 €	180 €		270 €
D5	285 €	175 €	215 €		296 €
Moyenne	320 €	180 €	240 €		316 €
D6	350 €	180 €	255 €		324 €
D7	410 €	195 €	295 €		358 €
D8	455 €	240 €	370 €		404 €
D9	505 €	305 €	445 €		478 €

Optique complexe					
	Contrats collectifs (2014)	Contrats individuels (2014)	Ensemble des contrats (2014)		Prix (2014)
D1	230 €	110 €	150 €		354 €
D2	320 €	150 €	180 €		439 €
D3	365 €	175 €	250 €		496 €
D4	455 €	210 €	295 €		544 €
D5	545 €	260 €	340 €		590 €
Moyenne	510 €	260 €	380 €		613 €
D6	580 €	290 €	360 €		640 €
D7	625 €	330 €	500 €		698 €
D8	720 €	340 €	580 €		774 €
D9	815 €	390 €	745 €		899 €

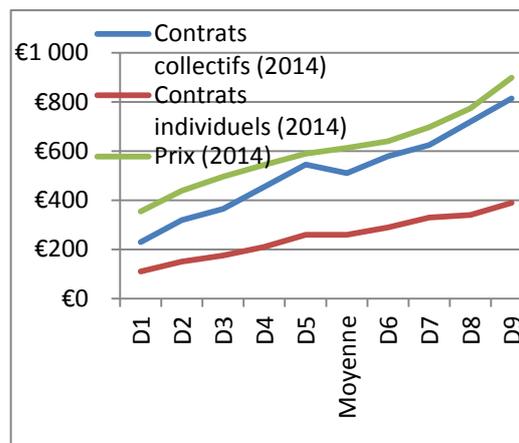
Note de lecture : En 2014, en cas d'achat d'un ensemble monture+verres simples facturé 550 euros par l'opticien, dont 200 euros au titre de la monture, 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs bénéficient d'un remboursement par leur organisme complémentaire inférieur à 155 euros. En 2014, les 10 % des lunettes avec des verres simples les moins chères ont été facturées moins de 179 euros. La distribution des prix des lunettes peut être comparée au niveau agrégé avec la distribution des garanties des complémentaires santé. Cette comparaison ne doit pas se faire au niveau individuel, puisque l'on n'observe pas les garanties dont disposent effectivement les assurés qui achètent des lunettes remboursables. Un assuré peut disposer d'un niveau de garantie dans le 1^{er} décile et acheter une paire de lunettes appartenant au dernier décile de prix.

Sources : Garanties : enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2014 (Drees) ; prix : Sniiram (Cnamts).

Graphique 4a : Optique simple



Graphique 4b : Optique complexe



Sources : Garanties : enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2014 (Drees) ; prix : Sniiram (Cnamts).

C. Structuration du marché

1. Structure des ventes des équipements remboursables selon le type d'équipement et le type de verre²⁰

En 2014, l'optique remboursable est un marché de 5,6 milliards d'euros. 28 millions de verres (17 millions de verres simples et 11 millions de verres progressifs) et 13 millions de montures ont été vendus. Les autres types d'achats (lentilles remboursables, suppléments, accessoires) sont marginaux (500 000 unités vendues en 2014).

Deux tiers des dépenses d'optique concernent les verres, le tiers restant les montures, les autres achats, marginaux, ne représentant que 0,6 % des dépenses.

Près de 9 fois sur 10, les assurés achètent un équipement complet, *i.e.* une paire de lunettes composée d'une monture et de deux verres, *cf.* figure 2. L'achat de verres sans monture ne représente que 10 % du volume des achats. Les équipements unifocaux représentent 60 % des achats d'équipements complets mais seulement 36 % des dépenses totales en lunette. À l'opposé, les lunettes avec des verres multifocaux représentent 40 % des achats mais 63 % des dépenses en lunettes, *cf.* graphique 5.

97 % des verres ont un niveau de correction faible ou modérée, soit des verres unifocaux ou multifocaux de sphère compris entre -8 δ et +8 δ .

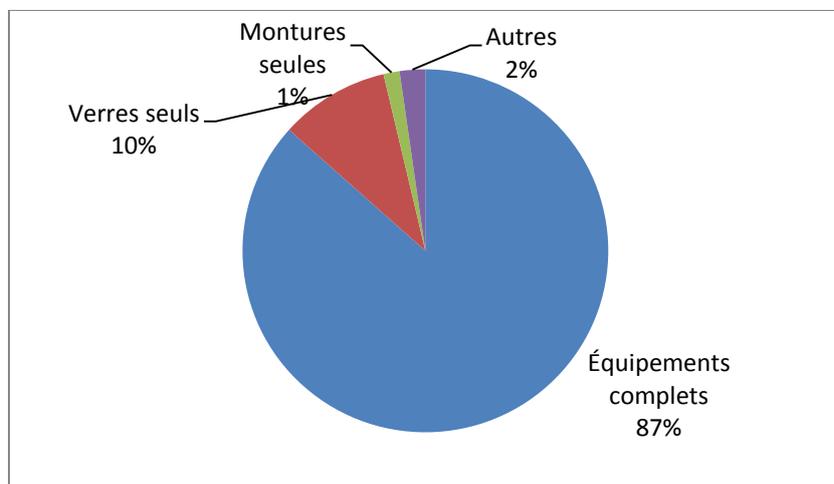
62 % des lunettes sont achetées par des assurés de 40 ans ou plus, *cf.* graphique 6. Leurs dépenses sont proportionnellement plus élevées que celles des moins de 40 ans, puisqu'ils recourent plus aux équipements multifocaux plus onéreux. Les 40 ans ou plus représentent ainsi 72 % des dépenses, alors que les 0-39 ans représentent 28 % de la dépense mais 38 % des lunettes vendues.

En 2014, les bénéficiaires de la CMU-C (8 % de la population française) ont acheté 6,2 % des équipements d'optique vendus. Leurs dépenses ne représentent pourtant que 1,8 % des dépenses totales facturées par les opticiens. Cela s'explique en partie par la structure de la dépense (moins

²⁰ Source : Bouchet A., Maliki S. (2015), « Les dépenses d'optique médicale en 2014 », *Points de repère* n°43, Cnamts.

d'équipements multifocaux, cf. supra) et les tarifs opposables dont bénéficient les assurés CMU-C et qui sont nettement inférieurs aux prix de vente observés. Les prix plus faibles peuvent aussi traduire un niveau d'accès moins important à certains produits et traitements (traitement anti-reflets, etc.), un effet que les données disponibles ne permettent pas de vérifier.

Figure 2 – Répartition des équipements d'optique achetés en 2014

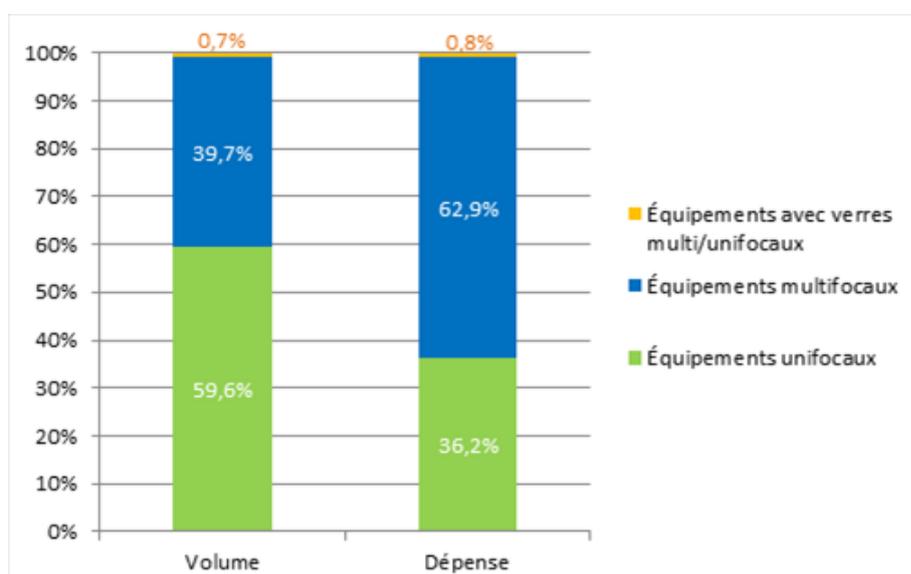


Lecture : Les acquisitions de montures seules représentent 1 % du volume d'achats de produits d'optique en 2014.

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, hors verres et montures dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuites »).

Source : Cnamts (Sniiram).

Graphique 5 - Répartition des équipements complets d'optique vendus et de la dépense correspondante, selon le type de verres en 2014

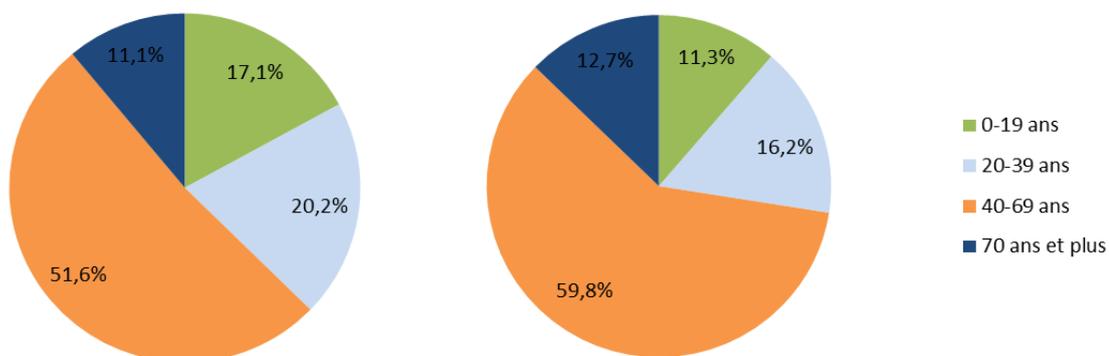


Lecture : Les paires de lunettes équipées de verres progressifs (multifocaux) représentent 39 % des achats d'équipements complets et 63 % de la dépense en équipements complets en 2014.

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »)

Source : Cnamts (Sniiram).

Graphique 6 - Répartition des équipements complets d'optique vendus et de la dépense correspondante, par tranche d'âge en 2014



Lecture : Les personnes de 70 ans et plus ont acheté 11,1 % des équipements complets vendus et leur dépense représente 12,7 % de la dépense totale en équipements complets en 2014.

Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

Tableau 14 - Part des bénéficiaires dont la complémentaire santé dépasse les seuils de remboursements en 2014

14a - Part des bénéficiaires dont la complémentaire santé leur garantit un remboursement inférieur au <u>plancher</u>	
Équipement avec verres simples *	
<i>Individuel</i>	2%
<i>Collectif</i>	2%
Équipement avec verres complexes **	
<i>Individuel</i>	33%
<i>Collectif</i>	7%
14b - Part des bénéficiaires dont la complémentaire santé leur garantit un remboursement supérieur au <u>plafond</u>	
Équipement avec verres simples *	
<i>Individuel</i>	2%
<i>Collectif</i>	28%
Équipement avec verres complexes **	
<i>Individuel</i>	5%
<i>Collectif</i>	29%
14c - Part des bénéficiaires dont la complémentaire santé leur garantit un <u>remboursement de la monture supérieur au plafond de 150 €</u>	
<i>Individuel</i>	2%
<i>Collectif</i>	25%

*On considère ici des verres simples constitués par des verres simple foyer de dioptrie entre -6,00 et + 6,00 (code LPP 2203240). Le plancher de remboursement vaut donc le ticket modérateur (TM) ou 50 € si le remboursement est supérieur au TM ; le plafond est de 470 € dont 150 € au maximum pour la monture.

**on considère ici des verres complexes constitué par des verres multifocaux de dioptrie entre -8,00 et + 8,00 (code LPP 2227038).

Le plancher de remboursement vaut donc le ticket modérateur (TM) ou 200 € si le remboursement est supérieur au TM ; le plafond est de 750 € dont 150 € au maximum pour la monture.

Lecture : 33 % des bénéficiaires de contrats individuels en 2014 ont des garanties complémentaire santé sur les lunettes avec verres complexes inférieures au plancher des contrats responsables.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé – année 2014. Pour décider si un contrat franchit un seuil de remboursement, on compare au seuil (ou aux seuils, lorsqu'on s'intéresse aussi à la monture) le(s) montant(s) de remboursement garanti(s) pour un bien de référence, uniquement à partir du plancher et du taux de remboursement (les plafonds de remboursements ne sont pas collectés).

2. Dépense totale en optique médicale par financeur (assurance maladie, État-CMU-C, OC, restes à charge des ménages) ²¹

En 2015, la consommation d'optique médicale est évaluée à 6,1 milliards d'euros. Elle comprend les verres et montures remboursables ainsi que les lentilles correctrices, en grande majorité non remboursables²². Les verres représentent 65 % de la dépense et les montures 30 %. Le reste de la dépense correspond aux lentilles correctrices (5 %).

La dépense d'optique médicale a fortement progressé dans les années 2000 (+4,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2012), et sa croissance a nettement ralenti depuis 2013 (+1,2 % en 2015 après +1,0 % en 2013 et 2014). La modération de la dépense de ces trois dernières années est à rapprocher du ralentissement à la fois des prix et des volumes.

Les volumes ont progressé de 3,6 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2012 et suivent un rythme modéré depuis 2013 (+0,8 % par an en moyenne). De même, la croissance des prix est inférieure à 1,0 % par an depuis 2010²³. En 2015, le prix de l'optique diminue, pour la première fois depuis 2001 (-0,3 %).

L'optique médicale est faiblement remboursée par l'assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge représentent 3,2 % de la consommation totale d'optique en 2015. Les financements publics (y compris aide médicale de l'État et CMU-C versée par les organismes de base) représentent ainsi 4,3 % de cette consommation totale. Les organismes complémentaires sont de loin les premiers financeurs de l'optique médicale (71,6 %), laissant aux ménages un reste à charge de 24,1 %. Cette structure de financement s'est nettement modifiée depuis 2006 : la part des organismes complémentaires a progressé de 16,3 points. Symétriquement, la part du reste à charge des ménages a nettement reculé (de 15,5 points). Sur la même période, la part des financements publics s'est légèrement repliée (-0,9 point), en lien notamment avec la baisse du taux de remboursement de l'optique médicale, passé de 65 % à 60 % du tarif opposable en mai 2011.

Cette forte déformation de la structure de financement s'explique par une dynamique très différenciée des prises en charge des différents financeurs : en 2015, le reste à charge des ménages sur leurs dépenses d'optique s'élève à près de 1,5 milliard d'euros, en recul de 9,5 % par rapport à 2014. Depuis 2006, il a baissé en moyenne de 1,9 % par an. À l'inverse, les prestations d'optique des organismes complémentaires (4,4 milliards en 2015) ont nettement augmenté en 2015 (+5,6 %) comme depuis 2006 (+6,7 % en moyenne annuelle). Les financements publics ont en revanche diminué en 2015 (-0,8 %) mais progressent globalement depuis 2006 (+1,6 % en moyenne annuelle).

²¹ Pour en savoir plus : « Fiche 17 - L'optique Médicale », *Les dépenses de santé en 2015 – Résultats des comptes de la santé*, coll. Panoramas de la DREES – Santé, septembre 2016.

²² **Élargissement du champ de l'optique médicale retracé dans les comptes de la santé**

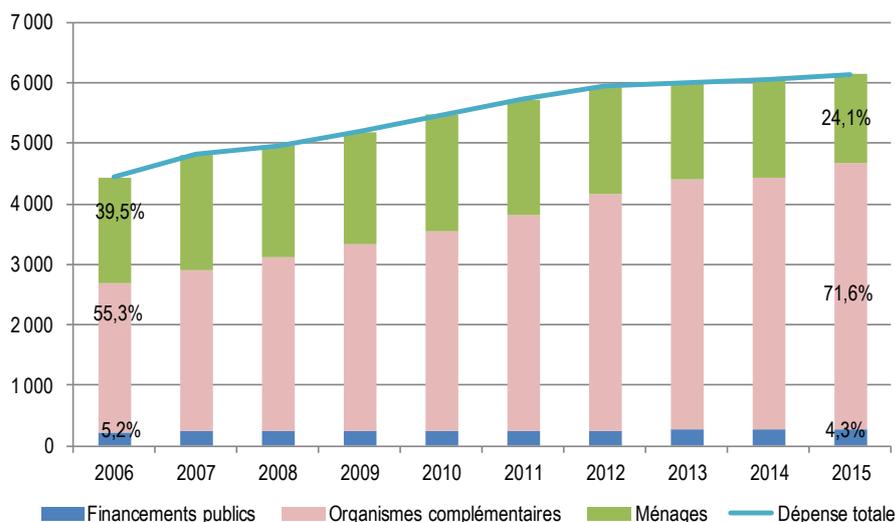
Les dépenses d'optique présentées dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014 - Édition 2015* n'incluaient pas les lentilles non remboursables. Ces dernières échappaient en effet au champ de la statistique publique faute de données pertinentes.

Les statistiques diffusées par GFK sur le marché de l'optique ont récemment permis d'élargir le champ couvert par les comptes de la santé. Dans l'édition 2016, une évaluation de la consommation de lentilles est en effet présentée. Compte tenu de cet effet de champ, la dépense d'optique est désormais revue à la hausse de plus de 300 millions d'euros en 2014, pour atteindre 6,1 milliards d'euros. Les montants des années précédentes ont également été revus en cohérence avec le périmètre complété.

²³ L'indice des prix de l'optique médicale utilisé dans les comptes de la santé correspond à l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE sur ce champ. L'indice des prix est calculé à qualité constante.

Graphique 7 - Évolution de la dépense totale d'optique médicale (2006-2014)

En millions d'euros



Source : DREES, Comptes de la santé.

Tableau 15 - Structure de financement des dépenses d'optique médicale

En milliards d'euros

	Financements publics			Organismes complémentaires				Ménages	TOTAL
		dont Sécurité sociale*	dont État et CMU_C organismes de base		dont Mutuelles	dont Sociétés d'assurances	dont Instituts de prévoyance		
2006	0,23	0,21	0,02	2,46	1,35	0,49	0,62	1,76	4,44
2007	0,24	0,21	0,02	2,65	1,41	0,56	0,68	1,93	4,82
2008	0,24	0,22	0,02	2,87	1,48	0,64	0,75	1,85	4,97
2009	0,24	0,22	0,02	3,10	1,59	0,70	0,81	1,85	5,19
2010	0,25	0,23	0,02	3,29	1,63	0,79	0,87	1,94	5,48
2011	0,25	0,23	0,02	3,58	1,75	0,87	0,96	1,90	5,73
2012	0,25	0,23	0,03	3,92	1,85	1,04	1,03	1,77	5,95
2013	0,26	0,23	0,03	4,16	1,95	1,05	1,15	1,59	6,01
2014	0,27	0,24	0,03	4,17	1,93	1,12	1,12	1,63	6,07
2015	0,26	0,24	0,03	4,41	2,06	1,24	1,11	1,47	6,14

* Y compris prestations des régimes de l'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Champ de l'optique médicale retracé dans les Comptes de la santé

Ce poste correspond au chapitre 2 du titre II de la Liste des produits et prestations (LPP). Il comprend :

- les verres, montures et lentilles correctrices remboursables ;
- les lentilles correctrices non remboursables.

À l'inverse sont hors du champ des Comptes de la santé :

- les lunettes solaires de vue non remboursables ;
- les lentilles esthétiques ;
- les produits d'entretien des lunettes et lentilles.

D. Accès des assurés aux équipements

1. Taux de recours aux équipements d'optique remboursable²⁴

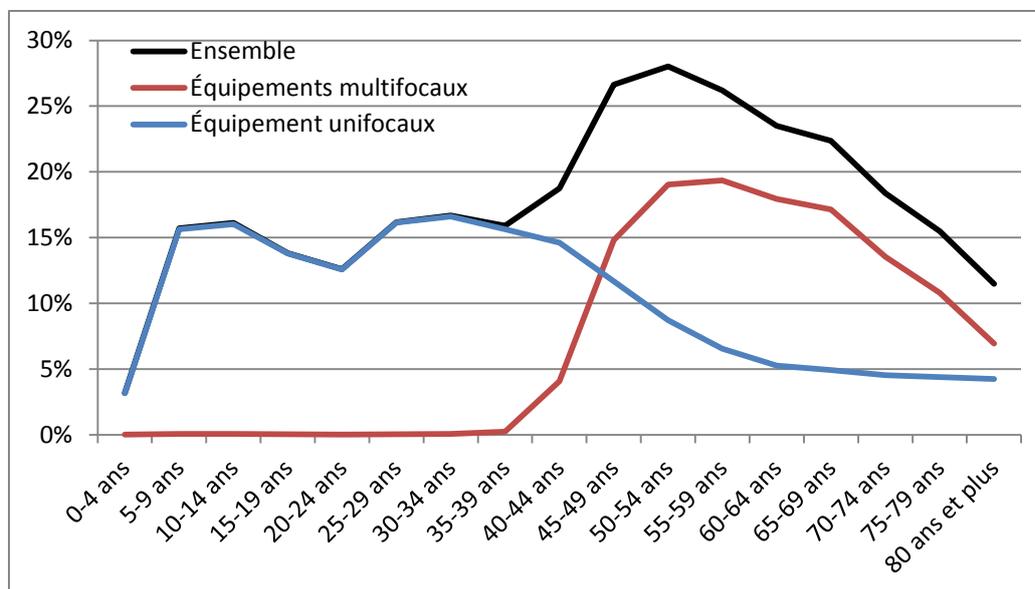
En 2014, 21 % de la population ont acheté au moins un équipement d'optique. 18 % ont acheté une paire de lunettes. Le recours aux lunettes varie selon l'âge, cf. graphique 8. Le recours aux équipements unifocaux, qui varie autour de 15 % avant 45 ans, décroît régulièrement avec l'âge au profit des équipements multifocaux : la presbytie obligeant les personnes à s'équiper également pour la vision de près. Le recours aux lunettes complexes est quasi-inexistant avant 40 ans.

La forte baisse du recours après 65 ans peut traduire des difficultés financières d'accès à ces soins d'autant plus coûteux pour les verres multifocaux. Cette baisse peut aussi s'expliquer par un besoin de renouvellement moins fréquent : on compte en effet 1,3 équipement délivré chez les plus de 60 ans sur la période 2011-2014 contre 1,6 entre 20 et 59 ans.

Entre 2006 et 2014, le taux de recours aux lunettes a crû quelle que soit la tranche d'âge des assurés, cf. graphique 9.

En 2014, 15 % des bénéficiaires de la CMU-C ont acheté au moins un équipement d'optique. Les bénéficiaires de la CMU-C sont nettement plus jeunes que le reste de la population, la moitié d'entre eux ont moins de 30 ans et un tiers sont des enfants de moins de 16 ans. Les équipements d'optique des bénéficiaires de la CMU-C sont donc plus souvent des lunettes pour enfants (28 % contre 16 % pour les assurés hors CMU-C). Les achats d'équipements multifocaux, auquel le recours croît avec l'âge à partir de 40 ans, représentent à l'inverse une part moins importante de leurs achats (25 % contre 40 % pour les assurés hors CMU-C).

Graphique 8 - Taux de recours aux équipements complets unifocaux et multifocaux, par tranche d'âge en 2014

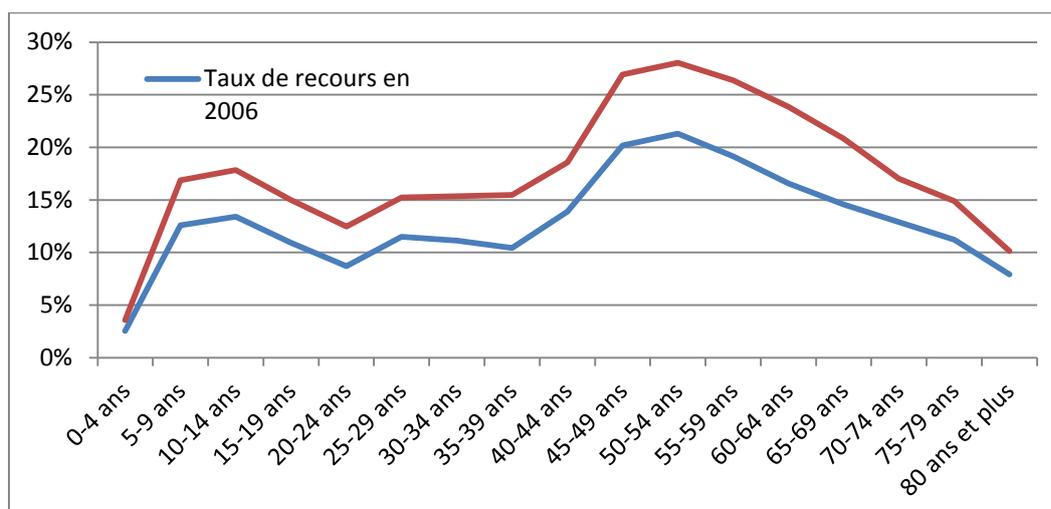


Champ : Tous régimes, hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).

Source : Cnamts (Sniiram).

²⁴ Source : Bouchet A., Maliki S. (2015), « Les dépenses d'optique médicale en 2014 », *Points de repère* n°43, Cnamts.

Graphique 9 - Taux de recours aux équipements complets en 2006 et 2014



Lecture : En 2014, 15 % des personnes âgées de 35 à 39 ans ont acheté une paire de lunettes, elles étaient 10 % en 2006.
Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors bénéficiaires de la CMU-C, équipements complets, hors équipements dont les prix facturés sont inférieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale (pour éliminer notamment les équipements dits « 2^e paire gratuite »).
Source : Cnamts (échantillon généraliste de bénéficiaires - EGB).

2 . Taux de renoncement aux soins pour raisons financières

La mesure du renoncement aux soins pour raisons financières complète l'indicateur reposant sur l'observation de la consommation de soins. En effet, par construction, cette dernière ne renseigne que sur la propension des assurés à consommer des soins financièrement accessibles, laissant de côté les soins non consommés en raison d'un obstacle financier.

Dans l'enquête ESPS-EHIS, les questions exploitées pour mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières sont les suivantes :

- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à une consultation de médecin pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins dentaires pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des lunettes, verres, montures, lentilles pour des raisons financières ? »

Un certain nombre de questions sont également posées pour estimer le non recours pour d'autres raisons (« parce que le cabinet était trop éloigné ou parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre », « parce que le délai pour un rendez-vous était trop long »).

Pour l'ensemble des soins, les raisons financières sont la première raison de renoncement aux soins.

Les postes de santé les plus concernés par le renoncement pour raisons financières sont ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé. Les lunettes et lentilles sont ainsi le deuxième poste de soins auquel les patients renoncent le plus pour raisons financières après les soins dentaires. En 2014, près d'un adulte sur dix âgé entre 18 et 64 ans bénéficiant d'une complémentaire santé privée a renoncé à acheter des lunettes ou des lentilles au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières.

Les données concernant les bénéficiaires de la CMU-C d'une part et les détenteurs d'une couverture complémentaire privée d'autre part sont standardisées suivant la structure par âge et sexe de la population métropolitaine. En effet, l'âge et le sexe sont des déterminants importants du renoncement aux soins. Or, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent des femmes et sont nettement plus jeunes que les autres assurés. La comparaison des taux de renoncement est donc améliorée en considérant seulement les personnes âgées de 18 à 64 ans et en standardisant les taux de renoncement sur une structure par âge et sexe identique pour ces deux sous-populations. Cette standardisation est effectuée en repondérant chaque individu afin que la structure par âge et par sexe globale soit égale à celle de la population métropolitaine (calage sur les données du recensement de la population).

À structure d'âge et de sexe équivalente, le taux de renoncement aux soins d'optique pour raisons financières est très supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé privée (17 % contre 9 %). Entre 2012 et 2014, le taux de renoncement est resté stable pour les bénéficiaires de la CMU-C, tandis qu'il a légèrement augmenté pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+1 point)

Une partie de l'écart entre le renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et des assurés d'une complémentaire privée s'explique par les caractéristiques socio-économiques spécifiques des premiers : des revenus plus faibles, des situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés et la surreprésentation des familles monoparentales. De nombreux travaux ont décrit le caractère dégradé de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, un constat déjà présent à la création du dispositif. À structure d'âge et de sexe équivalente au reste de la population, 11 % d'entre eux se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, soit près de quatre fois plus que les autres assurés. En favorisant l'accès aux soins, la CMU-C cherche à atténuer les inégalités d'état de santé entre ses bénéficiaires et les autres assurés complémentaires. Des études économétriques²⁵, ont ainsi montré que (« toutes choses observables égales par ailleurs ») la CMU-C protège contre le renoncement aux soins pour raisons financières autant qu'une bonne couverture complémentaire. La CMU-C joue donc un rôle important dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle, même si elle ne suffit pas à gommer toutes les inégalités socio-économiques de ses bénéficiaires. Son rôle protecteur est, comme pour les soins dentaires, particulièrement marqué pour l'optique.

Les bénéficiaires de la CMU-C pouvant accéder à un équipement d'optique sans reste à charge, on peut néanmoins s'interroger sur un taux de renoncement qui reste relativement élevé. Une explication à cela pourrait être que les bénéficiaires de la CMU-C manquent d'information sur leur couverture.

Tableau 16 - Taux de renoncement aux soins pour raisons financières

Taux de renoncement à au moins un soin	2012		2014	
	Tous soins	Optique	Tous soins	Optique
Bénéficiaires de la CMU-C	33 %	17 %	34 %	17 %
Bénéficiaires d'une complémentaire privée	24 %	8 %	24 %	9 %

Note de lecture : En neutralisant les spécificités d'âge et de sexe de chaque catégorie, 9 % des bénéficiaires d'une couverture privée et 17 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à des lunettes, verres, montures ou lentilles pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois en 2014.

Champ : Population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans ; la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une complémentaire santé est calée sur la structure démographique de la population française métropolitaine.

Sources : ESPS 2012 (Irdes), ESPS-EHIS 2014 (Irdes-Drees), calculs Drees.

²⁵ Voir par exemple, Jess N., « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et résultats*, n° 944, Drees, décembre 2015.

3. Part de la population présentant un trouble de la vision

Part d'enfants et d'adolescents présentant un trouble de la vision

Les enquêtes en milieu scolaire pilotées par la DREES et l'Éducation nationale et réalisées tous les deux ans concernent les enfants de grande section de maternelle, les enfants de CM2 et les enfants de troisième. Elles permettent d'estimer la proportion d'enfants ou d'adolescents porteurs de lunettes quel que soit la nature du trouble de la vision (myopie, astigmatisme, hypermétropie...) (1) et la prévalence d'enfants ne portant pas de lunettes mais présentant un trouble de la vision de loin (2). En revanche, elles ne renseignent pas sur la prévalence d'enfants présentant un trouble autre qu'un trouble de la vision de loin et non équipés (3) (*voir Annexe sources*). Les enquêtes en milieu scolaire ne permettent pas de faire le distinguo entre les enfants non équipés de lunettes car exempts de troubles de la vision (4) et ceux non équipés mais porteurs d'un trouble autre que celui de la vision de loin (3) non repérable dans l'enquête.

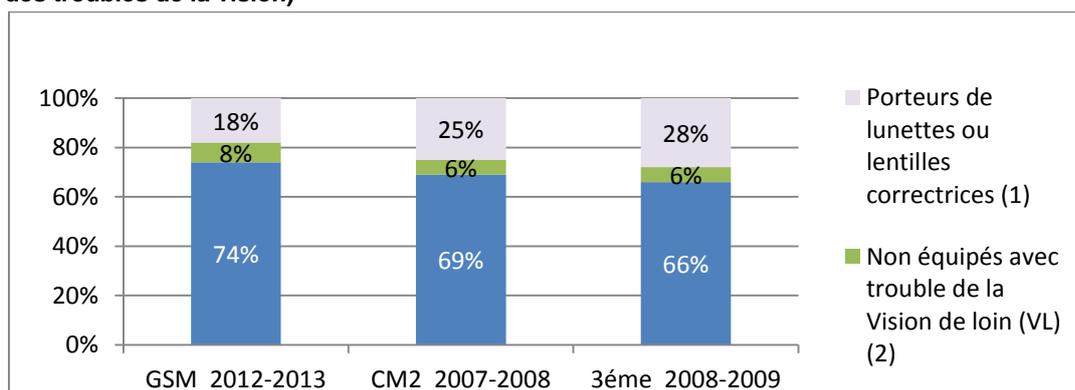
Aussi, par rapport à l'indicateur souhaité, les données de ces enquêtes ne permettent d'estimer qu'une *borne basse* de la prévalence des troubles de la vision chez les enfants et les adolescents²⁶.

En grande section de maternelle, 18 % des enfants portent des lunettes ou lentilles correctrices et 8 % ne portent pas de lunettes ou lentilles correctrices mais présentent un trouble de la vision de loin. On peut donc estimer à 26 % (18+8) *au minimum*, la part d'enfants de grande section de maternelle ayant au moins un trouble de la vision. La proportion réelle tous troubles confondus est probablement un peu plus élevée.

En CM2, 25 % des enfants portent des lunettes ou lentilles correctrices et 6 % ne portent pas de lunettes ou lentilles correctrices mais présentent un trouble de la vision de loin. On peut donc estimer à 31 % (25+6) *au minimum*, la part d'enfants de CM2 ayant au moins un trouble de la vision. La proportion réelle tous troubles confondus est plus élevée.

En classe de 3^e, 28 % des enfants portent des lunettes ou lentilles correctrices et 6 % ne portent pas de lunettes ou lentilles correctrices mais présentent un trouble de la vision de loin. On peut donc estimer à 34 % (28+6) *au minimum*, la part d'enfants de troisième ayant au moins un trouble de la vision. La proportion réelle tous troubles confondus est plus élevée.

Graphique 10 - Proportions d'enfants porteurs de lunettes ou lentilles correctrices / présentant un trouble de la vision de loin mais non porteurs de lunettes ou lentilles correctrices (borne basse des troubles de la vision)



Champ : France entière.

Sources : DREES, enquêtes santé en milieu scolaire (GSM 2012-2013, CM2 2007-2008, 3^e 2008-2009).

²⁶ En effet, l'enquête permet d'approcher les sous-populations (1) et (2) au numérateur, alors qu'estimer la part de la population présentant un trouble de la vision nécessiterait d'approcher les sous-populations (1), (2) et (3).

Part de la population de plus de 15 ans présentant un trouble de la vision corrigé ou non

L'indicateur est calculé à partir de l'édition 2014 de l'enquête santé et protection sociale (ESPS). En sus des questions propres à l'enquête, cette édition a également comporté les questions de l'enquête santé européenne (EHIS). L'enquête ESPS-EHIS 2014 pilotée par la Drees et l'Irdes a été réalisée auprès de 20 738 personnes vivant en ménage ordinaire. Elle est représentative de la France métropolitaine uniquement. 15 338 individus de 15 ans ou plus ont répondu aux questions déclaratives concernant la vision.

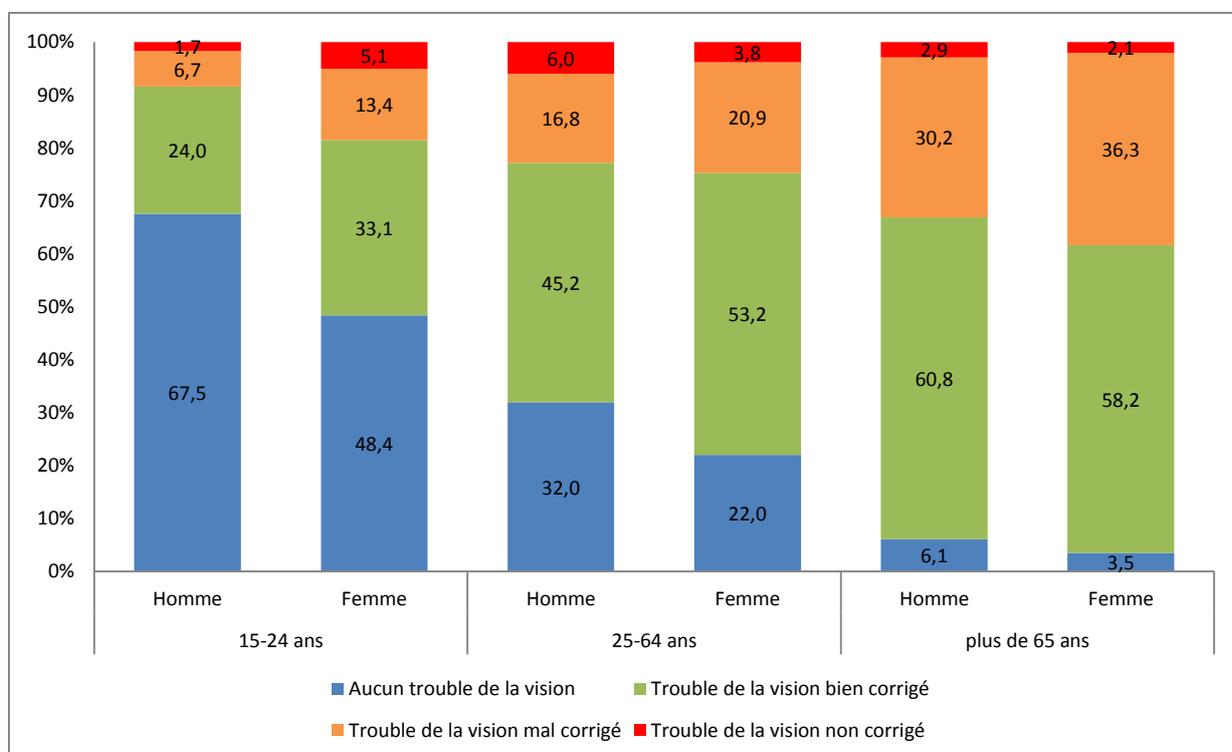
La part des personnes présentant des troubles de la vision est estimée à partir de trois proportions : la part de personnes ayant un trouble de la vision bien corrigé (*i.e.* porteuses de lunettes ou lentilles correctrices mais ne déclarant pas souffrir de troubles de la vision lorsqu'elles portent leur équipement), la part de personnes ayant un trouble de la vision mal corrigé (*i.e.* porteuses de lunettes ou lentilles correctrices et déclarant souffrir de troubles de la vision même lorsqu'elles portent leur équipement) et la part de personnes ayant un trouble de la vision non corrigé (*i.e.* non porteuses de lunettes ou lentilles correctrices et déclarant souffrir de troubles de la vision).

En 2014, 74 % des personnes de plus de 15 ans déclarent avoir des troubles de la vision bien corrigés ou non. Les femmes sont plus touchées que les hommes : 79 % des femmes de plus de 15 ans contre 69 % des hommes de plus 15 ans.

La prévalence des troubles de la vision augmente avec l'âge. Ils sont quasi-systématiques au-delà de 65 ans puisqu'ils concernent 94 % des hommes et 97 % des femmes. Chez les moins de 24 ans, ils sont moins répandus : à ces âges, ils concernent un homme sur trois et une femme sur deux.

L'écart de prévalence femme-homme des troubles de la vision diminue avec l'âge : il est de 19 % chez les moins de 24 ans contre 3 % chez les plus de 65 ans.

Graphique 11 - Part des plus de 15 ans présentant un trouble de la vision



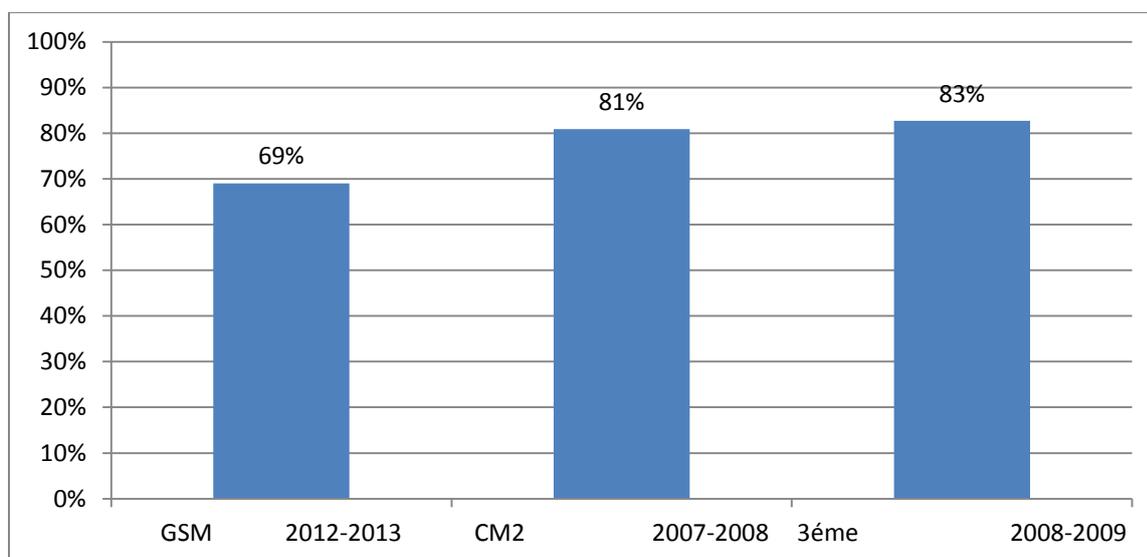
Source : Drees-Irdes, ESPS-EHIS 2014. Calculs Drees.

4. Taux d'équipement optique pour les enfants dépistés « trouble de la vision »

Par rapport à l'indicateur souhaité, les données des enquêtes en milieu scolaire ne permettent d'estimer qu'une *borne haute* du taux d'équipement optique pour les enfants dépistés comme ayant un trouble de la vision²⁷. (voir 4.3.1).

69 % (c'est à dire $[18/(8+18)]$) des élèves de grande section de maternelle ayant un trouble diagnostiqué ou dépisté en vision de loin sont équipés. Ils sont 81 % en CM2 (c'est à dire $[25/(25+6)]$) et 83 % (c'est à dire $[28/(28+6)]$) en classe de 3^e. Ces pourcentages sont des bornes hautes car ils ne prennent en compte que les enfants présentant des troubles de la vision de loin parmi les non équipés (ils considèrent le rapport $1/(1+2)$ au lieu de $1/(1+2+3)$).

Graphique 12 - Proportion d'enfants équipés parmi les enfants ayant des troubles de la vision (borne haute)



Champ : France entière.

Sources : DREES, enquêtes santé en milieu scolaire (GSM 2012-2013, CM2 2007-2008, 3^e 2008-2009).

5. Délais de renouvellement d'un équipement complet

Le renouvellement d'un équipement d'optique varie selon les bénéficiaires. Pour pouvoir calculer le délai entre deux achats d'un équipement optique, il est nécessaire d'avoir des données de panel sur longue période.

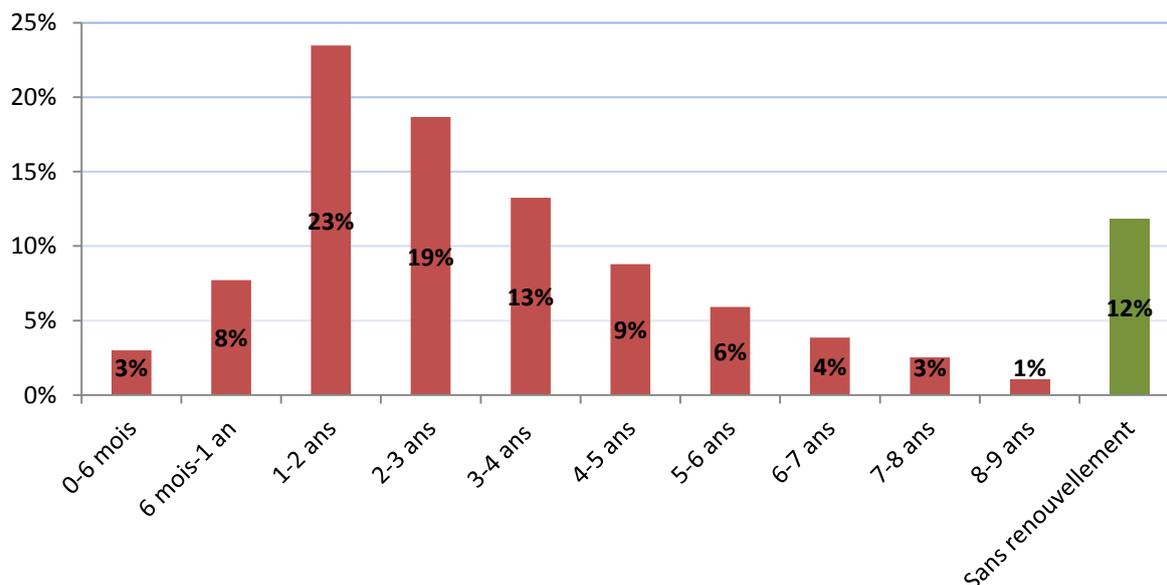
Ici tous les bénéficiaires ayant acheté un équipement complet en 2006 sont suivis jusqu'en 2014 afin de pouvoir calculer le délai entre deux achats de lunettes. Les personnes décédées ou perdues de vue dans cette période sont exclues. Il est à noter qu'il n'est pas pris en compte les renouvellements de verres seuls ou de monture seule.

Les principaux résultats sont (graphique 13 et 14) :

- 88 % des acheteurs d'équipements complets en 2006 ont renouvelé au moins une fois leur équipement entre 2006 et 2014 ;
- 12 % n'ont jamais renouvelé leur équipement sur la période ;
- Le délai de renouvellement moyen des équipements est de 35 mois.
- Les personnes plus âgées renouvellent le plus tardivement leur équipement, en moyenne 3 ans et 8 mois. Pour les 15-60 ans, le renouvellement moyen est stable aux alentours de 3 ans tandis qu'il est inférieur à 2 ans jusqu'à 15 ans.

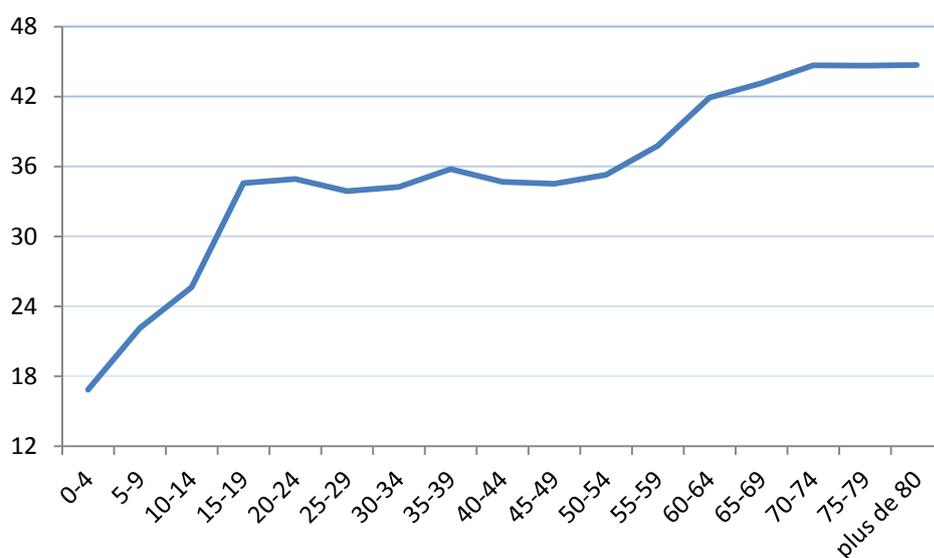
²⁷ En effet, l'enquête permet d'approcher les sous-populations (1) et (2) au numérateur, alors qu'estimer la part de la population présentant un trouble de la vision nécessiterait d'approcher au dénominateur les sous-populations (1), (2) et (3).

Graphique 13 - Répartition des assurés ayant une délivrance d'équipement en 2006 en fonction du délai de renouvellement de cet équipement



Champs : Régime général hors SLM, assurés ayant eu une délivrance d'équipements complets en 2006 ; Personnes décédées et sortie de l'EGB exclues.
Source : Cnamts (EGB).

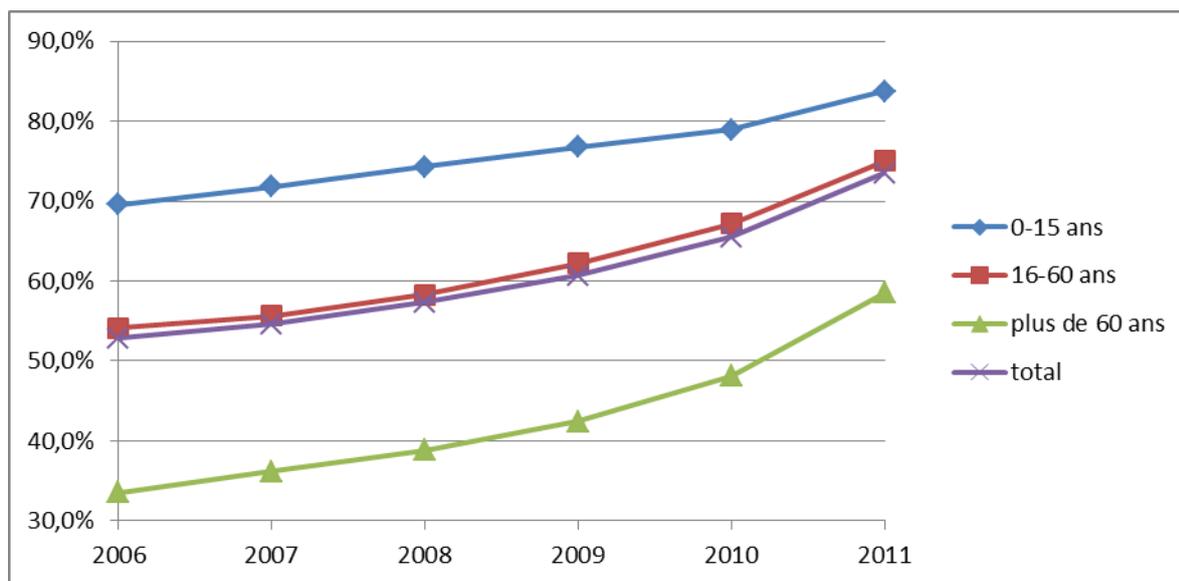
Graphique 14 Délais entre la délivrance et le premier renouvellement par tranche d'âge entre 2006 et 2014 (en mois)



Champs : Régime général hors SLM, assurés ayant eu une délivrance d'équipements complets en 2006 ; Personnes décédées et sorties de l'EGB exclues.
Source : Cnamts (EGB).

Un zoom a été réalisé en complétant avec la part de personnes de l'année (de 2006 à 2011) ayant renouvelé leur équipement dans les 36 mois. On observe une forte augmentation du taux de renouvellement dans les trois ans, quel que soit la catégorie d'âge (+20 % en moyenne entre 2006 et 2011). Il y a une augmentation beaucoup plus marquée entre 2010 et 2011 (+8 % en moyenne), particulièrement chez les plus de 60 ans (+10%).

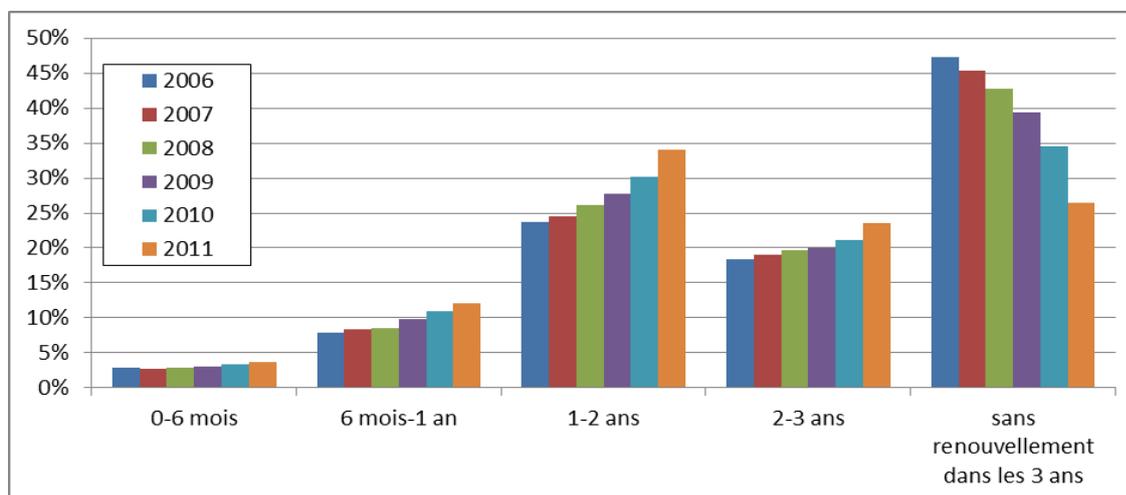
Graphique 15 - Évolution de la part de renouvellement d'un équipement complet dans les 3 ans par catégorie d'âge entre 2006 et 2011



Champs : Régime général hors SLM, assurés ayant eu une délivrance d'équipements complets entre 2006 et 2011 ; Personnes décédées et sortie de l'EGB dans les 3 ans suivant l'année de délivrance d'un équipement complet exclues.
Source : Cnamts (EGB).

Cette augmentation du taux de renouvellement dans les trois ans est principalement due à l'augmentation des renouvellements entre un et deux ans (+10 % entre 2006 et 2011). L'augmentation est tout de même marquée pour les renouvellements entre 6 mois et 1 an (+4 %) et entre 2 ans et 3 ans (+5 %).

Graphique 16 - Zoom sur la répartition des assurés ayant une délivrance d'équipement en fonction du délai de renouvellement de cet équipement et suivant les années



Champs : Régime général hors SLM, assurés ayant eu une délivrance d'équipements complets entre 2006 et 2011 ; Personnes décédées et sortie de l'EGB dans les 3 ans suivant l'année de délivrance d'un équipement complet exclues.
Source : Cnamts (EGB).

6. Renouvellements de verres correcteurs réalisés par les opticiens

Depuis 2007, afin de favoriser l'accès aux soins, les textes en vigueur consacrent la compétence des opticiens pour renouveler les verres correcteurs sur la base d'une prescription antérieure ayant déjà donné lieu à une première exécution. Sous l'empire de deux décrets du 13 avril 2007, cette antériorité était fixée à 3 ans maximum. Seuls les patients de plus de 16 ans étaient concernés. Le décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 (JO du 16.10.16) a remanié cette règle temporelle en distinguant

des classes d'âge : 1 an pour les patients de moins de 16 ans, 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans, 3 ans pour les patients de plus de 42 ans.

L'opticien peut modifier la correction de la prescription initiale (renouvellement avec adaptation). Toutefois, la première attribution de verres progressifs à un patient initialement doté de verres unifocaux ne peut pas relever de ce droit de renouvellement reconnu aux opticiens.

Ces renouvellements peuvent tous être présentés au remboursement (Art. R.165-2 CSS).

Afin de suivre l'exercice de cette compétence par la profession, la Cnamts a créé deux codes prestations spécifiques : RI (renouvellement à l'identique) et RA (renouvellement avec adaptation). Mais ces codes prestations ont été opérationnels avec un important retard et leur saisie est irrégulière dans la pratique. Leur utilisation sera imposée dans le cadre d'un futur dispositif conventionnel.

Afin d'avoir des données significatives sur la proportion des équipements remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (tous régimes) ayant fait l'objet de l'exercice du droit de renouvellement des opticiens par rapport à l'ensemble des équipements délivrés, la CNAMTS a donc effectué une requête à partir de la totalité des prescriptions d'un semestre offrant la profondeur suffisante (S1 2013).

Un taux de 10,2 % ressort, ce qui se situe dans le bas de la fourchette des projections envisagées en 2007 (entre 10 et 15 %) par la CNAMTS qui était à l'initiative de la réforme alors promue, cf.10.

Tableau 17 - Proportion des renouvellements à l'initiative des opticiens sur prescription de moins de 3 ans

	Volumes	Taux
	à partir de prescriptions du 1 ^{er} semestre 2013	
1^{er} équipement délivré	5 157 409	89,80%
1 renouvellement par opticiens	568 907	8,90%
2 renouvellements par opticiens	78 476	1,20%
3 et plus de 3 renouvellements par opticiens	5 866	0,10%
Total équipements délivrés	6 410 658	100%
Total renouvellements opticiens	653 249	10,20%

Champ : Tous régimes, France entière.

Source : Cnamts (Sniiram).

Tableau 18 - Répartition des renouvellements à l'identique et avec adaptation (données partielles)

	Volumes identifiés	Taux
Renouvellements à l'identique	17 496	73,70%
Renouvellements avec adaptation	6 255	26,30%

Champ : Tous régimes, France entière.

Source : Cnamts (Sniiram).

E. Filière (production et distribution)

Au 1^{er} janvier 2016, on recense en France 34 370 opticiens lunetiers en activité, tous statuts, modes d'exercice et secteurs d'activité confondus²⁸.

Parmi eux, on compte 73 % de salariés et 27 % de non salariés. Le taux de féminisation est de 55 %. L'âge moyen de la profession est de 37 ans.

1. Effectifs des opticiens-lunetiers

Tableau 19 - Effectifs des opticiens-lunetiers par mode d'exercice et sexe

	Homme	Femme	Ensemble	
Mode d'exercice				
Non salarié	5 726	3 495	9 221	27 %
Salarié	9 767	15 382	25 149	73 %
Ensemble	15 493	18 877	34 370	100 %
	45 %	55 %	100 %	

Champ : France entière, ensemble des professionnels en activité au 1^{er} janvier 2016.

Source : DREES, Adeli.

Les évolutions sur les années récentes montrent une croissance importante des effectifs, avec une hausse de 63 % entre 2010 et 2016, soit un taux de croissance annuel moyen de 8,5 %. Elle se concentre sur les salariés (9,8 %) plus que sur les libéraux ou mixtes (5,5 %).

Tableau 20 - Évolution des effectifs d'opticiens lunetiers entre 2010 et 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Taux de croissance 2010-2016	Taux de croissance annuel moyen
Mode d'exercice									
Non salarié	6 674	7 171	7 554	7 895	8 363	8 893	9 221	38 %	5.5 %
Salarié	14 381	16 504	17 456	19 445	20 694	23 352	25 149	75%	9.8 %
Ensemble	21 055	23 675	25 010	27 340	29 057	32 245	34 370	63%	8,5%

Champ : France entière, ensemble des professionnels en activité au 1^{er} janvier.

Source : DREES, Adeli.

²⁸ Ces chiffres sur les effectifs d'opticiens-lunetiers sont produits à partir du répertoire Adeli qui répertorie les professionnels de santé (salariés ou non). Ils diffèrent donc des chiffres de l'INSEE sur les seuls salariés du secteur de l'optique, ces deux notions ne se recouvrant pas totalement (les salariés du secteur de l'optique ne sont pas tous des professionnels de santé ; la sélection se faisant sur le secteur d'activité des établissements). Compte tenu des écarts de champ entre les sources, les écarts de taux de croissance ne paraissent pas surprenants, et peuvent probablement s'interpréter par une professionnalisation croissante des salariés de l'optique, qui sont de plus en plus fréquemment des professionnels de santé.

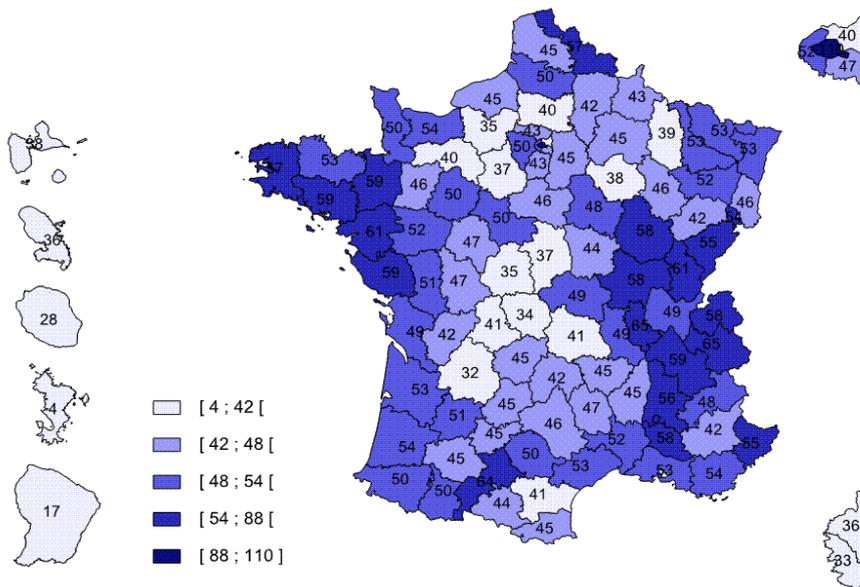
Au 1^{er} janvier 2016, la densité d'opticiens en France (tous modes d'exercice confondus) est de 52 opticiens²⁹ pour 100 000 habitants (figure 3).

La densité la plus forte est observée dans le département de Paris intra muros (110 pour 100 000 habitants), ce qui correspond à une densité de plus du double de la moyenne nationale. À un niveau sensiblement inférieur, on trouve les départements du Rhône et de la Savoie (65 pour 100 000 habitants, soit 25 % au dessus de la moyenne nationale), de la Haute-Garonne (64 pour 100 000 habitants), du Jura et de la Loire Atlantique (61 pour 100 000 habitants). À l'opposé, les départements qui présentent les densités les plus faibles sont en outremer : Mayotte avec une densité de 4 pour 100 000 habitants, la Guyane avec une densité de 17 pour 100 000 habitants, et La Réunion avec une densité de 28 opticiens pour 100 000 habitants. En métropole, c'est en Dordogne, Corse du Sud, Creuse, Eure et Indre que les densités sont les plus faibles (de 32 à 35 opticiens pour 100 000 habitants, soit 32 à 38 % au dessous de la moyenne nationale).

Entre 2010 et 2016, la densité des opticiens a augmenté de 58 % au niveau national (figure 4). Les évolutions sont toutes positives et varient entre +33 % et +129 % selon les départements. Les départements dont le taux d'évolution de la densité est le plus fort sont la Guadeloupe (+129 %), le Puy de Dôme (+112 %), la Gironde (+106 %) et l'Ariège (+95 %). Les départements pour lesquels on enregistre les croissances les plus faibles sont l'Indre (+33 %), la Vienne (+36 %), La Réunion (37 %) et la Seine-et-Marne (+40 %). Le département de Paris qui présente par ailleurs la densité la plus forte enregistre un taux d'évolution pour cette période de +52 %, légèrement inférieur à la moyenne nationale.

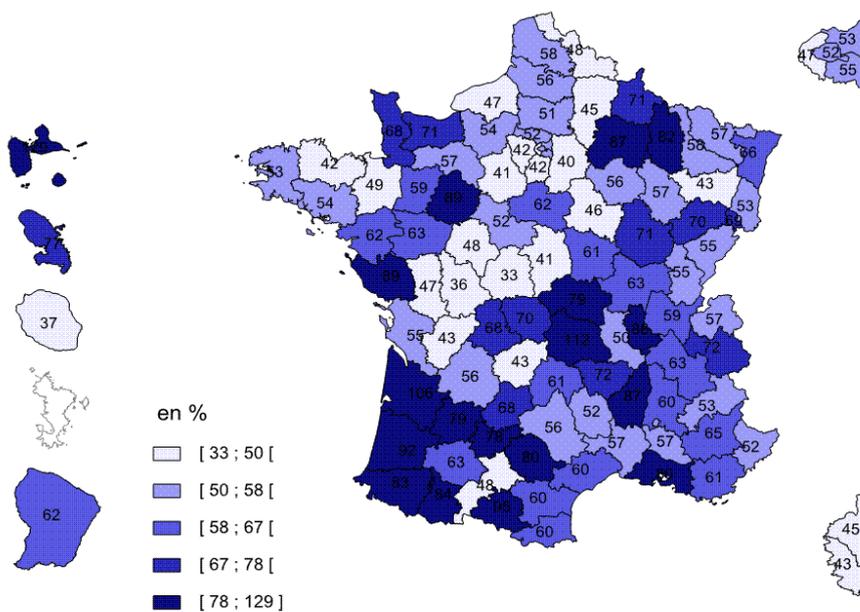
²⁹ Opticiens ayant fait enregistrer leur diplôme dans le répertoire Adeli, actifs au 01/01/2016 et tous modes d'exercice confondus. Les opticiens peuvent exercer en tant qu'indépendants, artisans, commerçants, ou bien en tant que salariés.

Figure 3 - Nombre d'opticiens-lunetiers pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2016, par département



Champ : France entière, opticiens-lunetiers (libéraux et salariés).
Sources : Drees, répertoire Adeli et Insee, estimations localisées de population 2015.

Figure 4 - Taux de croissance 2010-2016 des opticiens-lunetiers par département

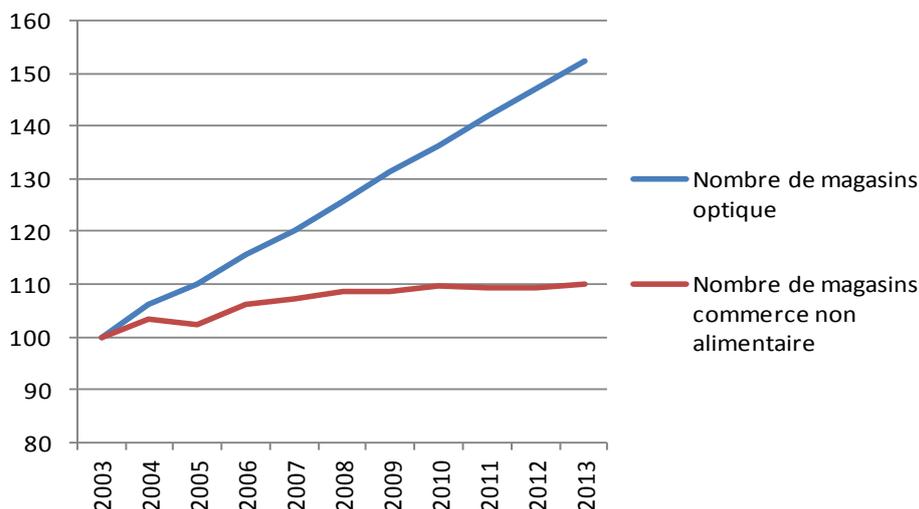


Lecture : La densité d'opticiens à Paris a augmenté de 52 % entre 2010 et 2016.
Champ : Opticiens-lunetiers (libéraux et salariés).
Sources : Drees, répertoire Adeli et Insee, estimations localisées de population 2015.

2. Dénombrement des établissements de commerce de détail d'optique

Entre 2003 et 2013, le nombre de points de vente d'optique est passé de 8 300 à 12 700, soit une augmentation moyenne de 4,3 % par an, plus de deux fois plus que l'ensemble du commerce de détail (2,1 %).

Graphique 15 - Évolution du nombre de magasins d'optique comparativement au nombre de magasins de commerce non alimentaire entre 2003 et 2013 (indice base 100 2003)



Champ : Établissements du commerce de détail (France entière).
Sources : INSEE, Ficus 2003-2007, Esane-Fare 2008-2013, REE (Sirène).

Rapportés à la population, cette progression est également plus rapide : le nombre de points de vente est passé entre 2003 et 2013 de 1,3 pour 10 000 habitants à 1,9. Déclinée par type de commune, la progression s'observe sur l'ensemble du territoire mais de manière plus marquée dans les centres-villes et les communes urbaines que dans les communes de banlieue et les communes rurales.

	2003	2013
Ensemble	1,3	1,9
Type de commune		
Banlieue	1,1	1,7
Ville-centre	2,2	3,1
Commune urbaine isolée	1,7	2,6
Commune rurale	0,1	0,3
Taille de l'aire urbaine		
Hors aire urbaine	0,5	0,8
Aire urbaine < 50 000 habitants	2,2	3,2
Aire urbaine 50 000 - 199 999 habitants	1,3	1,9
Aire urbaine 200 000 - 499 999 habitants	1,2	1,8
Aire urbaine >= 500 000 habitants	1,4	1,9
Aire urbaine de Paris	1,5	2,1

Lecture : il y a en moyenne 1,9 opticien pour 10 000 habitants en France en 2013 contre 1,3 en 2003.

Champ : France entière.

Source : Insee, Ficus 2003-2007, Esane 2008-2013, REE (Sirène), DADS 2003-2013, RP 1999, 2006 et 2011.

NB : Les statistiques présentées ici sur les points de vente s'appuient sur des données d'établissements et incluent à ce titre les opticiens mutualistes.

3. Données 2013 sur les entreprises du commerce de détail d'optique

Les établissements de commerce de détail d'optique emploient 36 000 salariés pour un nombre de points de vente s'élevant à 12 700, soit une moyenne de 2,9 salariés par point de vente.

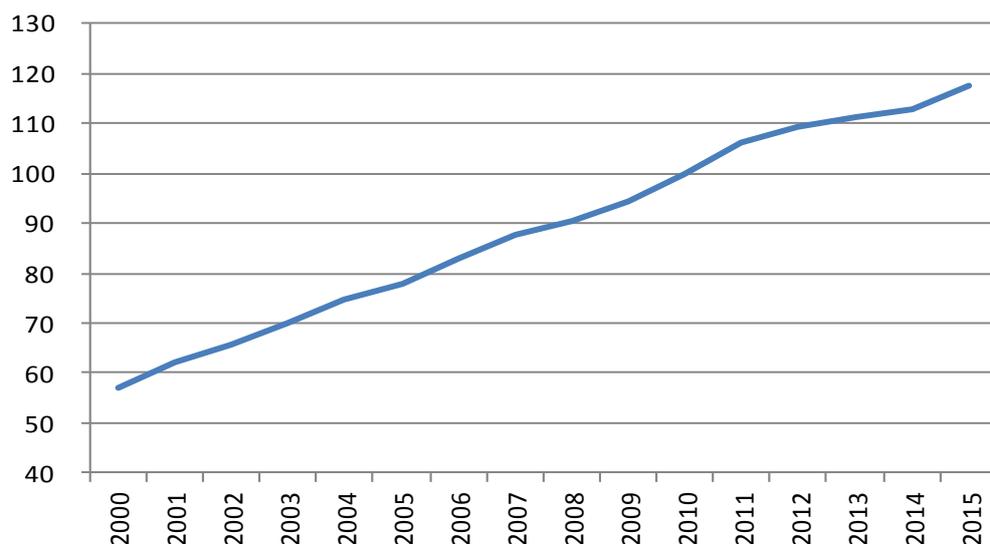
Le chiffre d'affaires du secteur de l'optique a atteint 5,8 Md€ en 2013.

Le niveau médian du taux de valeur ajoutée (*i.e.* la valeur ajoutée hors taxes rapportée à ce chiffre d'affaires) est de 39 %, tandis que la valeur médiane du taux de marge d'exploitation, rapportant l'excédent brut d'exploitation à la valeur hors taxes, atteint 30 %.

Les données présentées ici reposent sur des données d'établissements pour les salariés et les points de vente et incluent donc les opticiens mutualistes. En revanche, les données de chiffres d'affaires, de valeur ajoutée et d'excédent brut d'exploitation proviennent des déclarations au niveau des entreprises dont l'activité principale est le commerce de détail d'optique, les opticiens mutualistes n'en font donc pas partie. L'INSEE indique ainsi dans sa publication que 7 % des points de vente d'optique, représentant 11 % de l'emploi salarié, appartiennent à une entreprise d'un autre secteur, notamment les mutuelles d'assurance.

4. Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur du commerce de détail en volume

Graphique 16 - Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur du commerce de détail en volume, indice 100 en 2010



Champ : Commerce de détail d'optique (NAF rév. 2, niv. sous-classe poste 47.78A) [France entière].

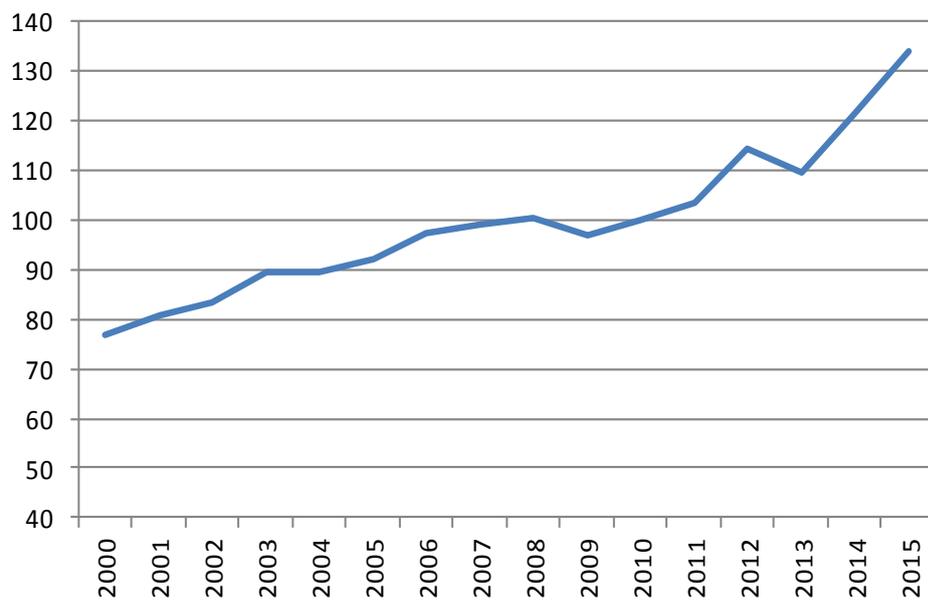
Source : INSEE, BDM, Indice de chiffre d'affaires en volume, base 100 en 2010

Après avoir évolué en moyenne aux alentours de 5 % par an entre 2005 et 2011, le volume de vente d'optique s'est infléchi à compter de 2012 à 3,0 %, puis 2,1 % en 2013 et +1,4 % en 2014. Le rythme a réaugmenté en 2015 pour atteindre +4,0 %. Ces données reposent sur les déclarations de chiffre d'affaires des entreprises et excluent donc les établissements dont l'entreprise n'a pas pour activité principale le commerce de détail d'optique, les opticiens mutualistes ne sont donc a priori pas intégrés dans cet indicateur.

5. Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur de fabrication des lunettes en valeur

Après avoir évolué en moyenne aux alentours de 2 % par an entre 2005 et 2011, l'indice en valeur de la fabrication de lunettes a progressé en moyenne de 7 % par an entre 2011 et 2015.

Graphique 17 - Indice de chiffres d'affaires (ICA) du secteur de fabrication des lunettes en valeur



Champ : Fabrication de lunettes (NAF rév. 2, niveau sous-classe, poste 32.50B) [France entière].

Source : INSEE, BDM, Indice de chiffre d'affaires en valeur – Marché intérieur et export, base 100 en 2010.

III. ANNEXES

Annexe1 - Mesures législatives et réglementaires adoptées entre 2012 et 2016 sur le champ de l'optique

De nombreuses mesures ont été prises entre 2013 et 2016 sur le champ de l'optique qui ont visé pour l'essentiel à encadrer les prix d'une part et à améliorer le financement de l'optique à travers la généralisation de la complémentaire santé d'autre part.

I- Encadrer les prix

- L'article L. 4362-10-1 du code de la santé publique issu de l'article 39 de la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation, légifère sur les conditions de vente en ligne des produits d'optique dont les modalités d'application ont été fixées par le décret du 2 octobre 2015. Ainsi, l'article R4362-14 du code de la santé publique fixe les mentions et les informations devant figurer sur le site internet.
- Les réseaux de soins ont été étendus à l'ensemble des organismes complémentaires par la loi du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé. Un premier bilan des actions engagées et de l'impact des réseaux de soins tant sur les professionnels que sur les patients est en cours d'élaboration par l'IGAS. Ce rapport devra permettre d'établir un bilan et une évaluation des conventions instituant des réseaux de soins et de préciser les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.
- L'article 44 de la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques prévoit de modifier le contenu des devis optique, dont l'obligation relevait auparavant exclusivement du code de la consommation. L'application de l'article L. 165-9 du code de la Sécurité sociale aux devis optiques vise à la définition d'un devis normalisé plus détaillé et à l'amélioration de l'information du consommateur sur l'identification et la traçabilité des produits d'optique lunetterie. L'article L.165-9-1 vise, en outre, à rendre la procédure de contrôle de ces devis plus effective et cohérente avec les autres contrôles réalisés par les services de la DGCCRF. Les arrêtés sont à paraître. Dans l'attente, l'obligation de remise d'un devis détaillé en optique médicale relève toujours de la définition de l'arrêté du 23 juillet 1996.
- L'article 85 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la fixation de tarifs maximums pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Le texte prévoit dans un premier temps, que les partenaires conventionnels se voient confier le pouvoir de fixer les tarifs maxima applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens concernés. En cas de silence de la convention, ces tarifs seront fixés par arrêté.

II- Amélioration de la couverture complémentaire des assurés

- Les obligations des contrats responsables ont été redéfinies à travers la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Des garanties minimales ont été mises en place pour l'ensemble des souscripteurs de contrats responsables (prise en charge du ticket modérateur, planchers de garanties en cas de prise en charge au-delà du ticket modérateur) et des plafonds de prise en charge ont été instaurés. Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour

l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans (cette restriction sur la fréquence de renouvellement ne concerne cependant ni les mineurs ni les patients dont la vue évolue au cours de cette période.)

- L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé par l'article 1^{er} de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, a généralisé la complémentaire d'entreprise et fait bénéficier les salariés adhérents à un contrat d'entreprise de garanties optiques planchers supérieures à celles définies dans les contrats responsables. Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale précise ce panier de garanties.

Tableau - Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements optiques (verres et monture)

	Contrats responsables	ANI
Verres Simples (verres simple foyer -6 ; +6 et cylindre ≤ 4)	TM Ou Min 50 €* Max 470 €* dont 150 € maximum pour la monture	Min 100 €* Max cf. contrat responsable
Verres Complexes (verres simple foyer hors zone -6 ; +6 ou cylindre ≥ 4 ; verres multifocaux et progressifs)	TM Ou Min 200 €* Max 750 €* dont 150 € maximum pour la monture	Min 200 €* Max cf. contrat responsable
Verres très complexes	TM Ou Min 200 €* Max 850 €* dont 150 € maximum pour la monture	Min 200 €* Max cf. contrat responsable

*dont ticket modérateur.

- Le panier de soins de la CMU-C, revalorisé précédemment en 2002, a été renforcé en optique par arrêté du 21 mai 2014 afin de prendre en charge l'amincissement des verres, nécessité par de fortes corrections. L'ACS, quant à elle, a fait l'objet d'une réforme en profondeur (article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014) visant à sélectionner au moyen d'une mise en concurrence et sur la base du meilleur rapport qualité-prix les contrats de complémentaire santé pouvant être souscrits par les bénéficiaires de cette aide. Le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 définit ainsi trois niveaux de garanties (A, B et C) que doivent proposer les organismes sélectionnés. Ces organismes doivent donc a minima, et dans le respect des critères des contrats responsables, proposer des contrats offrant respectivement pour les paniers de soins B et C une couverture de 100 € et 150 € pour des verres simples, de 200 € et 350 € pour des verres complexes et de 100 € pour les lentilles.

- Les contrats labellisés pour les personnes de 65 ans et plus, créés par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, devront proposer une nouvelle offre de contrats complémentaires santé à ces assurés, répondant à leurs besoins en santé, notamment en matière d'optique.
- L'article 64 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation dispose que les organismes qui commercialisent des contrats d'assurance complémentaire en matière de santé doivent faire figurer dans leurs documents de communication les conditions de prise en charge, de façon simple et normalisée, notamment pour les frais d'optique.

Annexe 2 - Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

Le 30 novembre 2016

JORF n°0267 du 19 novembre 2014

Texte n°22

Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

NOR: AFSS1420950D

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/AFSS1420950D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/2014-1374/jo/texte>

Publics concernés : organismes d'assurance maladie complémentaire et leurs assurés.

Objet : détermination des règles que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées au dispositif des « contrats responsables ».

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur à compter du 1er avril 2015 à l'exception des contrats collectifs et obligatoires pour lesquels la modification devra intervenir lors de la première modification de l'acte qui les institue et au plus tard le 31 décembre 2017.

Notice : le présent décret définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Il précise donc le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Ainsi, ces contrats devront obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 125 % du tarif de la sécurité sociale dans un premier temps puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017 et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Enfin, il est créé un Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale afin de suivre précisément l'évolution de ce secteur et de s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 863-1 et L. 871-1 ;

Vu la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifiée par la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, notamment son article 56 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 18 septembre 2014 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 19 septembre 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au 1° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 161-36-2 est remplacée par la référence à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

Article 2

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 871-2.-Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

« 1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

« 2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

« 3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

« a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

« b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

« d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

« e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

« f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

« Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

« Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

« 4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée. »

Article 3

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale un Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.

Cet Observatoire est chargé d'analyser les prix de vente, les caractéristiques et la qualité des équipements d'optique et leur niveau de couverture par les contrats complémentaires en santé. Il évalue les évolutions du marché des équipements d'optique, de l'accès des assurés à ces équipements et de la filière dans laquelle s'inscrivent leur production et leur distribution. Il remet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant, le cas échéant, des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats d'assurance complémentaire.

L'Observatoire comprend des représentants :

1. Des services des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministère chargé de l'économie et de l'industrie ;
2. De l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
3. Des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
4. Des distributeurs de dispositifs médicaux d'optique ;
5. Des fabricants de dispositifs médicaux d'optique ;
6. Des assurés.

La composition et les règles de fonctionnement de l'Observatoire sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 4

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 modifiée.

Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa

rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 3, le premier rapport de l'Observatoire mentionné au premier alinéa du même article est remis au plus tard le 30 juin 2016.

Article 5

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'État chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 18 novembre 2014.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Marisol Touraine

Le ministre des finances et des comptes publics,
Michel Sapin

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,
Christian Eckert

Annexe 3 - Arrêté du 18 février 2016 relatif à la composition et aux règles de fonctionnement de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale

Le 30 novembre 2016

JORF n°0055 du 5 mars 2016

Texte n°8

Arrêté du 18 février 2016 relatif à la composition et aux règles de fonctionnement de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale

NOR: AFSS1603867A

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/2/18/AFSS1603867A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé du budget,

Vu l'article 3 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales,

Arrêtent :

Article 1

La présidence de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale prévu à l'article 3 du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales est assurée par le directeur de la sécurité sociale ou son représentant.

Outre son président, l'Observatoire comprend les membres suivants :

- 1° Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;
- 2° Le directeur général du Trésor ou son représentant ;
- 3° Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant ;
- 4° Le président de la Fédération nationale de la mutualité française ou son représentant ;
- 5° Le président de la Fédération française des sociétés d'assurance ou son représentant ;
- 6° Le président du Centre technique des institutions de prévoyance ou son représentant ;
- 7° Le président de la Fédération nationale des opticiens de France ou son représentant ;
- 8° Le président du Syndicat des opticiens entrepreneurs ou son représentant ;
- 9° Le président de l'Union des opticiens ou son représentant ;
- 10° Le président du Syndicat national des centres d'optique mutualistes ou son représentant ;

11° Le président du Groupement des industriels et fabricants de l'optique ou son représentant ;

12° Le président du collectif interassociatif sur la santé ou son représentant.

Article 2

L'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale se réunit, sur convocation de son président, au minimum une fois par an.

Le secrétariat de l'Observatoire est assuré par la direction de la sécurité sociale.

L'ordre du jour des séances est fixé par le président et inclut toute question dont l'inscription est demandée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le président de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale peut prévoir l'audition de tout expert dont la consultation lui paraît utile.

Article 3

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 18 février 2016.

La ministre des affaires sociales, et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. Fatome

Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,

F. Von Lennep

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. Fatome

Annexe 4 - Sources

Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS-EHIS)

L'enquête Santé et Protection Sociale est réalisée tous les deux ans par l'Irdes. En 2014, environ 27 000 individus ont été interrogés. La population de l'enquête ESPS est représentative des ménages ordinaires dont au moins un membre est couvert par l'un des principaux régimes de sécurité sociale (Cnamts, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative d'environ 95 % de la population française métropolitaine.

Les questions qui servent à estimer le renoncement aux soins n'ont été posées qu'à 10 000 individus. Les taux calculés à partir des éditions 2012 et 2014 de l'enquête sont comparables car les formulations des questions sont restées identiques.

Les indicateurs de renoncement aux soins concernant les bénéficiaires de la CMU-C d'une part et les détenteurs d'une couverture complémentaire privée d'autre part sont standardisées suivant la structure par âge et sexe de la population métropolitaine. Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus souvent des femmes et sont nettement plus jeunes que les autres assurés. Or, l'âge et le sexe sont des déterminants importants du renoncement aux soins. La comparaison des taux de renoncement est donc améliorée en considérant seulement les personnes âgées de 18 à 64 ans et en standardisant les taux de renoncement sur une structure par âge et sexe identique pour les deux sous-populations. Cette standardisation est effectuée en repondérant chaque individu afin que la structure par âge et par sexe globale soit égale à celle de la population métropolitaine (calage sur les données du recensement de la population).

Les questions exploitées pour mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières sont les suivantes :

- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à une consultation de médecin pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins dentaires pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens pour des raisons financières ? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des lunettes, verres, montures, lentilles pour des raisons financières ? »

D'autres questions sont posées pour estimer le non recours pour d'autres raisons (« parce que le cabinet était trop éloigné ou parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre », « parce que le délai pour un rendez-vous était trop long ») mais la spécialité est renseignée en clair. Pour l'ensemble des soins, les raisons financières sont la première raison de renoncement.

Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire

Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont le fruit d'un **partenariat entre la Drees et l'Éducation nationale**, elles sont pilotées par la DREES et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999, alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle, de cours moyen 2^{ème} année et des classes de troisième.

Objet d'une refonte en 2010, les enquêtes ont une **périodicité biennale** depuis cette date. Une enquête tous les deux ans revient à enquêter un niveau scolaire tous les 6 ans. Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé des jeunes enfants et des adolescents.

La **methodologie** est identique pour chacun des niveaux enquêtés, seule la taille de l'échantillon diffère, les thématiques abordées peuvent varier en fonction des problématiques propres à chaque niveau scolaire. Le recueil des données est multi-sources.

Selon les modules, les questionnaires sont renseignés à partir des données cliniques issues de l'examen de santé (poids taille mesurés, examen visuel et auditif, examen bucco dentaire), de l'entretien avec les parents³⁰ (en

³⁰ En grande section de maternelle, les parents sont conviés et présents dans 95 % des cas.

GSM) ou avec l'enfant (CM2 et 3^{ème}). Le module sur la couverture vaccinale est renseigné à partir du carnet de santé de l'enfant.

L'enquête auprès des élèves de grande section de maternelle est adossée au bilan de santé obligatoire avant l'entrée à l'école primaire (dit « bilan de la sixième année »), ce qui permet d'enquêter un **échantillon** d'environ 30 000 enfants et d'avoir une représentativité régionale. Pour les enquêtes auprès des élèves de CM2 et de 3^e, un examen de santé est organisé spécifiquement pour l'enquête, ainsi pour chaque niveau la taille de l'échantillon est d'environ 10 000 élèves, ce qui lui confère une représentativité nationale. Les établissements relevant de l'éducation prioritaire y sont surreprésentés afin de pouvoir mener des analyses sur cette sous-population.

L'échantillon est fourni par l'éducation nationale (DEPP) et repose sur un plan de sondage à deux degrés, le 1^{er} consistant à tirer au sort des écoles / collèges publiques et privées (sous contrat d'association avec l'éducation nationale) de France métropolitain et des DOM (y compris Mayotte), les personnels de santé de l'éducation nationale étant ensuite chargés de sélectionner au hasard un maximum de 10 élèves selon une procédure détaillée dans la circulaire de l'enquête.

Les thématiques du questionnaire principal sont, pour la plupart, les mêmes d'une enquête à l'autre, avec quelques adaptations selon le niveau scolaire.

- les troubles staturo-pondéraux (surpoids / obésité) en relation avec l'activité physique, les activités sédentaires et les habitudes alimentaires,
- le dépistage des troubles sensoriels (vision, audition),
- la santé bucco-dentaire,
- la santé respiratoire (asthme),
- le savoir nager,
- les accidents de la vie courante,
- la couverture vaccinale.

Pour l'édition 2016-2017 de l'enquête 3^{ème}, un auto-questionnaire renseigné par l'adolescent lui a été adjoint. Les questionnements portent sur sa consommation de tabac, d'alcool, de drogue, sur l'automutilation, sur les agressions verbales et physiques et sur le suicide. Il est invité à évoquer ces sujets, s'il le souhaite, avec le professionnel de santé enquêteur.

Les premiers résultats des enquêtes sont disponibles en N+2. La prochaine édition concernera les élèves de grande section de maternelle et sera réalisée au cours de l'année scolaire 2018-2019.

Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

Pour mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la DREES a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles et qui s'est ensuite étendue aux institutions de prévoyance puis aux sociétés d'assurance. L'enquête a pour objet de mieux connaître l'activité des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, la population qu'elles couvrent et les garanties qu'elles offrent.

L'enquête est menée conjointement et annuellement depuis 2002 auprès des trois types d'organismes complémentaires : mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances. Elle porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les DOM.

L'enquête interroge les organismes complémentaires de manière à décrire aussi complètement que possible le « cœur » du marché, en demandant aux organismes interrogés de répondre à des questions portant sur les trois premiers contrats individuels les plus souscrits et les trois contrats collectifs les plus souscrits, aussi appelés « contrats modaux ».

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors champ de l'enquête.

En 2013, la représentativité des contrats modaux (entendue comme la part des personnes couvertes par les contrats modaux parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé) est de 57 % sur le champ des contrats individuels et de 27 % environ sur le champ des contrats collectifs. La représentativité des contrats modaux collectifs est plus faible que celle des contrats modaux individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des

contrats sur mesure. Depuis 2006, la représentativité des contrats modaux est relativement stable : en 2006, elle était de 62 % en individuel et de 22 % en collectif.

Comptes nationaux de la santé

Ils fournissent, chaque année, le montant des dépenses de soins et de biens médicaux des Français, et leur répartition entre différentes catégories de soins. Ils donnent aussi la ventilation de leur financement : assurance-maladie, État, organismes complémentaires et ménages. Utilisés pour l'élaboration des Comptes de la santé dans les instances internationales (OCDE, Eurostat), ces comptes permettent d'établir des comparaisons internationales.

Répertoire Adeli

Le répertoire Adeli recense tous les professionnels de santé réglementés (hors professions médicales intégrées depuis 2012 au RPPS), qui ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme auprès de l'Agence régionale de santé (ARS).

Il comprend les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers), les métiers de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens), les métiers de l'appareillage médical (audioprothésistes, opticiens-lunetiers, orthoprothésistes, podo-orthésistes, orthopédistes-orthésistes, ocularistes, épithésistes), les métiers médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire), les titulaires de titres (ostéopathes, chiropracteurs, psychothérapeutes), les psychologues. Les assistants de service social y sont également recensés. Il constitue l'unique source dénombrant l'exhaustivité de ces professionnels en activité en France, ainsi que leurs caractéristiques professionnelles.

Ses missions et objectifs sont précisés par l'arrêté du 8 juillet 2012 encadrant le répertoire ADELI (Mise en place d'un traitement de données à caractère personnel dénommé Adeli, de gestion de l'enregistrement et des listes départementales de certaines professions et usagers de titres professionnels).

Annexe 5 - Propositions d'indicateurs supplémentaires

Les membres de l'Observatoire ont exprimé leur souhait de voir insérer dans les futurs rapports de nouveaux indicateurs, aujourd'hui indisponibles.

Si certains indicateurs, qui relèvent pour l'essentiel du retraitement de données existantes, pourront être insérés dès l'an prochain, d'autres sont énumérés ici à titre prospectif. Les demandes d'indicateurs nouveaux, de données non disponibles à ce jour voire de nouveaux objets d'études mais aussi de déclinaisons supplémentaires d'indicateurs existants ou de modulation de la fréquence de certains indicateurs nécessitent en effet tant des travaux d'ampleur que des échanges au sein de l'Observatoire, similaires à ceux menés cette année pour déterminer les données recensées dans le présent rapport.

Indicateurs qui pourront être insérés dès l'an prochain :

- part des bénéficiaires dont le contrat de complémentaire santé couvre, en optique, exclusivement le ticket modérateur ;
- distribution des prix des lunettes et des garanties des organismes complémentaires, selon le type d'équipement en 2006 (déclinaison du tableau 13) ;
- délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue (sous réserve de la qualité des données, non encore connue) ;
- part des remboursements de l'optique dans le total des remboursements de soins des OC en 2014.

Indicateurs/objets d'études supplémentaires demandés en séance :

- prix de vente par type d'équipement pour les bénéficiaires de l'ACS selon les contrats A/B/C ;
- périodicité annuelle de l'enquête menée auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé ;
- garanties versées en application des garanties des contrats complémentaire santé ;
- données relatives aux réseaux (nombre de réseaux, nombre de professionnels dans chaque réseau, impact sur les prix, etc.) ;
- renoncement aux soins des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et des personnes de plus de 65 ans ;
- comparaisons internationales en matière de densité d'opticiens ;
- évolution des primes de contrat de complémentaire santé au regard des prestations versées ;
- taux de chômage des opticiens ;
- part des équipements vendus sur internet ;
- taux de renoncement aux soins pour raisons autres que financières.

Rapport
2016

Observatoire des prix
et de la prise en charge
en optique médicale

