

Si la quasi-totalité des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent de garanties de remboursement pour l'optique correctrice en 2021, le niveau de ces garanties peut beaucoup varier d'un contrat à un autre, les contrats collectifs garantissant en moyenne de meilleures prises en charge. À partir de 2020, la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé en optique instaure des prix limites de vente et impose de nouveaux planchers et plafonds de garanties. Ainsi, entre 2019 et 2021, les garanties des contrats les plus couvrants diminuent pour les biens du panier de tarification libre, tandis qu'elles augmentent pour une minorité de bénéficiaires en raison de l'existence d'un panier 100 % santé. Les garanties de remboursement pour des lentilles de contact non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sont en hausse en 2021, surtout pour les bénéficiaires les mieux couverts.

Sept personnes âgées de 15 ans ou plus sur dix portent des lentilles de contact ou des lunettes de vue en 2019, d'après l'enquête santé européenne EHIS (Leduc *et al.*, 2021). En 2022, la dépense de soins optiques s'élève à 7,3 milliards d'euros (Arnaud, Lefebvre, 2023). Les deux tiers de la dépense (67 %) sont consacrés aux verres, tandis que les montures et les lentilles de contact en représentent respectivement 26 % et 8 %. Les organismes complémentaires santé prennent en charge 73 % de la dépense en soins optiques, soit une part nettement supérieure aux autres postes de soins.

Conformément à leur cahier des charges (voir annexe 1), les contrats responsables, qui couvrent la quasi-totalité des bénéficiaires adultes (98 %) [voir fiche 01], prévoient de rembourser un renouvellement de lunettes uniquement si celui-ci a lieu au moins deux ans après l'achat précédent, sauf si la vue a évolué entre-temps.

La réforme du 100 % santé donne accès à des équipements d'optique intégralement remboursés

En optique un équipement se compose d'une monture et de deux verres dont la correction

peut être simple ou complexe¹. Pour une monture ou un verre, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'élève à 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Comme pour les soins prothétiques dentaires et les aides auditives (voir fiches 23 et 24), la réforme du 100 % santé (voir fiche 29) encadre la tarification et les remboursements des lunettes en optique simple et complexe. Depuis janvier 2020, elle sépare les équipements d'optique (ensemble monture et verres) en deux paniers : les biens du panier dit « libre » et ceux du panier dit « 100 % santé ».

Les biens du panier 100 % santé respectent des critères de qualité et sont soumis à des prix limites de vente. Les prix limites de vente ainsi que la BRSS varient selon que l'équipement d'optique est simple ou complexe (tableau 1). De plus, les complémentaires santé responsables doivent rembourser l'intégralité du reste à charge après remboursement par l'AMO, laissant un reste à charge nul à leurs bénéficiaires.

En 2022, 15 % des verres et 17 % des montures vendus font partie du panier 100 % santé (Arnaud, Lefebvre, 2023).

1. Les verres à correction simple sont des verres à foyer simple qui corrigent une seule pathologie oculaire (myopie, astigmatisme ou hypermétropie). Les verres à correction complexe traitent quant à eux plusieurs pathologies à la fois, notamment la presbytie. Il s'agit de verres progressifs ou à plusieurs foyers.

La réforme du 100 % santé s'accompagne d'un nouvel abaissement des plafonds de remboursement pour les biens du panier libre

Pour les biens du panier libre, il n'y a pas de prix limite de vente. De plus, en optique simple comme complexe, la BRSS, très inférieure aux tarifs pratiqués, conduit à une prise en charge par l'AMO très limitée (tableau 1). Le remboursement par les contrats de complémentaire santé responsables, encadré depuis 2015 par des montants réglementaires dépendant du niveau de correction, a été revu avec la réforme du 100 % santé. Ainsi, depuis 2020, le plafond de remboursement pour un équipement

simple (ensemble monture et verres) est fixé à 420 euros, contre 470 euros jusqu'en 2019. Par ailleurs, si l'organisme complémentaire souhaite rembourser davantage que le ticket modérateur (TM) de 0,06 euros (2,97 euros avant 2020) et si le contrat est responsable, le montant plancher demeure à 50 euros pour les contrats individuels, et à 100 euros pour les contrats d'entreprise² en optique simple (panier socle prévu par l'accord national interprofessionnel [ANI] depuis 2016 [voir annexe 1]). Pour les équipements d'optique complexe (ensemble monture et verres), lorsque le remboursement délivré par la complémentaire santé est supérieur au TM de 0,06 euros (9,43 euros avant 2020),

Tableau 1 Évolutions réglementaires de la prise en charge en optique

Ensemble monture et verres	Optique simple			Optique complexe		
	Jusqu'en 2019	Depuis 2020		Jusqu'en 2019	Depuis 2020	
		Panier libre	Panier 100 % santé		Panier libre	Panier 100 % santé
Prix limite de vente	Néant	Néant	95,0	Néant	Néant	210
Base de remboursement de la Sécurité sociale	7,42	0,15	28,5	23,58	0,15	63
Remboursement par l'AMO (60 % de la base de remboursement)	4,45	0,09	17,1	14,15	0,09	37,8
Remboursement minimal obligatoire par les contrats responsables	2,97 (ou 50 ou 100) ¹	0,06 (ou 50 ou 100) ¹	77,9	9,43 ou 200	0,06 ou 200	172,2
Plafond de remboursement par les contrats responsables	470	420		750	750	
dont plafond de remboursement pour une monture	150	100	100	150	100	100

AMO : assurance maladie obligatoire.

1. Dans le cas où les contrats responsables décident de rembourser au-delà du ticket modérateur (TM), ils sont soumis à des plafonds de remboursement, de 50 euros pour les contrats individuels et de 100 euros pour les contrats collectifs en optique simple (200 euros en optique complexe). Les montants plafond pour un équipement optique sont fixés dans la limite d'un remboursement maximal pour une monture de 150 euros jusqu'en 2019, puis de 100 euros à partir de 2020.

Lecture > Jusqu'en 2019, avant la réforme du 100 % santé, pour une paire de lunettes à verres simples, un organisme de complémentaire santé devait au minimum rembourser soit 2,97 euros (correspondant au TM), soit 50 euros pour un contrat individuel et 100 euros pour un contrat collectif (si l'organisme était responsable et décidait de rembourser au-delà du TM). Depuis 2020, après la réforme, l'organisme est soumis à des obligations similaires sur les biens du panier libre mais doit rembourser 77,9 euros pour les biens du panier 100 % santé.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

2. Un contrat d'entreprise est un contrat collectif souscrit par une entreprise au bénéfice de ses salariés. Certains contrats collectifs peuvent être souscrits par des associations, organismes, etc., au profit des personnes qui ont un lien avec eux (adhérents, etc.).

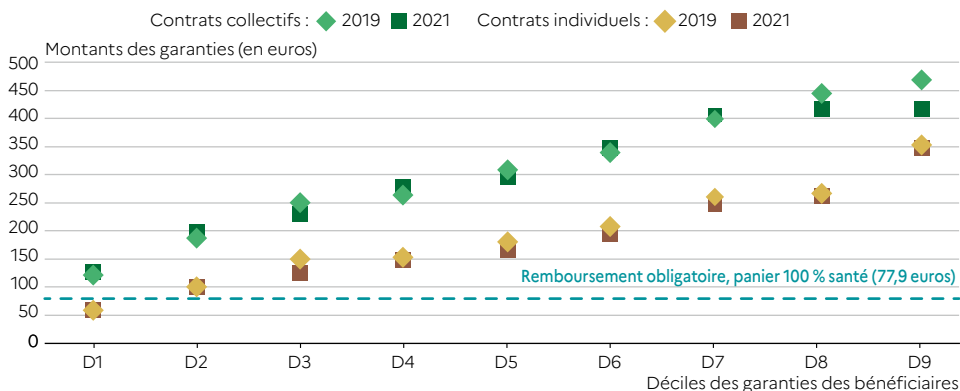
son montant est encadré entre 200 euros et 750 euros depuis la réforme de 2015. Contrairement à l'optique simple, le montant maximal de remboursement n'a pas été réduit avec la réforme du 100 % santé. Enfin, le plafond de prise en charge des montures est abaissé à 100 euros, contre 150 euros auparavant.

En optique simple, les garanties de remboursement du panier libre demeurent stables depuis 2019

En 2021, le prix moyen pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples du panier libre est de 340 euros³, soit 339,91 euros après remboursement par l'AMO. Près des trois quarts des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent d'une garantie de remboursement inférieure à 340 euros (graphique 1). Les garanties des contrats collectifs sont en moyenne supérieures à celles des contrats individuels. Ainsi, quatre personnes couvertes par un contrat collectif sur dix disposent d'une garantie supérieure à 350 euros

(D6), contre une personne couverte par un contrat individuel sur dix (D9) [graphique 1]. Par ailleurs, plus de 27 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie égale au plafond de remboursement (420 euros) pour un équipement d'optique simple, contre seulement 5 % des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2019 et 2021⁴, pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples du panier libre, les garanties de deux bénéficiaires les mieux couverts par un contrat collectif sur dix (garanties égales ou supérieures au D8) diminuent en raison de l'abaissement du plafond de remboursement de 470 euros à 420 euros. Les autres bénéficiaires disposent de garanties stables sur la même période. En 2021, pour l'achat d'un bien du panier 100 % santé (vendu au prix limite de vente), les organismes complémentaires remboursent 77,90 euros. En 2019, la quasi-totalité des bénéficiaires (près de neuf sur dix pour les contrats individuels et 98 % pour les contrats collectifs) disposaient déjà de garanties supérieures à ce montant (Guilloton, 2023).

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un ensemble monture + verres simples dans le panier libre



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts ont une garantie de remboursement inférieure ou égale à 125 euros (D1) pour des lunettes à verres simples dans le panier libre. En 2019, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 4,45 euros (60 % du tarif de convention de 7,42 euros). Depuis 2020, l'AMO rembourse 0,09 euros (60 % du tarif de convention de 0,15 euros).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

3. Source : Système national des données de santé (SNDS), calculs DREES.

4. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

Entre 2019 et 2021, en optique complexe, les garanties diminuent dans le panier libre pour les bénéficiaires les mieux couverts

En 2021, le prix moyen pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes du panier libre est de 609 euros⁵, soit 608,91 euros après remboursement par l'AMO (tableau 1). Deux bénéficiaires sur dix disposent de garanties supérieures à ce montant.

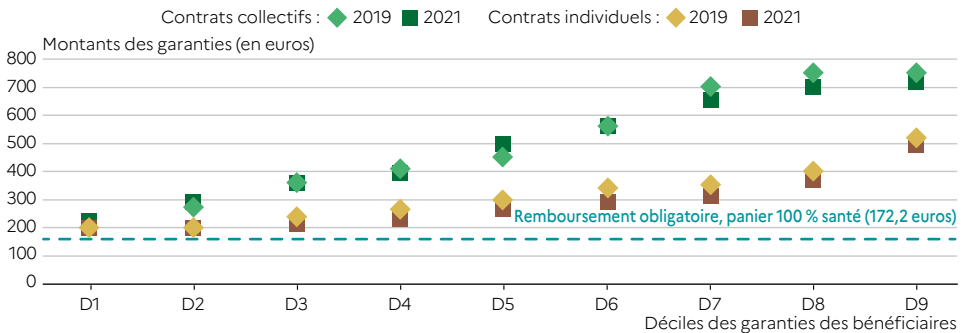
Comme pour l'optique simple, les garanties des contrats collectifs sont souvent supérieures à celles des contrats individuels. Deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent ainsi de garanties de remboursement minimales (200 euros) contre seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix. Un peu plus du tiers des personnes couvertes par un contrat collectif disposent d'une garantie supérieure à 608,91 euros (D7 égal à 660 euros), contre moins d'une personne couverte par un contrat individuel sur dix (D7 égal à 660 euros) [graphique 2]. L'écart de niveau de couverture selon le type de contrats est plus important à mesure que les garanties sont élevées : 26 % des bénéficiaires de contrat

collectif disposent de garanties supérieures ou égales à 700 euros, soit très proches du remboursement maximal, contre 6 % des bénéficiaires de contrat individuel.

Entre 2019 et 2021, les garanties des bénéficiaires les mieux couverts par un contrat collectif diminuent : 7 % disposent de la garantie maximale de remboursement en 2021, contre 11 % en 2019. Les garanties des bénéficiaires de contrat individuel sont elles aussi en baisse de 10 euros en moyenne. Seuls les 20 % de bénéficiaires disposant déjà des garanties minimales (D2 égal à 200 euros) ne sont pas affectés par cette diminution.

La réforme du 100 % santé garantit depuis 2020 un remboursement de 172,2 euros pour un bien du panier 100 % santé au prix limite de vente de 210 euros (et avec une prise en charge par l'AMO de 37,8 euros). En 2019, la quasi-totalité des bénéficiaires (92 % pour les contrats individuels et 98 % pour les contrats collectifs) disposaient de garanties déjà supérieures à ce montant, avec cependant un reste à charge parfois conséquent (Guillot, 2023).

Graphique 2 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un ensemble monture + verres complexes dans le panier libre



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts ont une garantie de remboursement inférieure ou égale à 200 euros (D1) pour des lunettes à verres complexes dans le panier libre. En 2019, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 14,15 euros (60 % du tarif de convention de 23,58 euros). Depuis 2020, l'AMO rembourse 0,09 euros (60 % du tarif de convention de 0,15 euros).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

5. Source : SNDS, calculs DREES.

Entre 2019 et 2021, le remboursement des lentilles de contact augmente pour les bénéficiaires de contrat collectif les plus couverts

L'AMO participe au remboursement des lentilles de contact, sous conditions uniquement⁶. Dans la plupart des cas, seuls les organismes complémentaires proposent une prise en charge de ce poste de soins.

En 2021, neuf bénéficiaires d'une complémentaire santé sur dix disposent d'une prise en charge d'une partie des frais dédiés aux lentilles non remboursées par l'AMO (graphique 3). Le remboursement moyen de lentilles s'élève à 163 euros par an. Les garanties proposées par les contrats collectifs sont toutefois nettement plus importantes en moyenne (214 euros par an) que celles des contrats individuels (117 euros par an). En effet, 14 % des bénéficiaires de contrat individuel ne disposent d'aucune prise en charge des lentilles de contact, contre 7 % pour les bénéficiaires de contrat collectif. De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent de garanties supérieures ou

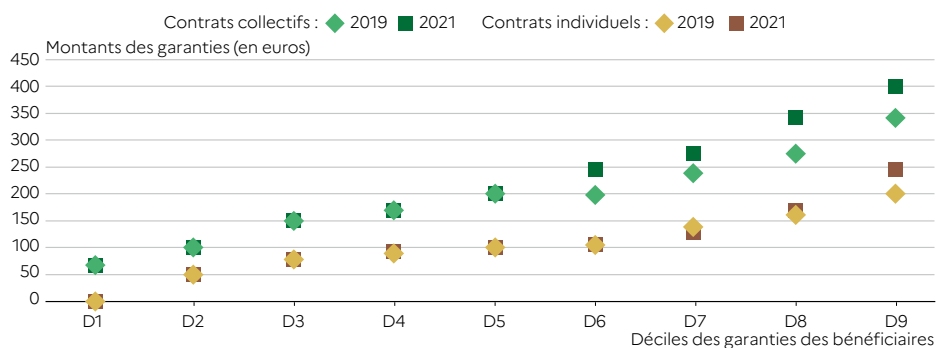
égales à 200 euros par an (D5), contre à peine plus d'un bénéficiaire sur dix (D9) pour les contrats individuels. Cependant, les 10 % des bénéficiaires de contrat individuel les mieux couverts disposent de garanties supérieures à 62 % des bénéficiaires de contrat collectif.

Par ailleurs, entre 2019 et 2021, les garanties proposées pour l'achat de lentilles augmentent de 21 euros par an en moyenne pour les contrats collectifs, contre 7 euros pour les contrats individuels. Cette hausse est essentiellement portée par les contrats les plus couvrants.

La chirurgie réfractive est remboursée en moyenne deux fois plus par les contrats collectifs que par les contrats individuels

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent également prendre en charge des soins optiques non remboursés par l'AMO comme la chirurgie réfractive (au laser pour la myopie ou la presbytie). En 2021, près de quatre bénéficiaires sur cinq disposent de cette prise en charge (graphique 4). Le remboursement moyen par les

Graphique 3 Déciles des garanties des contrats souscrits pour des lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif ont une garantie annuelle de remboursement inférieure ou égale à 70 euros (D1) pour l'achat de lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

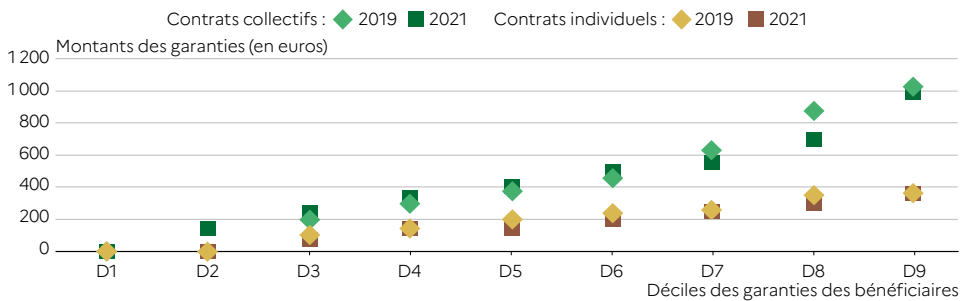
Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

6. L'AMO prend en charge uniquement les lentilles de contact sur prescription médicale et seulement pour certains troubles de la vision (astigmatisme, hypermétropie, myopie, presbytie, amblyopie). Les lentilles de contact sont alors remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 euros, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.).

complémentaires santé pour cette opération sur un œil s'élève à 305 euros. D'importantes disparités selon le type de contrats existent cependant : les bénéficiaires de contrat collectif disposent en moyenne d'une garantie de remboursement de 437 euros, soit plus de deux fois supérieure à celle prévue en moyenne pour les bénéficiaires de contrat individuel (176 euros). Cette disparité s'explique notamment par des garanties particulièrement élevées parmi les contrats collectifs

les plus couvrants. Par ailleurs, entre 2019 et 2021, les garanties proposées par les contrats collectifs sont relativement stables en moyenne. La tendance est cependant à la baisse pour les garanties des bénéficiaires les mieux couverts et à la hausse pour les autres. La part de bénéficiaires ne disposant d'aucune prise en charge passe notamment de 22 % à 17 %. Enfin, les garanties des contrats individuels diminuent de 19 euros en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. ■

Graphique 4 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la chirurgie réfractive non remboursée par l'assurance maladie obligatoire



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, les 30 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif ont une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure ou égale à 200 euros (D3) par œil en cas de chirurgie réfractive au laser pour la myopie ou la presbytie, non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2023). Fiche 3.3 – Les dépenses remboursées des dispositifs médicaux en 2022. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2022, prévisions 2023 et 2024*.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.
- > **Guilloton, V.** (2023, mars). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. DREES, *Études et Résultats*, 1260.
- > **Jacquier, K.** (2018, décembre). Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables. DREES, *Études et Résultats*, 1096.
- > **Leduc, A. et al.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.