

N° 832

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 juillet 2022

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1),
sur l'enquête de la Cour des comptes sur la réforme du 100 % santé,

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Daphné Ract-Madoux, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
EXAMEN EN COMMISSION.....	17
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES.....	29

Mesdames, Messieurs,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, qui dispose que « *la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a, par courrier du 14 décembre 2021, demandé au Premier président de la Cour des comptes de procéder à une enquête sur le dispositif du 100 % santé.

La réforme, portée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, a entendu améliorer l'accès financier aux soins par l'établissement progressif, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2021, de paniers de soins sans reste à charge dans trois secteurs où ce dernier s'avérait particulièrement important : l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires.

La commission des affaires sociales avait soutenu ce dispositif, tout en exprimant le souhait qu'il fasse l'objet d'un suivi rigoureux, nécessaire tant pour s'assurer que la réforme atteint les objectifs qui lui sont assignés en matière d'amélioration de l'accès aux soins que pour apprécier ses conséquences économiques et financières pour les assurances maladie obligatoire (AMO) et complémentaires (AMC), comme pour les industriels et professionnels de santé concernés. À cet effet, elle avait adopté un amendement demandant la transmission d'un premier bilan de la réforme au Parlement avant le 1^{er} janvier 2022, toutefois supprimé par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Dans ce contexte, la commission a souhaité recourir à l'expertise de la Cour afin que soit dressé un premier bilan de la réforme.

Si les constats de la Cour établissent l'intérêt du dispositif dans l'amélioration de l'accès aux soins, ils mettent toutefois en lumière des difficultés persistantes dans le pilotage économique et le déploiement de la réforme, susceptibles de réduire son efficacité voire d'entraîner, pour les assurés, des effets contraires à son objet. Largement partagées par votre rapporteure, ces conclusions doivent être mises en regard des dernières propositions de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)¹ relatives à la mise en œuvre et à l'extension du dispositif 100 % santé. Elles invitent à accélérer le déploiement et renforcer l'évaluation d'un dispositif appelé à être, ces prochaines années, l'un des leviers majeurs d'amélioration de l'accès aux soins.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, juillet 2022.

I. SUPPRIMANT LE RESTE À CHARGE SUR UN PANIER DE SOINS DÉFINIS, LE 100 % SANTÉ A PERMIS D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES ASSURÉS

Le dispositif du 100 % santé mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a permis de réduire puis supprimer, pour la très grande majorité des assurés et dans les trois secteurs concernés, un reste à charge jusque-là élevé sur un panier de soins défini. Si la réforme s'est avérée efficace dans l'amélioration de l'accès aux prothèses dentaires et aides auditives, les résultats sont toutefois décevants dans l'optique.

A. LE 100 % SANTÉ A PERMIS LA SUPPRESSION PROGRESSIVE DES RESTES À CHARGE SUR DES PANIERS DE SOINS DÉFINIS

La réforme du 100 % santé a consisté à définir, dans chacun des trois secteurs visés, des paniers de soins à prix plafonnés ayant vocation à être **intégralement pris en charge par l'AMO et les organismes complémentaires**. Dans ce périmètre, les contrats complémentaires dits « *solidaires et responsables* » doivent désormais prévoir un financement complet du reste à charge après intervention de l'AMO. Le nombre d'assurés couverts par un tel contrat complémentaire et bénéficiant, de ce fait, pleinement de la réforme, est estimé par la Cnam à **63 millions de personnes**, soit **94,5 % environ** de la population âgée de 15 ans et plus¹.

Dans chaque secteur, coexiste avec le panier 100 % santé, dont les prix ont été plafonnés, un **panier à prix libres**. Pour les prothèses dentaires, un **panier intermédiaire** à « *reste à charge modéré* » a également été défini par voie conventionnelle² : les honoraires y sont plafonnés mais leur prise en charge par l'AMO et les organismes complémentaires n'est pas intégrale.

En contrepartie du financement accru, par l'AMO et les organismes complémentaires, des biens des paniers 100 % santé, **le niveau de prise en charge des paniers à prix libres a été réduit**. Pour l'optique, par exemple, la base de remboursement par l'AMO a été abaissée à quelques centimes d'euros, et les plafonds de remboursement des montures par les contrats complémentaires responsables réduits de 150 € à 100 €.

La constitution des trois paniers 100 % santé a visé à garantir la **qualité des équipements** inclus et à couvrir les besoins essentiels des assurés dans les trois secteurs concernés.

¹Cnam, *op. cit.*, p. 254 ; DREES, *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Edition 2019, p.64.

² Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, *approuvée par arrêté du 20 août 2018 et entrée en vigueur le 1^{er} avril 2019*.

Contenu des paniers 100 % santé

Prothèses dentaires

- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur dents visibles (incisives, canines, premières prémolaires), couronnes céramique monolithique zircon (incisives et canines), couronnes métalliques
- Inlays core et couronnes transitoires ; prothèses amovibles à base résine
- Bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques

Aides auditives (prise en charge tous les quatre ans, garantie de la même durée)

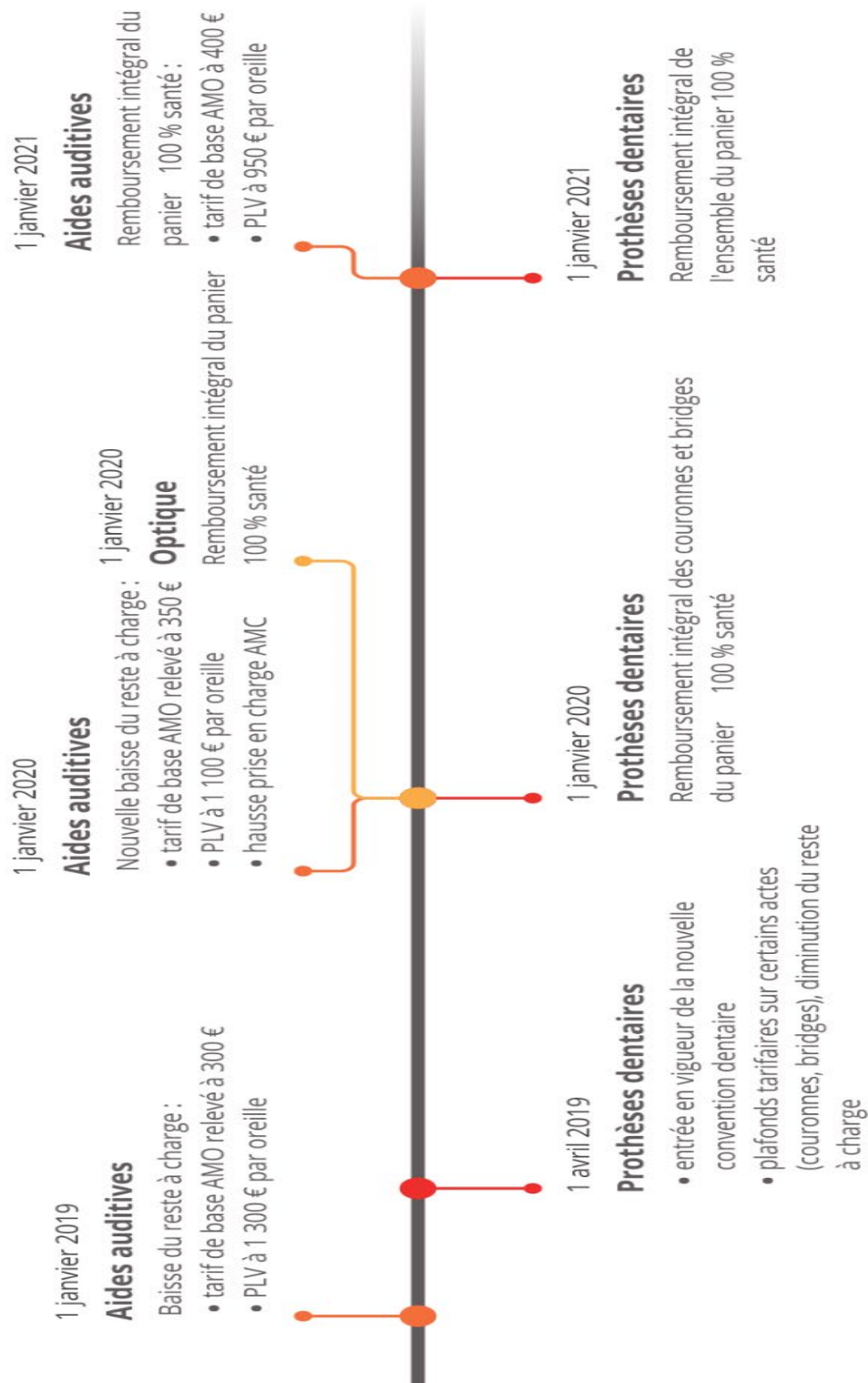
- Tous types d'appareil : contour d'oreille classique, à écouteur déporté, intra-auriculaire
- 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB
- Au moins 3 options d'une liste dite « A », comprenant par exemple : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale...
- 30 jours minimum d'essai avant achat, prestations de suivi (au moins une fois par an)

Optique (prise en charge tous les deux ans)

- Montures aux normes européennes, prix \leq 30 euros
- Verres correcteurs, amincissement selon la correction, durcissement et antireflets

Le **plafonnement du prix** des équipements 100 % santé, **l'augmentation des prises en charge** par l'AMO et les organismes complémentaires ont progressivement été mis en place entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2021. Dans le secteur de l'optique, le panier 100 % santé est intégralement remboursé depuis le 1^{er} janvier 2020. La convention dentaire de 2018 a prévu l'application échelonnée de plafonds sur les actes prothétiques du panier, tous intégralement remboursés à compter du 1^{er} janvier 2021, en contrepartie d'une revalorisation des actes conservateurs. Enfin, en matière d'aides auditives, le reste à charge sur le panier 100 % santé a été progressivement réduit par l'entrée en vigueur de prix limites de vente et le rehaussement de la prise en charge par l'AMO et les organismes complémentaires, le remboursement étant intégral depuis le 1^{er} janvier 2021.

Calendrier de mise en œuvre de la réforme



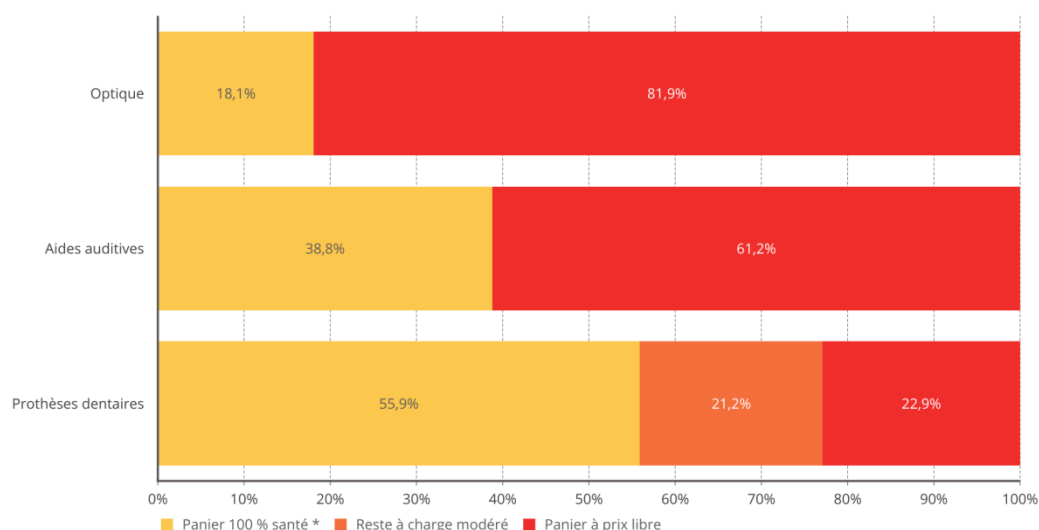
Source : Commission des affaires sociales du Sénat

B. LE 100 % SANTÉ A PERMIS D'AMÉLIORER L'ACCÈS FINANCIER AUX SOINS DE MANIÈRE SENSIBLE, BIEN QU'INÉGALE

Par l'instauration de prix plafonds intégralement pris en charge par l'AMO et les organismes complémentaires, le 100 % santé a réussi à supprimer un reste à charge jusque-là important sur les paniers de soins concernés. À cet égard, le plafonnement des prix apparaît très largement respecté : la Cnam fait état, à l'issue de ses contrôles, de **taux de mise en œuvre des prix plafonds égaux ou supérieurs à 99,8 %** dans chacun des trois secteurs visés par la réforme¹.

La Cour relève toutefois que la pénétration de l'offre 100 % santé s'avère très inégale selon le secteur : si les résultats de la réforme apparaissent positifs pour les prothèses dentaires comme les aides auditives, ils sont toutefois décevants pour l'optique. Au premier trimestre 2022, 55,90 % des actes prothétiques dentaires et 38,80 % des aides auditives relevaient ainsi des paniers 100 % santé quand 18,10 % seulement des équipements optiques comprenaient un verre et/ou une monture sans reste à charge². Logiquement, l'effet de la réforme sur le reste à charge moyen des assurés apparaît contrasté. L'Unocam³ estime que le reste à charge moyen a, entre 2019 et 2021, diminué de 29 % dans le secteur dentaire et de 40 % dans celui des aides auditives, mais a augmenté de 13 % dans le secteur optique, du fait de la diminution de la prise en charge par l'AMO comme les organismes complémentaires d'un panier libre auquel les assurés ont encore très majoritairement recours.

Part des paniers de soins dans la consommation totale d'équipements, par secteur



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les chiffres de la CNAM.

* Pour l'optique, équipements contenant un élément au moins du panier 100 % santé (verres et / ou monture).

¹ Cnam, op. cit., p. 264.

² Cnam, op. cit., pp. 255 et suivantes.

³ Unocam, Baromètre 100 % santé. Principaux résultats de l'année 2021, 5 juillet 2022.

À cet égard, la Cour souligne que le dispositif, dans le secteur optique, est structurellement différent de ceux mis en place dans les deux autres secteurs : là où le 100 % santé est venu supprimer le reste à charge des assurés sur des prothèses dentaires et aides auditives d'ores et déjà consommées par une partie d'entre eux, il a consisté en optique à introduire une nouvelle gamme de produits, dont la qualité est garantie mais dont le prix est largement inférieur aux équipements jusque-là consommés. Le faible recours au panier sans reste à charge dans ce secteur pourrait être dû tant à la préexistence d'un panier d'équipements plus onéreux qu'aux critères esthétiques des assurés.

II. LES DIFFICULTÉS CONSTATÉES DANS LE PILOTAGE ÉCONOMIQUE DE LA RÉFORME POURRAIENT ENTRAÎNER DES EFFETS CONTRAIRES À SON OBJET

L'équilibre financier de la réforme n'apparaît pas assuré et les outils de suivi et de pilotage, en la matière, insuffisants. La difficulté est particulièrement prégnante pour l'AMC, et pourrait amener les organismes complémentaires à augmenter leurs primes ou baisser leur prise en charge des paniers libres, à rebours de l'objectif affiché d'amélioration de l'accès financier aux soins. Votre commission avait, dès 2018, mis en garde contre ces écueils.

A. L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA RÉFORME N'APPARAÎT PAS ASSURÉ

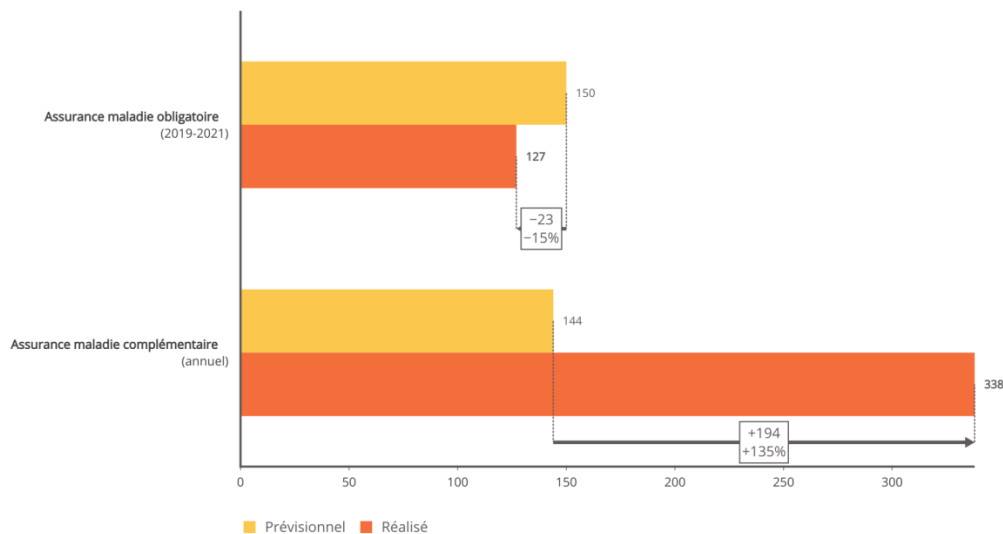
L'équilibre financier de la réforme, fondé sur la compensation partielle des coûts résultant du meilleur remboursement des prothèses dentaires et auditives et de l'augmentation du recours aux équipements auditifs par les économies liées à la diminution de la prise en charge sur le panier libre optique et au recours à des équipements moins onéreux dans ce secteur, se révèle incertain. La Cour relève dans son rapport que le chiffrage initial était fondé sur des **hypothèses particulièrement optimistes et insuffisamment documentées**, qui avaient d'ailleurs été contestées par la *Mutualité française*.

À l'issue des trois premières années d'exécution de la réforme, **les dépenses de l'AMO se sont avérées inférieures aux prévisions** : alors que 150 M€ de dépenses supplémentaires étaient attendues sur la période 2019-2021, la Cour relève un surcoût de 127 M€ seulement. Des économies supérieures aux estimations dans l'optique permettraient de compenser le dynamisme des audioprothèses. En tentant d'éliminer, sur les trois années, les facteurs d'évolution des dépenses extérieurs à la réforme, tels que la crise sanitaire, la Cour obtient un résultat proche de celui résultant du suivi des dépenses.

En revanche, sur la même période, **les organismes complémentaires font état de dépenses dépassant largement les prévisions** : du fait notamment d'économies en optique sensiblement inférieures à celles anticipées, le coût annuel de la réforme pour l'AMC a été très fortement réévalué par la *Mutualité française*, de 144 M€ à 338 M€.

Dépenses supplémentaires prévisionnelles et réalisées induites par la réforme

en millions d'euros



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les chiffres recueillis par la Cour des comptes

Cet écart avec les prévisions, bien qu'incertain à ce stade, remet en question l'équilibre du dispositif et conduira probablement les organismes complémentaires à ajuster leur résultat technique par **l'augmentation des primes ou la révision à la baisse de la prise en charge** des biens des paniers libres. À cet égard, la Cour relève que les augmentations de primes pourraient toucher certaines populations fragiles, ne bénéficiant pas de la complémentaire santé solidaire du fait d'effets de seuil, que la réforme entendait précisément viser. Ce risque est d'autant plus grand que, toutes choses égales par ailleurs, ce sont les contrats d'entrée de gamme, les moins couvrants, qui sont les plus fortement touchés par le dispositif du 100 % santé et les plus susceptibles, donc, de connaître une augmentation.

Alors que le gouvernement l'estimait faible dans l'étude d'impact jointe au PLFSS pour 2019, ce risque avait été soulevé par la commission des affaires sociales du Sénat dès l'examen du projet de loi. L'évolution des primes des contrats de complémentaire santé et des prises en charge doit, ainsi que le préconise la Cour, être précisément suivie ces prochaines années et son incidence sur l'accès aux soins évaluée, afin de sauvegarder l'efficacité de la réforme.

B. LES OUTILS DE SUIVI ET DE PILOTAGE DE LA RÉFORME SONT INSUFFISANTS

Au-delà des difficultés liées à l'appréciation de l'équilibre économique de la réforme et de ses incidences sur le secteur de l'AMC, la Cour fait état, dans son rapport, de plusieurs insuffisances dans le suivi et le pilotage du dispositif.

D'abord, les effets économiques du dispositif sur les trois secteurs demeurent difficilement évaluables et insuffisamment suivis, qu'il s'agisse des professionnels de santé ou des industries productrices des équipements visés par la réforme. La Cour relève, à cet égard, n'avoir pas pu obtenir de données précises et objectivées ni sur l'évolution des revenus, ni sur l'évolution des marges ni, encore, sur l'origine des équipements du 100 % santé. Comme elle l'a affirmé à l'occasion de l'examen du PLFSS pour 2019, la commission des affaires sociales juge nécessaire la mise en place d'un **suivi rigoureux, complet et opérationnel de la réforme**, visant à évaluer ses effets sur l'accès aux soins et le reste à charge des assurés comme ses **incidences économiques sur les secteurs et professionnels de santé concernés**.

À cet égard, la Cour relève dans son rapport une « *comitologie dispersée* », le suivi des secteurs optique et auditif relevant du ministère et, notamment, du comité de suivi présidé par le ministre des solidarités et de la santé quand le secteur dentaire est suivi dans le cadre des discussions conventionnelles entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats de chirurgiens-dentistes. L'appréhension transversale des effets de la réforme est encore complexifiée par les différences de méthode dans l'estimation, notamment, des dépenses : la Cnam réalise un chiffrage prévisionnel de la convention dentaire dans son ensemble, sans isoler les mesures relevant directement du panier 100 % santé sans reste à charge.

Ces difficultés de suivi ne permettent pas une conduite fine de la réforme, au demeurant **dépourvue d'outils de pilotage efficaces**. Si la convention dentaire de 2018 inclut une clause de rendez-vous permettant l'ouverture, en cas d'écart significatif avec la répartition attendue des trois paniers de soin, de la négociation d'un avenant, la conclusion de ce dernier nécessite l'accord des partenaires conventionnels. Le dispositif ne constitue donc pas un outil de maîtrise de la dépense à la main de l'Assurance maladie. De la même manière, si un mécanisme de réduction du prix limite de vente des audioprothèses du panier 100 % santé a été prévu en cas, cette fois, de dépassement d'un volume de ventes déterminé, celui-ci n'a pas été mis en œuvre alors même que ce plafond a été largement dépassé pour l'année 2021¹. La Cour recommande la mise en œuvre de ce dispositif de réduction : la réactualisation des paniers 100 % santé attendue en 2022 pourrait être l'occasion de l'activer.

¹ Le seuil a été fixé, pour 2021, à 935 000 aides auditives pour adultes. À fin novembre 2021, 1,38 million d'unités avaient d'ores et déjà été remboursées d'après la Cour.

III. TROIS ANS APRÈS SON ENTRÉE EN VIGUEUR, LE DISPOSITIF APPARAÎT ENCORE INACHEVÉ

Progressivement montée en charge entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2021, la réforme du 100 % santé apparaît encore inachevée. Plusieurs leviers identifiés par la Cour comme, récemment, par la Cnam, doivent permettre de mieux déployer le dispositif. Les interrogations entourant le contenu des paniers sans reste à charge et les propositions récentes d'extension à de nouveaux secteurs interrogent par ailleurs le périmètre du dispositif, qui doit faire l'objet d'un effort constant d'évaluation et de mise à jour.

A. LE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF DOIT ENCORE ÊTRE RENFORCÉ

Le 100 % santé apparaît, plus de trois ans après la promulgation de la loi l'ayant instauré, encore trop méconnu des assurés qui pourraient en bénéficier. Par ailleurs, le tiers payant, pourtant rendu obligatoire dans ce périmètre par la loi, demeure partiellement inappliqué.

Perturbée par la crise sanitaire, la communication autour de la réforme **n'a pas jusque-là permis de faire suffisamment connaître le dispositif**. Une étude publiée en juillet 2022 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)¹ établit ainsi qu'à la fin de l'année 2021, 53 % des Français seulement déclaraient avoir entendu parler du panier 100 % santé. Cette proportion augmente avec le niveau de diplôme, laissant craindre que certaines des populations les plus fragiles, pourtant visées par la réforme, n'aient pas connaissance du dispositif. Si la connaissance des paniers sans reste à charge a progressé ces dernières années, son niveau actuel n'est donc toujours pas satisfaisant et justifierait la réalisation d'une **nouvelle campagne promotionnelle** de la part du ministère ou de la Cnam. L'éventuelle mise à jour des paniers en 2022 pourrait, à cet égard, constituer une occasion opportune.

Dans le même objectif d'assurer la visibilité et la promotion du dispositif, des contrôles ont été menés visant à vérifier que **les professionnels de santé concernés respectent leurs obligations en matière de présentation** des offres 100 % santé. À l'issue d'une large campagne de contrôle menée entre le quatrième trimestre 2020 et la fin de l'année 2021, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a fait état d'un taux d'anomalies détectées de 72 %, essentiellement dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse. En réponse à ce constat, la Cnam a engagé, à partir de septembre 2021, des actions d'accompagnement et de contrôle des opticiens ayant pu déboucher, pour 34 magasins au 23 juin 2022, sur des décisions de pénalité financière².

¹ DREES, 100 % santé : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler, juillet 2022.

² Cnam, op. cit., p. 266.

Enfin, si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a **rendu obligatoire, à compter du 1^{er} janvier 2022, la pratique du tiers payant intégral** par les organismes complémentaires pour les biens des paniers 100 % santé, la Cour relève que le tiers payant était jusque-là assez peu développé dans les secteurs concernés et souligne que des obstacles techniques, organisationnels voire juridiques pourraient empêcher la mise en œuvre de cette obligation. Un cycle de réunions est organisé par le ministère à ce sujet en 2022, dans l'objectif d'établir un cahier des charges techniques. Il doit être l'occasion d'identifier les éventuels obstacles restants comme la manière de les surmonter.

B. LE PÉRIMÈTRE DU DISPOSITIF DOIT ÊTRE RÉGULIÈREMENT ÉVALUÉ

Le contenu des paniers sans reste à charge constitue un **paramètre clé de la réforme**. Si les paniers ont été définis de manière à couvrir les besoins essentiels des assurés dans les trois secteurs, des insuffisances ont été observées à l'épreuve de l'application du dispositif. Surtout, la qualité et l'attractivité des paniers doivent faire l'objet d'une évaluation constante et leur contenu doit être régulièrement adapté aux innovations sectorielles. Enfin, la Cnam a récemment proposé d'étendre la réforme à de nouveaux secteurs, marqués eux aussi par des restes à charge importants.

Si les paniers sans reste à charge définis couvrent la majorité des soins essentiels dans les trois secteurs retenus, la Cour souligne toutefois que **certains besoins apparaissent, à ce stade, non couverts par la réforme**. Il en va ainsi, par exemple, des piles des audioprothèses, dont le prix n'est pas plafonné pour les assurés ne relevant pas de la complémentaire santé solidaire, qui génèrent un reste à charge modeste mais récurrent pour les assurés équipés d'une aide auditive. De la même manière, la Cnam relève que l'offre optique sans reste à charge ne permet pas de couvrir correctement les assurés ayant besoin d'une très forte correction : les coûts de fabrication des verres, souvent sur-mesure, s'avèrent incompatibles avec les prix limites de vente fixés dans le cadre de la réforme. Ces manques plaident en faveur d'une **évaluation rigoureuse et constante** du contenu des paniers 100 % santé et de leur capacité à répondre aux besoins des assurés. Celle-ci peut déboucher sur un **enrichissement des paniers** lorsque cela paraît nécessaire.

Au-delà du périmètre, **la qualité des équipements et actes** inclus dans les paniers sans reste à charge et leur **adéquation aux avancées techniques et thérapeutiques** doit également être évaluée. Ce besoin est particulièrement prégnant dans les secteurs de l'optique et de l'aide auditive, connaissant des innovations fréquentes et susceptibles de rendre les paniers 100 % santé obsolètes si ceux-ci ne s'avèrent pas suffisamment évolutifs. Partiellement assise sur les remontées des industriels et des distributeurs, cette évaluation doit également inclure les retours

d'expérience des patients ayant bénéficié d'un dispositif sans reste à charge. Le PLFSS pour 2019 prévoyait d'ailleurs la possibilité d'imposer aux distributeurs ou fabricants de participer à un dispositif d'évaluation comprenant la transmission d'un **questionnaire au patient**. À cet égard, la Cour relève que les travaux relatifs aux modalités d'évaluation par questionnaire, démarrés en 2018, n'ont toujours pas abouti. Il est désormais nécessaire que ces travaux soient accélérés et contribuent rapidement à l'évaluation de la qualité et de l'attractivité des paniers 100 % santé. La commission des affaires sociales regrette que les travaux relatifs à l'actualisation des paniers de soin ne puissent pas, dès cette année, s'appuyer sur de telles remontées pourtant indispensables.

Enfin, l'opportunité d'une **extension du dispositif du 100 % santé à de nouveaux secteurs** marqués eux aussi par des restes à charge importants doit être évaluée et débattue. À cet égard, la Cnam a récemment proposé l'extension du dispositif à trois nouveaux secteurs : les prothèses capillaires, marquées par un renoncement aux soins important et une prise en charge limitée aux modèles d'entrée de gamme ; les semelles orthopédiques, pour lesquelles la nomenclature actuelle apparaît inadaptée et laisse aux patients un reste à charge important ; l'orthodontie, enfin, pour laquelle la Cnam évalue le reste à charge des ménages à 23 % de la dépense. Une telle extension du dispositif apparaît risquée à court terme, du fait des difficultés de suivi, de pilotage et d'évaluation relevées par la Cour dans son rapport. Elle nécessiterait, au demeurant, des réformes importantes dans les secteurs considérés (mise à jour de la nomenclature pour les semelles orthopédiques, fixation d'honoraires limites dans l'orthodontie, etc.). Ces perspectives doivent en revanche inciter le gouvernement à mieux déployer et évaluer le dispositif du 100 % santé, afin d'en faire dans les prochaines années un outil efficace et soutenable d'amélioration de l'accès aux soins.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 27 juillet 2022, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission procède à l'audition de M. François de La Guéronnière, président de section à la Cour des comptes, pour donner suite à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur le dispositif du 100 % santé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Mes chers collègues,

Nous entendons ce matin M. François de La Guéronnière, président de section à la Cour des comptes, sur l'enquête demandée par notre commission, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières sur le 100 % santé.

J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo qui sera retransmise en direct sur le site du Sénat et disponible en vidéo à la demande.

Je salue ceux de nos collègues qui participent à cette réunion à distance.

Dès l'adoption de ce dispositif, notre commission avait souhaité un suivi rigoureux de sa mise en œuvre afin d'en limiter les effets de bords, notamment en termes de qualité du service rendu aux assurés, d'évolution des tarifs des complémentaires et de coût pour la sécurité sociale.

Si j'ai bien lu votre enquête, le bilan ne peut être que provisoire mais je vous laisse la parole pour nous livrer les premières recommandations de la Cour.

M. François de La Guéronnière, président de section à la Cour des comptes. – Je vous remercie vivement de m'avoir invité à présenter ce rapport de la Cour des comptes sur la réforme du 100 % santé. Je voudrai tout d'abord rappeler le cadre dans lequel cette réforme a été mise en œuvre. Le 100 % santé était une promesse électorale du président de la République formulée durant la campagne de 2017. La réforme ne remet pas en cause l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire santé. Si les premiers éléments de cette réforme se sont concrétisés dès 2018, son entrée en vigueur intégrale n'a eu lieu qu'en 2021. La Cour n'a donc disposé que d'un recul limité pour procéder à ce premier bilan de mise en œuvre du 100 % santé, bilan qui repose sur des données parcellaires. Enfin, la réforme a été percutée par la crise sanitaire qui a probablement retardé sa mise en œuvre.

Ma présentation s'articulera autour de trois points : un rappel des objectifs de la réforme, une présentation des premiers résultats, une évaluation des coûts.

La persistance de restes à charge élevés dans le champ de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse est le fondement de la réforme. Ces restes à charge étaient moindres en optique du fait de l'existence d'offres sans reste à charge. Ces restes à charge étaient à l'origine de renoncements aux soins, renoncements plus fréquents lorsque les personnes ne disposaient pas d'une assurance santé complémentaire, alors que ce mode de couverture n'est que peu concerné par cette réforme.

La réforme a procédé à la création de trois paniers de soins différenciés (100 % santé, libre, avec un reste à charge maîtrisé). Son objectif est de plafonner le prix des soins des paniers 100 % santé et de proposer un remboursement intégral par le biais de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire santé.

Pour les prothèses dentaires et auditives, le dispositif supprime les restes à charge sur des équipements déjà consommés par une partie de la population. En optique, le dispositif introduit de nouveaux produits sans reste à charge, d'un niveau de prix très inférieur à celui des équipements majoritairement consommés jusqu'alors.

Cette réforme bénéficie également aux assurés de la complémentaire santé solidaire, les équipements proposés dans les paniers 100 % santé étant de gammes supérieures à celles des produits qui leur étaient proposés jusqu'alors. En contrepartie, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire hors paniers 100 % santé a été réduit en optique et le plafonnement du remboursement des lunettes abaissé pour les complémentaires santé.

Les premiers résultats de cette réforme diffèrent selon les secteurs.

Pour le dentaire les résultats sont plutôt favorables. Le panier sans reste à charge et le panier modéré représentent une part très majoritaire des actes prothétiques réalisés (respectivement 55 % et 21 % en 2021). Une diminution des restes à charge de 21,2% en 2019 à 18,3% en 2020 est constatée. Le nombre de patients recourant aux soins est en augmentation (avec un nombre d'actes prothétiques par patient qui a augmenté de 2,28 en 2018 à 3,08 en 2021) mais cette évolution est encore incertaine.

Pour l'audioprothèse, le recours au 100 % santé concerne 40 % des aides auditives vendues en 2021. Selon les informations communiquées à la Cour par l'Unocam, une diminution des restes à charge a pu être constatée. Cette forte augmentation du nombre de patients doit être confirmée dans la durée (avec un nombre d'aides auditives par patient qui a augmenté entre 2018 et 2021, pour passer de 1,82 à 1,94) tandis que les prestations de suivi doivent faire l'objet d'une attention soutenue et de contrôles réguliers.

C'est dans le domaine de l'optique que le bilan est le plus contrasté. Des offres sans reste à charge existaient déjà avant la mise en œuvre de la réforme, dont l'apport est limité. Seuls 17 % des équipements sont délivrés avec au moins un bien du panier sans reste à charge. Ce taux n'est que de 9% lorsque les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont écartés du panel. Aucune progression du taux de recours n'est constatée, au contraire, nous assistons à une augmentation du reste à charge de 23% en 2019 à 27% en 2020.

Au vu de ces résultats nous nous sommes interrogés sur les leviers qui pouvaient être mobilisés pour rendre la réforme plus effective.

Le premier levier concerne le renforcement de la communication. En direction des assurés, d'une part, puisque seule la moitié d'entre eux aurait connaissance du dispositif. En direction des professionnels concernés, d'autre part, puisque les trois quart (72%) des établissements contrôlés par la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes (DGCCRF) dans les secteurs de l'optique et des audioprothèses présentent au moins une non-conformité, dont près de 40 % s'avère en lien, direct ou indirect, avec la réforme du 100 % santé.

Le deuxième levier concerne l'évaluation de la qualité des équipements, notamment pour vérifier l'adéquation du contenu des paniers avec les besoins de la population (par exemple pour les grosses corrections en optique).

Enfin, il faut constater que l'obligation de proposer le tiers-payant intégral pour les actes du panier 100 % santé est encore insuffisamment mise en œuvre. Des taux faibles sont constatés, particulièrement en dentaire. Ces difficultés ne sont pas spécifiques au 100 % santé mais il importe de trouver des solutions pour mieux faire respecter cette obligation.

La cour s'est également penchée sur le coût de cette réforme qui, à ce stade, est difficilement évaluable. L'équilibre financier de la réforme a été construit sur deux principes. D'une part, un équilibre entre des surcoûts (issus des remboursements à 100 % des audioprothèses et des prothèses bancaires) et des économies (moindres remboursements et baisse des prix, notamment dans l'optique). D'autre part, une parité des coûts prévisionnels pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire en santé.

Cet équilibre reposait sur des hypothèses insuffisamment documentées et très volontaristes s'agissant de l'optique, d'ailleurs non partagées par les organismes complémentaires, qui projetaient de moindres économies sur l'optique que le Gouvernement.

Le coût prévisionnel de la réforme estimé par le ministère de la Santé s'élevait à 170 millions d'euros, dont 87 millions d'euros d'ici 2023 pour l'assurance maladie obligatoire (économies attendues sur le dentaire et l'optique) ; 80 millions d'euros pour les complémentaires (fortes économies

sur l'optique en contrepartie de fortes hausses sur le dentaire et l'audioprothèse).

La cour n'ayant pas accès aux comptes des complémentaires santé, les chiffres qu'elle a recueillis reposent sur les données déclarées par ces derniers.

La mise en œuvre de la réforme fait apparaître des dépenses inférieures aux prévisions pour l'assurance maladie obligatoire mais supérieures pour les complémentaires. Les dépenses cumulées pour l'assurance maladie obligatoire seraient de 127 millions d'euros (2019-2021) contre 150 millions d'euros attendus. Le surcoût constaté sur les dépenses d'audioprothèse est contrebalancé par des économies supérieures à celles anticipées sur l'optique. Un surcoût potentiellement conséquent est constaté dans le champ des complémentaires santé. Une moindre économie de 265 millions d'euros serait constatée, du fait de l'optique pour l'essentiel. La Cour estime toutefois que ce chiffrage est à prendre avec précaution et doit faire l'objet d'analyses supplémentaires.

L'incidence de la réforme sur les secteurs économiques concernés par la réforme est quant à lui difficilement évaluable. Il est a priori très favorable dans l'audioprothèse, plutôt favorable dans le dentaire et encore incertain dans l'optique.

Avant de présenter les recommandations de la cour, je voudrais évoquer les outils de régulation qui accompagnent cette réforme. Un seul outil de régulation financière est disponible, il concerne le secteur des audioprothèses. Un mécanisme prix/volume devait s'appliquer si le volume vendu pour les adultes excédait 650 000 unités sur 9 mois ou 935 000 unités sur l'année 2021. Ce seuil fixé avec les acteurs a été largement dépassé en 2021 (1,38 million d'unités ont été remboursées à fin novembre 2021), pour autant aucune baisse de prix n'a été réalisée.

Dans le dentaire, une clause de rendez-vous, peu opérante, applicable uniquement en cas de déséquilibre dans la répartition observée des actes prothétiques dentaires entre les trois paniers est prévue. Enfin aucun mécanisme de régulation n'existe en optique, sauf la possibilité offerte aux complémentaires santé de réduire leurs garanties (pour lesquelles il n'existe pas de réel dispositif de suivi).

Ces constats dressés, la Cour formule trois recommandations. Premièrement, mettre en place un partage des données entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires santé en veillant à la mise à disposition de données de remboursement par ces dernières et assurer, sur cette base, un suivi identifiant les dépenses exposées au titre de la réforme.

Deuxièmement, réviser à la baisse les prix limites de vente des audioprothèses du panier 100 % santé.

Troisièmement, prévoir, dans le cadre de futures négociations conventionnelles avec les syndicats de chirurgiens-dentistes une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires ; renforcer les contrôles de la mise en œuvre du 100 % santé par les chirurgiens-dentistes.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci pour ce point d'étape sur une réforme importante, affectée il est vrai sur certains points par la crise sanitaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la branche maladie du PLFSS. – Une remarque d'abord : la ligne de partage entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire n'étant pas modifiée par la réforme, le 100 % santé ne concerne pas les assurés dépourvus de complémentaire, tels par exemple ceux dont les revenus sont situés juste au-dessus du plafond d'accès à la C2S... Les classes moyennes sont par conséquent pénalisées. Et quand la prise en charge par l'assurance maladie au-delà du panier 100 % santé se réduit, c'est la double peine.

Vous avez en outre insisté sur la nécessité de suivre finement la réforme, notamment la qualité des prothèses prises en charge. Or le coût des matériaux et des produits finis a augmenté depuis 2019. Cela aura-t-il un impact sur le montant des cotisations ? Le coût des prothèses ne finira-t-il pas par dépasser le montant du tarif remboursé par l'assurance maladie obligatoire ? Dans cette hypothèse, on ne pourrait plus parler de 100 % santé...

Dès lors que la réforme ne bénéficie que très partiellement aux personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire, dans quelle mesure diriez-vous que la réforme a atteint sa cible en réduisant les inégalités dans l'accès aux soins et le renoncement aux soins des populations les plus fragiles, et comment faire en sorte que ces objectifs soient mieux atteints - en gardant à l'esprit l'objectif d'équilibrer les comptes sociaux ?

Votre rapport regrette que les données permettant de mesurer l'effet de la réforme sur les primes et les prestations des complémentaires santé soient aujourd'hui limitées. Une hausse des primes vous semble-t-elle néanmoins justifiée par la santé financière des organismes complémentaire, qui ont engendré en 2020 d'importants excédents ?

Les dépenses induites par la réforme se sont révélées inférieures aux prévisions pour l'assurance maladie obligatoire mais largement supérieures aux prévisions, en revanche, pour l'assurance complémentaire. Ce déséquilibre, s'il se révélait structurel, devrait-il conduire à une redéfinition du partage de l'effort entre ces deux volets ?

Vous êtes-vous appuyés, dans le cadre de vos travaux, sur les conclusions du comité de suivi mis en place par le PLFSS pour 2019 ? Cette structure vous paraît-elle adaptée aux besoins de suivi ? Vous semble-t-elle

avoir eu un rôle efficace jusque à présent dans le pilotage de la réforme - j'ai cru comprendre de vos propos que la réponse devait être négative ?

Une actualisation des paniers de soins doit être engagée cette année. Elle pourrait notamment conduire à une diminution du prix limite de vente des aides auditives, préconisée dans votre rapport. La révision doit-elle selon vous poursuivre d'autres objectifs ? Les paniers, notamment, doivent-ils être enrichis, par exemple pour les fortes correction en optique, pour les piles pour audioprothèses, ou pour les prothèses en céramique pour molaires ?

Une série de réunions avec les organismes complémentaires devait être programmée en 2022 afin de lever les obstacles techniques à la mise en œuvre du tiers-payant intégral. Avez-vous pu constater, au cours de vos travaux, des avancées en la matière ?

Si le législateur s'était saisi de cette question en 2021, la disposition a toutefois été censurée par le Conseil constitutionnel. Le recours à la loi vous semble-t-il nécessaire ?

Quel regard portez-vous sur les propositions d'extension du 100 % santé, par exemple aux prothèses capillaires, aux semelles orthopédiques, ou à l'orthodontie, formulées par la CNAM dans son dernier rapport sur les charges et produits ? Une telle extension vous paraît-elle réaliste à court ou moyen terme compte tenu des difficultés dans le pilotage économique du dispositif ?

En bref, j'insiste, il faudrait veiller à, si j'ose dire, ne pas mentir aux Français sur la réforme du 100 % santé.

M. François de la Guéronnière. – Que les personnes dépourvues de complémentaire santé n'aient pu bénéficier du 100 % santé est en effet inhérent aux modalités de la réforme. Si nous n'avons pas cherché, dans notre enquête, à sortir du cadre intellectuel qu'elle a établi, nous avons bien relevé cet état de fait. Les résultats montrent que la réforme a des effets positifs pour les personnes concernées, mais pour les personnes dépourvues de complémentaire, à savoir majoritairement les chômeurs, les inactifs en âge de travailler ou les jeunes adultes, il faudrait distinguer le cas des personnes bénéficiant de la C2S, pour lesquelles le panier de soins proposé est devenu plus favorable, et les autres, qui n'ont bénéficié d'aucune amélioration.

La Cour a toutefois déjà eu l'occasion de réfléchir à l'articulation entre l'assurance de base et la couverture complémentaire dans son rapport de l'an dernier, réalisé à la demande de l'Assemblée nationale, où nous envisagions plusieurs hypothèses, telles le décroisement des risques, le bouclier sanitaire, ou le renforcement de la régulation.

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur à la Cour des comptes. – La Cour recommande effectivement un meilleur partage des données entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires. Le code de la santé publique prévoit déjà que, dans le cadre du système national des données de

santé, les complémentaires mettent à disposition un échantillon représentatif des données de remboursement. Or cette disposition n'est pas appliquée. Veiller à l'application de cette disposition pourrait être l'occasion d'enrichir le dispositif, en y ajoutant des données sur les garanties offertes par les différentes complémentaires.

Cette disposition n'étant pas appliquée, nous ne disposons que de données un peu anciennes. Le dernier rapport de la Drees fait état d'excédents légèrement supérieurs en 2020 - 637 millions d'euros - à leur niveau de 2019 - 462 millions d'euros. Il est néanmoins difficile d'en tirer des conclusions très assurées : il s'agit d'une moyenne, et l'on ignore la situation financière de ces différents organismes complémentaires en 2021.

M. François de la Guéronnière. – Vous nous interrogez encore sur l'opportunité de modifier le partage des efforts entre assurance maladie obligatoire et la couverture complémentaire. Le rapport n'apporte pas de réponse à cette question, mais il est vrai que la réforme s'insère dans cet enjeu plus large. En matière de soins dentaires par exemple, la convention dentaire qui mettait en œuvre un certain nombre de dispositions de la réforme prévoyait 635 millions d'euros de l'assurance maladie obligatoire pour des soins conservateurs, contre 80 millions seulement pour les complémentaires. Si l'on devait toucher à l'équilibre entre assurance de base et assurance complémentaire, il conviendrait de le faire de manière plus globale, dans le cadre de la nouvelle convention dentaire, lorsqu'elle sera renégociée.

M. Erwan Samyn. – Nous avons eu accès aux documents du comité de suivi, créé par la LFSS pour 2019. Il a montré son utilité, en permettant aux parties prenantes d'être informés de l'avancement de la réforme. Un certain nombre d'acteurs nous ont toutefois indiqué que ce comité avait pu se révéler un peu trop descendant ou, disons, insuffisamment participatif, ne permettant guère de mettre sur la table tous les sujets. Surtout, les données financières actualisées permettant de mieux suivre la réforme ont manqué ; or c'était l'objectif premier de sa création.

M. François de la Guéronnière. – J'en viens à la question de l'éventuel enrichissement des paniers. Nous avons vu que la Cnam nourrissait progressivement ses dossiers sur cette question, notamment sur les fortes corrections optiques, les piles pour audioprothèses ou les prothèses en céramique pour les molaires. Nous n'avons toutefois pas encore les éléments permettant d'en tirer un bilan complet, notamment le résultat d'enquêtes auprès des patients permettant de savoir si le panier actuel est adapté. Il nous semble qu'il conviendrait de procéder d'abord à une telle évaluation avant d'envisager des extensions.

M. Erwan Samyn – S'agissant du tiers payant intégral, nous n'avons pas eu de remontées particulières sur ce point de la part des administrations. Le cycle de réunions que vous évoquez n'a sans doute pas donné d'effet

probant jusqu'à présent. Si la situation venait à se figer, seule une disposition législative pourrait lever les blocages constatés.

Mme Corinne Imbert. – Vous abordez dans votre rapport les soins conservateurs en matière dentaire en mentionnant qu'ils seraient moins concernés par la question des délais importants d'accès aux soins que d'autres secteurs comme l'optique. Ce n'est pas le sentiment que nous avons dans nos départements.

M. Bernard Jomier. – Le tiers payant intégral est particulièrement important si on veut que le 100 % santé contribue à améliorer l'accès aux soins. Pourquoi n'est-il pas bien respecté ? Est-ce en raison d'une trop grande complexité du tiers-payant avec des procédures de recouvrement trop longues et fastidieuses ou bien est-ce parce qu'il existe des indices de non-respect des tarifs ? Vous avez dit que les leviers pour débloquer la situation du tiers payant intégral relevaient du domaine législatif. Ce n'est pas le cas de cette question.

L'ambition générale du 100 % Santé, c'est un meilleur accès aux soins dentaires, aux audioprothèses et à l'optique. Or, à vous écouter, j'ai le sentiment que pour les audioprothèses, l'amélioration est perceptible mais que cela est moins vrai sur l'optique. Me confirmez-vous cette impression ?

M. Erwan Samyn – Sur la première question de Monsieur Jomier relative aux difficultés du tiers payant intégral, les contrôles effectués par la Cnam ne permettent pas de relever un non-respect des tarifs. En revanche, les difficultés sont multifactorielles. La question de la granularité des données transmises aux organismes complémentaires a notamment émergé avec la réforme. La nouvelle nomenclature des données est devenue beaucoup plus fine et les opticiens refusent parfois de transmettre des informations très précises sur leurs patients. Or, les complémentaires estiment que sans ces données, elles ne peuvent mettre en œuvre la gestion du risque. Cette situation freine la mise en place du tiers payant intégral.

D'autres réticences ou craintes de la part des professionnels sont liées au délai de remboursement. Un amendement proposé il y a un an répondait à ce sujet et réglementait la nature des données transmises. Sur cette question, il s'agit bien d'une réponse législative.

M. François de la Guéronnière – Sur l'ambition d'un meilleur accès aux prestations, vous avez la bonne appréciation des choses. Le taux de recours au panier 100 % Santé est bien le plus élevé pour l'audioprothèse. Nous avons constaté une augmentation du nombre de personnes s'étant équipé d'audioprothèses ainsi qu'une diminution du reste à charge. Cette hausse du taux de recours est flagrante à tel point que nous nous sommes interrogés sur la pertinence du recours à certains équipements. Les deux oreilles sont beaucoup plus systématiquement couvertes alors que ce n'est pas toujours nécessaire. Nous recommandons donc d'investiguer sur ce domaine en particulier.

Dans le secteur de l'optique, le taux de recours demeure beaucoup plus faible. J'ai déjà rappelé une circonstance explicative qui réside dans le fait que des offres de « zéro reste à charge » préexistaient à la réforme avec les contrats responsables ou les contrats de la complémentaire santé solidaire. Le 100 % Santé a donc eu un apport moindre que pour les audioprothèses. En outre, les moyens ont été concentrés sur les paniers 100 % et se sont détournés des autres paniers. Puisque le recours au panier 100 % Santé n'a pas été à la hauteur des objectifs, il en a résulté une hausse du taux de reste à charge. Le bilan est donc nettement moins favorable.

Mme Michelle Meunier. – À la sortie de nos travaux sur le contrôle des Ehpad, je porte une attention particulière sur le contrôle et le suivi des prestations. Quels sont les moyens de contrôle sur les audioprothèses ?

M. François de la Guéronnière – Les contrôles sont effectués par le service médical de la Cnam mais, comme nous l'avons indiqué, ils n'ont pas été suffisants. Nous appelons à leur déploiement.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Quel rôle peut-il être attribué à la crise sanitaire dans les difficultés de mise en œuvre du 100 % Santé ?

M. François de la Guéronnière – La crise, en saturant l'espace médiatique, a bien entendu une responsabilité dans la méconnaissance de la population sur le dispositif de la réforme. Nous préconisons dorénavant de renforcer l'effort d'information dans ce domaine.

Il n'a pas été mis en place de dispositif de suivi spécifique de la réforme notamment pour les aspects financiers. Il est donc très difficile de voir ce qui relève de la réforme 100 % santé et ce qui relève du bouleversement de la consommation médicale occasionné par la crise. Un moindre recours aux soins a été constaté durant la crise. Il est donc certain qu'une part des changements, certes difficile à mesurer, est due à cette dernière. L'année 2022 sera très importante pour l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – La crise a en effet bouleversé les pratiques de la population qui n'a pas pleinement connaissance du dispositif 100 % Santé comme vous l'avez souligné. Ce n'est donc pas la période idéale pour évaluer la réforme.

Il faudra regarder l'incidence pour les patients mais aussi pour les professionnels comme les dentistes, les audioprothésistes et les opticiens et en tirer les conséquences dans la nuance et la mesure. Certains opticiens m'ont indiqué être contrôlés de manière excessive ! Il faut également regarder si la réforme n'a pas mis en danger des entreprises françaises fabricantes de lunettes, comme c'était notre crainte lors du vote de la réforme. Des fabricants jurassiens de montures nous avaient interpellés sur le risque de favoriser les lunettes importées au détriment de la production nationale.

Sur l'audioprothèse, nous partions effectivement de plus loin que pour l'optique. La montée en charge a donc été plus forte. Toutefois, ce que j'entends aussi de la part des audioprothésistes, c'est que la qualité des produits éligibles au 100 % santé ne correspond pas toujours au besoin des patients qui sont obligés de revenir plusieurs fois auprès des professionnels pour régler des problèmes techniques de leur équipement.

Pour les dentistes, j'ai l'impression que la mise en place du 100 % Santé a favorisé les soins de type « inlay » et « onlay », dont le coût est plus élevé, au détriment des soins prothétiques. Il y a là un point à corriger. En somme, sans faire un procès à l'ambition de toucher le plus de personnes dans la population, il ne faut pas privilégier la quantité à la qualité. Il faut également garder à l'esprit que des professionnels dans tous ces domaines ont besoin de gagner leur vie.

M. François de la Guéronnière – Nous n'avons rien à redire aux remarques que vous formulez. Concernant l'incidence sur les professions, nous avons observé que dans le secteur de l'optique, le panier 100 % Santé est peu proposé aux patients, ce qui a contribué au faible effet de la réforme dans ce secteur.

Nous nous sommes penchés sur l'incidence du dispositif sur les entreprises. La formulation de la réforme a été différente selon le secteur : dans le secteur optique, contrairement aux deux autres, le choix a été fait de développer des produits nouveaux avec des prix très bas. Compte tenu de ces prix, il est exact que les lunettes sont probablement en très large partie importées.

Une des conclusions principales de notre rapport est qu'il faut examiner l'adéquation des produits encouragés par la réforme avec les véritables besoins avant de faire évoluer le dispositif.

M. Alain Milon. – Notre système de prise en charge des dépenses qui voit coexister des interventions de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire santé est affreusement compliqué. La question des avantages qu'apporteraient l'existence d'un seul financeur mérite d'être posée.

M. François de La Guéronnière – La question de l'articulation entre régime obligatoire et régime complémentaire n'est pas examinée dans la cadre de ce rapport. La coexistence de deux catégories d'acteurs chargés de la couverture d'un même risque est une des caractéristiques principales de notre système de santé. Dans d'autres pays européens, ce système n'existe pas. En Allemagne par exemple, le régime obligatoire et le régime complémentaire interviennent sur des champs différents. Chaque financeur est responsable de son domaine d'intervention. En outre, se pose en France la question des frais de gestion engendrés par cette organisation.

Ce mode d'organisation complique l'évaluation de la réforme du 100 % santé car la transmission des données se fait de manière incomplète,

c'est pour cela que la Cour recommande la mise en place d'un partage des données entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.

Notre rapport remis à l'Assemblée nationale en 2018 esquissait des scénarios pour régler cette question des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

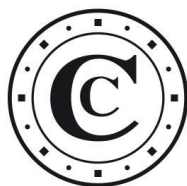
Mme Catherine Deroche, présidente. – Je vous remercie pour cette présentation. La commission autorise la publication de cette enquête sous la forme d'un rapport d'information.

La réunion est close à 10 h 25

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible en ligne [sur le site du Sénat](#).

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

Cour des comptes



LA RÉFORME DU 100 % SANTÉ

Communication à la commission
des affaires sociales du Sénat

Juillet 2022

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
 CHAPITRE I UNE RÉFORME VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PAR LA RÉDUCTION DU RESTE À CHARGE DES PATIENTS.....	 15
I - AVANT LA RÉFORME, DES RESTES À CHARGE ÉLEVÉS, UNE FRÉQUENCE DU RENONCEMENT AUX SOINS VARIABLE	15
II - LA RÉFORME : UNE AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS PAR LA SUPPRESSION DES RESTES À CHARGE	17
A - La suppression des restes à charge sur un panier de soins défini	17
B - En contrepartie, une diminution du remboursement de biens hors paniers 100 % santé.....	21
 CHAPITRE II UNE AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE DES BESOINS INÉGALE SELON LES SECTEURS	 23
I - DES RÉSULTATS VARIABLES EN MATIÈRE DE RESTES À CHARGE ET DE RECOURS	23
A - Un succès du panier dentaire sans reste à charge, sans effet majeur sur le nombre de personnes recourant aux soins.....	23
B - Une hausse de l'appareillage auditif de la population.....	25
C - Dans le domaine optique, pas d'augmentation du recours aux soins	29
II - DES LEVIERS DE DÉPLOIEMENT À MIEUX MOBILISER	31
A - Une communication à renforcer et des pratiques à contrôler.....	32
B - Une évaluation de la qualité des équipements à mettre en place.....	34
C - Une obligation de proposer le tiers-payant intégral insuffisamment mise en œuvre.....	36
 CHAPITRE III UN COÛT INCERTAIN ET DIFFICILEMENT MAÎTRISABLE.....	 39
I - UN ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA RÉFORME CONSTRUIT SUR DES BASES TRÈS OPTIMISTES EN OPTIQUE	39
A - Des hypothèses insuffisamment documentées	39
B - Un coût prévisionnel de près de 170 M€ annuels	40
II - UN COÛT RÉEL INCERTAIN	42
A - Des trajectoires contrastées de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé	42
B - Une incidence sur les secteurs économiques concernés par la réforme difficilement évaluable	47
III - DES OUTILS DE RÉGULATION PEU OPÉRANTS.....	49
LISTE DES ABRÉVIATIONS	51
ANNEXES	53

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres¹ thématiques que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur le fondement du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a ainsi été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 14 décembre 2011, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur la réforme du 100 % santé (cf. annexe n° 1).

L'instruction a été réalisée par la sixième chambre de la Cour. L'enquête a été notifiée au ministère des solidarités et de la santé (DSS et Drees), au ministère de l'économie, des finances et de la relance (DGCCRF) ainsi qu'à la Cnam.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

Des échanges sont également intervenus avec l'ensemble des parties prenantes : Unocam, grandes familles de complémentaires santé (FNMF, France Assureurs et CTIP), syndicats de professionnels de santé des secteurs dentaire, optique et de l'audioprothèse, association des réseaux de soins (APFS), représentants des fabricants des trois secteurs susmentionnés (Snitem, Gifo et Comident) et représentants des patients (FAS) et des consommateurs (Que-Choisir).

*

**

Le projet de communication a été préparé, puis délibéré le 05 juillet 2022, par la sixième chambre, présidée par M. Denis Morin, président de chambre, et composée de MM. Stéphane Seiller, Luc Machard, Frédéric Chastenet de Géry, Yves Colcombet, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mme Anne Fichen, conseillère référendaire et M. Erwan Samyn, conseiller référendaire en service extraordinaire et, en tant que contre-rapporteur, M. François de la Guéronnière, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Charpy, Mme Podeur, M. Gautier, Mme Démier et M. Bertucci, présidents de chambre de la Cour, MM. Martin, Meddah, Advielle, Lejeune et Mme Renet, présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que Mme Hirsch, Procureure générale, a été consulté sur le projet de communication le 6 juillet 2022. Le Premier président a approuvé la transmission du texte définitif au Parlement le 20 juillet 2022.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

Dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour des comptes prévue par l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), la commission des Affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes un rapport sur la réforme du 100 % santé.

Une réforme visant, par la réduction des restes à charge, à agir sur les renoncements aux soins

Le dispositif du 100 % santé consiste en un remboursement intégral par la sécurité sociale et les assurances maladies complémentaires d'un certain nombre d'aides auditives, de lunettes de vue et de prothèses dentaires, combiné à un plafonnement des prix des biens et tarifs des actes concernés. Cette réforme se justifiait par les importants restes à charge pesant sur les ménages et qui pouvaient limiter leur recours à ces soins. Ces restes à charge étaient toutefois bien plus faibles en optique que pour les soins dentaires et les audioprothèses, du fait notamment de l'existence d'offres sans reste à charge en optique avant même la réforme.

S'agissant des prothèses dentaires et auditives, le dispositif du 100 % santé est venu supprimer les restes à charge sur des équipements déjà consommés par une partie de la population. En optique, le choix a été fait de créer une offre sans reste à charge, d'un niveau de prix très inférieur à celui des équipements qui étaient et qui demeurent majoritairement consommés.

Les assurés ne disposant d'aucune couverture complémentaire ne sont cependant pas concernés par le remboursement intégral, bien que leur renoncement aux soins soit plus élevé que les autres. La création de la complémentaire santé solidaire, intervenue en parallèle de la réforme du 100 % santé, a justement pour objectif de remédier à cette situation %.

Des résultats inégaux selon les secteurs, positifs pour les soins dentaires et les audioprothèses, en retrait pour l'optique

Si les résultats de la réforme sont difficiles à mesurer, faute de recul et du fait des perturbations induites par la crise du Covid-19 dans la consommation de soins, de premières analyses sont néanmoins possibles. Il apparaît ainsi que le déploiement de la réforme n'a pas atteint les mêmes résultats dans les trois domaines.

Dans le secteur dentaire, le panier sans reste à charge représente une part très majoritaire des actes prothétiques réalisés (55% %), ce qui se traduit par une diminution globale des restes à charge pour les ménages. Elle s'accompagne d'une hausse conséquente du nombre de patients en 2021 (5,16 millions contre 4,4 en 2020 et 4,75 en 2019), qui doit néanmoins être interprétée à la lumière de la baisse du recours aux soins en 2020, en raison de la crise sanitaire, et du rattrapage qui pourrait s'en être suivi en 2021. En leur sein, le nombre de nouveaux patients apparaît d'ailleurs limité (parmi les 3,5 millions de patients ayant eu recours à un acte prothétique au premier semestre 2021, 92 % avaient déjà eu recours à un chirurgien-dentiste entre 2017 et 2020 et 70 % avaient eu recours à un chirurgien-dentiste en 2020). En lieu et place est constatée une augmentation du nombre de prothèses par patient.

En audiologie, le panier sans reste à charge représente fin 2021 40 % des aides auditives et se conjugue avec une forte hausse du nombre de patients (0,7 millions contre 0,45 millions en 2020), dans un secteur toutefois historiquement dynamique, avec, comme pour le dentaire, des restes à charge en baisse et une tendance à l'augmentation du nombre d'appareils vendus par patients.

En optique, à l'opposé, le panier sans reste à charge demeure très peu choisi, exception faite des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire auxquels des possibilités limitées sont offertes. Il ne représente que 5 % des montures et 7 % des verres, dans un secteur où il existait de longue date des offres sans reste à charge, avant même la mise en place de la réforme. La réforme se traduit même, à rebours de son objectif, par une augmentation des restes à charge, l'instauration d'un panier de soins remboursés à 100 % s'accompagnant d'une diminution des remboursements par l'assurance maladie des équipements du panier libre et, pour les organismes complémentaires, par la diminution du plafond de prise en charge des montures, qui ne sont pas compensés par un taux suffisant d'équipement du panier sans reste à charge.

Des leviers à mobiliser afin d'amplifier le déploiement de la réforme

Plusieurs difficultés sont de nature à freiner le recours aux soins que la réforme cherche pourtant à promouvoir.

La mise en place de la réforme a tout d'abord été perturbée par la crise sanitaire. La connaissance qu'en a la population en a été affectée. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2021, seules 53 % des personnes interrogées répondaient la connaître. Par ailleurs, les contrôles des pratiques des professionnels menés par l'administration ont fait apparaître certains comportements visant à dévaloriser le contenu des paniers sans reste à charge. Ces contrôles devront être renforcés afin de lever toute ambiguïté sur le contenu de la réforme.

L'absence de tiers-payant intégral, malgré l'obligation posée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021², peut également expliquer certaines difficultés de patients confrontés à des problèmes de trésorerie. Par construction, la mise en place d'un tel système, qui regroupe de multiples interlocuteurs, ne peut qu'être complexe. Par ailleurs, la question du degré de confidentialité des données de santé transmises a été soulevée et n'a pas encore été définitivement tranchée. Le législateur a, certes, tenté d'y répondre, par un amendement au PLFSS 2022 donnant au ministère de la santé la possibilité d'encadrer plus strictement les modalités de transmission d'information entre parties prenantes dans le cadre du tiers-payant, mais cet amendement a été écarté comme cavalier social par le Conseil constitutionnel. Un autre vecteur législatif sera donc nécessaire.

Enfin, faute de questionnaire d'évaluation, il demeure délicat de déterminer si les paniers du 100 % santé répondent effectivement aux besoins de la population. Un tel questionnaire est bien envisagé en optique et pour les audioprothèses mais les travaux n'ont pas abouti à ce jour.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020.

Un coût incertain, une réforme difficilement pilotable

Le coût prévisionnel de la réforme établi par la direction de la sécurité sociale s'élevait à près de 170 M€ annuels, également partagés entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaire. Le financement reposait sur une compensation partielle des coûts résultant tant de la hausse du recours aux audioprothèses que de l'augmentation du remboursement des prothèses dentaires et auditives par des économies liées au recours à des équipements optiques de moindre prix. La prévision du coût de la réforme reposait toutefois sur des hypothèses optimistes en matière de recours au panier 100 % santé en optique. L'absence de réel partage des informations disponibles entre le ministère, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les professionnels rend difficile, non seulement l'estimation *ex ante*, mais plus encore le suivi *ex post* du coût de la réforme. Celui-ci a de plus été affecté par la crise sanitaire, qui a fortement perturbé la consommation de soins.

De fait, la consommation de soins constatée en 2021 s'éloigne des prévisions et les dépenses de l'assurance maladie se révèlent plus faibles qu'anticipé, notamment en raison de la baisse de la consommation d'équipements d'optique liée à la crise et du recours moins important que prévu au panier 100 % santé dans ce secteur.

À partir de ses propres données, l'assurance maladie complémentaire fait état d'un surcoût, lié d'une part au dynamisme des audioprothèses et d'autre part à des économies en optique inférieures aux prévisions. Une telle situation risque de se traduire, sauf dégradation des garanties offertes (difficile à établir faute de données actualisées), par une hausse des cotisations des assurés, variable selon les contrats, les profils de risque et la situation financière de chacun des organismes.

L'absence d'outil permettant de réguler la dépense, tel qu'un mécanisme de régulation du prix des audioprothèses, n'est pas de nature à faciliter le respect des trajectoires de dépenses initiales et pourrait par conséquent aboutir à un surcoût pour les assurés. Un bilan méritera d'être établi en 2024, en-dehors des perturbations de la crise sanitaire.

Recommandations

1. Mettre en place un partage des données entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, en veillant à la mise à disposition de données de remboursement par ces dernières, et assurer, sur cette base, un suivi identifiant les dépenses exposées au titre de la réforme (*Ministère de la santé et de la prévention, Cnam, organismes complémentaires d'assurance maladie*).
2. Réviser à la baisse les prix limites de vente des audioprothèses du panier 100 % santé (*Ministère de la santé et de la prévention*).
3. Prévoir, dans le cadre de futures négociations conventionnelles avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires ; renforcer les contrôles de la mise en œuvre du 100 % santé par les chirurgiens-dentistes (*Ministère de la santé et de la prévention, Cnam, Unocam*).

Introduction

La réforme du 100 % santé est une promesse électorale du président de la République. Elle consiste en la définition d'un panier de biens dans les champs dentaire, optique et des audioprothèses, pour lequel les assurés sociaux titulaires d'un contrat de santé responsable et solidaire³, n'ont aucun reste à charge, après remboursement de leurs dépenses par l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires santé. Elle ne conduit pas à remettre en cause l'articulation entre ces deux catégories d'acteurs, telle qu'ont pu récemment le proposer parmi d'autres *scenarii* la Cour des comptes⁴ et le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁵. Avant la réforme, les dépenses relatives à ces trois types de produits de santé étaient prises en charge pour une part importante par les assurances maladie complémentaires, avec des restes à charge moyens ou élevés.

Cette réforme, dont les premiers travaux ont débuté en 2018, est entrée en vigueur de manière progressive, de façon à permettre à l'ensemble des parties prenantes, professionnels de santé, organismes complémentaires et assurance maladie obligatoire, de se conformer à leurs nouvelles obligations. D'un point de vue technique, la réforme s'est en effet traduite par une refonte de la nomenclature des biens relevant des trois secteurs et par une révision des garanties des contrats de santé. Elle s'est appliquée pleinement à compter du 1^{er} janvier 2021.

La crise sanitaire est venue perturber le lancement de la réforme, ce qui rend difficile d'en dresser un premier bilan un an après sa mise en œuvre complète. La Cour s'est néanmoins essayée à cet exercice, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat. À cet effet, elle a interrogé l'ensemble des parties prenantes : administrations centrales (ministère des solidarités et de la santé, ministère de l'économie, des finances et de la relance), caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), représentants des grandes familles d'organismes complémentaires en santé, professionnels de santé, réseaux de soins, fabricants de biens des trois secteurs concernés, ainsi que représentants des patients et consommateurs.

Ce bilan intermédiaire n'a pas vocation à remplacer le bilan recommandé par la Cour d'ici 2024 à l'occasion de sa communication susmentionnée sur les complémentaires santé. Il s'attache à rendre compte, de façon factuelle, de la mise en œuvre du dispositif, selon quelques dimensions facilement objectivables (évolution des restes à charge, du recours et des dépenses).

La Cour a ainsi constaté que la réforme, qui portait une forte ambition d'amélioration de l'accès financier aux soins (chapitre I), malgré quelques difficultés, semble avoir trouvé au moins en partie son public (chapitre II), mais que son coût est difficile à maîtriser (chapitre III).

³ Contrats pour lesquels, en contrepartie d'une fiscalité aménagée, les prestations sont encadrées (plafonnement de prises en charge, comme les montures de lunettes), certaines étant rendues obligatoires (prise en charge du ticket modérateur, par exemple), quand d'autres sont interdites (pas de remboursement des franchises d'ordre public). 98 % des contrats relèvent de cette catégorie (Drees, *Les complémentaires santé*, édition 2019).

⁴ Cour des comptes, *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*, communication à l'Assemblée nationale, juillet 2021

⁵ HCAAM, *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire*, janvier 2022.

Chapitre I

Une réforme visant à améliorer l'accès aux soins par la réduction du reste à charge des patients

I - Avant la réforme, des restes à charge élevés, une fréquence du renoncement aux soins variable

La réforme du 100% santé vise à diminuer le renoncement aux soins grâce à la baisse des restes à charge des patients. Pour les trois secteurs concernés, le renoncement aux soins et les restes à charge étaient élevés avant la réforme. Chacun présentait toutefois une situation particulière.

En optique, les restes à charge avant réforme étaient plus faibles que ceux relevés pour les prothèses dentaires, et plus encore que ceux constatés pour les aides auditives. Cela s'explique notamment par la préexistence d'offres sans reste à charge avant la réforme, en particulier dans les réseaux de soins : l'association des plateformes de santé⁶ indique ainsi que, en 2020, dans le panier libre et selon les réseaux, 48 % à 81 % des verres unifocaux et 27 % à 53 % des verres multifocaux ont été remboursés sans reste à charge. C'est également le cas, mais dans une bien moindre mesure, pour les prothèses dentaires : de 11 % à 19 % des prises en charge pour les prothèses du panier modéré, et de 14 % à 36 % pour les prothèses du panier libre. L'union nationale des organismes complémentaires (Unocam)⁷ estime pour l'année 2019⁸ que les restes à charge moyens pour un assuré couvert par une complémentaire santé et consommant des soins sont de : 316 € pour les prothèses dentaires (soit 36 % de la dépense moyenne) ; 1 256 € pour les aides auditives (soit 48 % de la dépense moyenne) et 126 € pour l'optique (soit 29 % de la dépense moyenne).

Quant au renoncement aux soins avant la réforme, il variait aussi beaucoup selon les secteurs : il était plus fort en dentaire qu'en optique, et plus encore qu'en matière d'audioprothèse. D'après l'enquête santé européenne (EHIS), pilotée par la Drees, et qui mesure les besoins de soins non satisfaits pour raisons financières, 12,3 % de la population ayant besoin d'un soin dentaire, 10,6 % de la population ayant besoin d'un soin optique, et 8,3 % de la population ayant besoin d'une audioprothèse n'ont pu le payer. Ces chiffres sont à prendre avec précaution, la mesure du renoncement aux soins par enquête dépendant fortement de la formulation de la question posée.

⁶ L'APFS réunit les cinq entités gestionnaires de réseaux de soins en France (Carte Blanche Partenaires, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane), soit environ 50 millions de patients.

⁷ Baromètre 100 % santé, 2^e édition, juin 2022 ; données 2019 et 2021, recueillies auprès de la FNMF, de France-Assureurs et du CTIP (hors CSS). Les chiffres de l'Unocam sur le niveau des restes à charge sont les seuls disponibles pour la période avant réforme, la Drees ne suivant les restes à charge pour les prothèses dentaires et auditives que depuis 2020.

⁸ Ce qui correspond pour l'optique à une période antérieure à la réforme, et pour les prothèses dentaires et auditives, au début de la montée en charge du dispositif.

Le renoncement aux soins était bien plus fréquent chez les personnes n'ayant pas de complémentaire santé. Or, elles ne bénéficient pas de la réforme. L'enquête EHIS réalisée en 2019 montre en effet une inégale répartition du renoncement dans la population selon le type de couverture d'assurance santé⁹ (cf. tableau n°2). Parmi les personnes ayant eu besoin d'un soin de santé, les personnes sans complémentaire santé ont renoncé 1,7 fois plus aux soins dentaires que les personnes bénéficiant de la CMU-C et 2,7 fois plus que les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé privée ; 2,2 fois plus aux soins optiques que les personnes bénéficiant de la CMU-C et 5,1 fois plus que les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé privée ; 5,5 fois plus aux aides auditives que les bénéficiaires de la CMU-C et 2,7 fois plus que les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé privée.

Tableau n° 1 : taux de besoins non satisfaits pour raison financière
(« Avoir eu besoin d'un soin de santé qu'on n'a pas pu se payer ») (EHIS 2019), en %

	Type de couverture	Dentaire	Optique	Audioprothèse
Tout âge	CMU-C	11,9	6,4	0,5
	Complémentaire privée	7,7	2,9	1,1
	Sans couverture	18,7	12,9	3,9
	Ensemble	8,4	3,5	1,1
Moins de 65 ans	CMU-C	11,9	6,0	0,6
	Complémentaire privée	8,3	3,0	0,4
	Sans couverture	17,6	11,0	1,7
	Ensemble	8,9	3,5	0,5
Plus de 65 ans	Couverture santé *	6	3	2,9
	Sans couverture	21,9	18,8	10,5
	Ensemble	6,6	3,6	3,2

Source : EHIS 2019

Champ : personnes de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire, France métropolitaine.

(*) compte tenu de leur effectif très réduit, les personnes de plus de 65 ans ayant déclaré bénéficier de la CMU-C sont regroupées avec celles bénéficiant d'une complémentaire privée.

Tableau n° 2 : taux de besoins non satisfaits pour raison financière
(« Avoir eu besoin d'un soin de santé qu'on n'a pas pu se payer ») (EHIS 2019)
parmi les personnes ayant un besoin de soins, en %

	Type de couverture	Dentaire	Optique	Audioprothèse
Tout âge	CMU-C	17,9	12	3,9
	Complémentaire privée	11,2	5,2	8
	Sans couverture	30,5	26,4	21,5
	Ensemble	12,3	10,6	8,3
Moins de 65 ans	CMU-C	18	11,8	5,1
	Complémentaire privée	12,2	5,6	4,2
	Sans couverture	28,6	24,6	11
	Ensemble	13,2	11,4	4,6
Plus de 65 ans	Couverture santé *	8,7	4,5	12,6
	Sans couverture	36,8	30,5	42,2
	Ensemble	9,6	8,3	13,8

Lecture : Parmi les personnes ayant eu un besoin de soins dentaires, 11,2 % des personnes bénéficiant d'une complémentaire santé privée déclarent ne pas avoir pu se payer les soins dont elles avaient besoin.

Champ : personnes de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire ayant eu un besoin de soin pour le poste de soin étudié, France métropolitaine.

Source : EHIS 2019, calculs Drees.

⁹ Les valeurs des taux présentées ne sont pas comparables avec celles de l'enquête 2014, présentées plus haut, du fait d'un changement dans la formulation de la question, occasionnant une rupture de série.

II - La réforme : une amélioration de l'accès aux soins par la suppression des restes à charge

A - La suppression des restes à charge sur un panier de soins défini

Le dispositif du 100 % santé mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019¹⁰ consiste à supprimer les restes à charge des patients sur un panier de soins défini. Le financement des actes et biens de ce panier est partagé entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Ces derniers sont en effet tenus d'inclure dans leurs contrats, dès lors qu'ils sont solidaires et responsables, un remboursement qui complète celui de l'assurance maladie obligatoire pour atteindre la totalité de la dépense engagée par le patient. À cela s'ajoute, s'agissant des prestataires de soins ou distributeurs des produits, le plafonnement des prix des biens et des actes du panier 100 % santé, afin d'éviter tout risque inflationniste.

Concernant les aides auditives, les contrats responsables doivent prendre en charge le remboursement à 100 % des audioprothèses du panier 100 % santé, dit de classe 1, à compter de 2021. Le prix des aides auditives de classe 1 a été plafonné, par décret¹¹, à 1 300 € au 1^{er} janvier 2019, 1 100 € au 1^{er} janvier 2020 et 950 € au 1^{er} janvier 2021 ; pour les personnes de 20 ans et moins, le prix plafond a été fixé à 1 400 € à partir du 1^{er} janvier 2019. L'assurance maladie a pris sa part du financement du dispositif en augmentant la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)¹² des audioprothèses, qui est identique pour la classe 1 et pour le panier à prix libre, dit de classe 2¹³.

En optique, la réforme est entrée en vigueur intégralement au 1^{er} janvier 2020. Les équipements, verres et montures, appartenant au panier 100 % santé, dits équipements de classe A, sont remboursés à 100 % par les contrats responsables des complémentaires santé, et voient leurs prix plafonnés. Les prix des montures de classe A sont ainsi limités à 30 €. Comme pour les audioprothèses, l'assurance maladie participe au financement du dispositif en augmentant la base de remboursement de la sécurité sociale pour les équipements de classe A. Il est possible de panacher les équipements, en choisissant des verres dans le panier A et une monture du panier à prix libres, dit panier B, ou inversement.

¹⁰ Article 51.

¹¹ Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, pris en application de l'article 51 de la LFSS pour 2019, et visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. Sur son fondement, différents arrêtés sont venus compléter cet encadrement qui s'applique également à l'optique et, dans une moindre mesure, au dentaire qui relève également de dispositions de nature conventionnelle.

¹² Le tarif qui détermine le remboursement de l'assurance maladie, calculé comme un pourcentage de la BRSS (60 % pour les aides auditives).

¹³ Elle a été revalorisée de 199,71 € en 2018 à 300 € en 2019, 350 € en 2020 et 400 € en 2021 (avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale publié au journal officiel de la République française du 28 novembre 2018). Pour les personnes de 20 ans et moins, la base de remboursement de la sécurité sociale de 1 400 € est restée inchangée.

Concernant les prothèses dentaires, la réforme est portée par la convention dentaire¹⁴ entrée en vigueur le 1^{er} avril 2019. Elle poursuit un objectif plus large de rééquilibrage de l'activité dentaire par la diminution du recours aux soins prothétiques au profit des soins conservateurs et chirurgicaux. Pour ce faire, la convention a revalorisé les actes relevant des soins conservateurs, de manière progressive sur toute la durée de la convention et a, dans le même temps, mis progressivement en place des honoraires plafonds, applicables au 1^{er} janvier de chaque année, pour toute une liste d'actes prothétiques. Il a également été prévu¹⁵, à compter du 1^{er} janvier 2020 ou 2021 selon les actes, le remboursement intégral par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire de certains des actes concernés par ces honoraires limites, définissant ainsi trois paniers : un panier sans reste à charge, un panier à prix modérés (dont les honoraires sont limités, mais sans remboursement intégral par les assurances maladie obligatoire et complémentaires) et un panier à tarifs libres.

Si le dispositif apparaît assez semblable pour les trois secteurs, il diffère néanmoins de façon significative dans sa mécanique entre l'optique et les deux autres domaines : concernant les prothèses dentaires et auditives, le dispositif supprime les restes à charge sur des équipements déjà consommés par une partie de la population. En optique, le dispositif revient non pas à supprimer les restes à charge sur les équipements déjà consommés mais plutôt à introduire une gamme de produits sans reste à charge, à un niveau de qualité garanti, bien qu'à un prix très inférieur à celui des équipements majoritairement consommés jusqu'alors. Les prix limites pour les audioprothèses et les prothèses dentaires ont ainsi été fixés en prenant pour référence les prix moyens pratiqués pour ces produits, contrairement aux prix limites des équipements optiques.

Le bénéfice de la réforme est cependant restreint aux assurés détenteurs d'un contrat responsable de complémentaire santé : les personnes sans couverture complémentaire sont susceptibles de devoir acquitter des restes à charge.

La réforme du 100 % santé s'inscrit par ailleurs dans une logique plus large d'amélioration du recours aux soins par d'autres mesures, notamment la création de la CSS et des mesures organisationnelles (cf. encadré ci-dessous).

¹⁴ Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par arrêté du 20 août 2018.

¹⁵ Par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, pris en application de l'article 51 de la LFSS pour 2019, et visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, qui fixe les niveaux de prise en charge, par les contrats responsables des complémentaires santé, pour les équipements et prestations dans ces trois secteurs.

Des mesures complémentaires visant à améliorer l'accès aux soins dans les secteurs du 100 % santé

Le ministère a déployé, en parallèle de la réforme du 100 % santé, différentes mesures visant à favoriser l'accès des patients aux professionnels de santé, de manière à faciliter la prescription d'appareils auditifs et optiques nécessaire à leur délivrance.

Dans le domaine de l'optique, les orthoptistes se sont vu confier des responsabilités supplémentaires avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹⁶, de manière à suppléer les ophtalmologues et ainsi réduire les délais de prise de rendez-vous. Ceux-ci atteignent en effet environ trois mois, selon l'Igas et l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR)¹⁷. Les orthoptistes peuvent dorénavant réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire¹⁸, ainsi qu'un dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant. Les opticiens appellent néanmoins à aller plus loin, au-delà même des préconisations de la mission inter-inspections, qui propose d'autoriser les opticiens à adapter les primo-prescriptions en cas d'erreur manifeste ou d'inconfort¹⁹.

Dans le secteur auditif, la question de l'accès aux oto-rhino-laryngologistes (ORL) se pose dans les mêmes termes que pour les ophtalmologues, du fait de leur démographie. Ainsi « *entre 2015 et 2040, les ORL seraient l'une des très rares spécialités à connaître une diminution du nombre de praticiens en activité (-5,1 %), avec les médecins du travail (-16,2 %) et les dermatologues (-12,7 %)* »²⁰. Cela ne s'est toutefois pas encore véritablement traduit dans les délais moyens de rendez-vous, qui s'établissent à un mois pour 35 % des patients et à trois mois et plus pour seulement 15 % d'entre eux. Pour éviter une dégradation, une mission Igas-IGESR²¹ préconise notamment de renforcer la coopération entre les professionnels de la filière auditive (ORL, orthophonistes et audioprothésistes). La LFSS 2022 prévoit une expérimentation en ce sens dans six départements, dans lesquels les orthophonistes pourront exercer leur art sans prescription médicale²². Un rapport d'évaluation, réalisé au terme de l'expérimentation, devra être transmis au Parlement.

Le secteur dentaire semble, à ce stade, moins concerné par ces problèmes d'accès.

Dans ces trois secteurs, les paniers sans reste à charge ont été définis de façon à garantir la qualité des équipements qu'ils incluent. Les verres de lunettes du panier de classe A comportent par exemple un traitement amincissement, anti-rayures et anti-reflets, et les opticiens doivent présenter au moins 17 modèles de montures adulte et 10 modèles enfants en deux coloris différents. Les aides auditives de classe 1 et 2 doivent respecter des spécifications techniques minimales communes²³ ; elles ne se distinguent entre elles que par des options²⁴. Les

¹⁶ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021, article 68.

¹⁷ Igas/IGESR, *La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations*, janvier 2020.

¹⁸ Dans des conditions définies par le décret n°2022-691 du 26 avril 2022.

¹⁹ Demande de les autoriser à renouveler les ordonnances pour les primo-presbytes déjà porteurs de lunettes et à adapter la correction inscrite sur la prescription optique lors de la première délivrance.

²⁰ Igas/IGESR, *Évaluation de la filière auditive*, novembre 2021.

²¹ *Ibid.*

²² Article 74. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste devront être adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

²³ Prévues par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

²⁴ Prévues par le même arrêté. Les aides de classe 1 doivent comporter au moins trois des options d'une liste dite A ; les aides auditives de classe 2 doivent comporter au moins six des options de la liste A et une option de la liste dite B. La liste A comporte par exemple les options suivantes : un système générateur de signaux ajustables permettant la mise en place des thérapies sonores de traitement de la perception des acouphènes ; une connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou *Bluetooth*) ; un réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones ; une synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant. La liste B est constituée des options suivantes : une bande passante élargie $\geq 10\,000$ Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000 Hz ; au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes ; un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms ; une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles.

spécifications techniques minimales conduisent à une montée en gamme des audioprothèses du marché français, les équipements de basse gamme étant exclus par cette réforme²⁵. La garantie minimale des aides auditives du panier de classe 1 est fixée à quatre ans contre deux auparavant ; la qualité des aides de ce panier a été soulignée par l'UFC-Que Choisir.

Les opticiens et les audioprothésistes ont l'obligation de proposer les équipements des paniers 100 % santé et de présenter un nouveau devis normalisé avec présence systématique d'une offre de ces paniers. Les chirurgiens-dentistes ne sont soumis, en cas de proposition d'un acte n'appartenant pas au panier 100 % santé, qu'à une obligation de mention au devis des alternatives issues du panier 100 % santé.

Une amélioration de la qualité des équipements pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)

L'introduction du dispositif « 100 % santé » a été concomitante de la mise en place de la complémentaire santé solidaire (CSS), en remplacement de la CMU-C et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), effective au 1^{er} novembre 2019. Les bénéficiaires de la CMU-C disposaient déjà, avant la réforme du 100 % santé, de paniers sans reste à charge dans les trois secteurs. Cependant, les paniers CSS ont été soit substitués (optique et audioprothèses), soit élargis (dentaire) aux paniers de soins 100 % santé. Dans le dentaire, le panier CSS intègre ainsi une douzaine d'actes nouveaux (couronnes provisoires, couronnes en zircone et prothèses amovibles de transition de neuf dents et plus)²⁶.

Dans le domaine de l'optique²⁷ et de l'audioprothèse, le principal apport de la réforme pour les bénéficiaires de la CSS est d'ordre qualitatif, les équipements proposés dans les paniers 100 % santé étant de gammes supérieures à celles des produits qui leur étaient proposés jusqu'alors.

Les tarifs du panier 100 % santé en matière auditive ont été revalorisés par rapport à ceux de la CMU-C : les prothèses auditives, remboursées, depuis 2014²⁸, à hauteur de 700 € (1 400 € pour les patients âgés de 20 ans et moins), le sont désormais à hauteur de 800 € ; ce montant reste toutefois inférieur à celui des autres patients. En matière dentaire, les tarifs sont aussi inférieurs aux prix limites de l'offre 100 % santé. En optique, les tarifs ont été alignés sur les prix limites de vente des équipements 100 % santé, les montures étant légèrement revalorisées, passant de 22,87 € par monture à 30 € et les verres voyant leur prix augmenter fortement.

²⁵ La classification des audioprothèses comportait avant 2019 quatre catégories : A, B, C et D. Les aides de la catégorie A étaient prévues pour un environnement sonore calme seulement, alors que les nouvelles spécifications techniques prévoient une adaptabilité des aides des classes 1 et 2 à un environnement bruyant.

²⁶ Dans le dentaire, le panier CSS est plus favorable puisqu'il comprend, outre les prestations du panier de soins 100 % santé, quelques actes du panier à reste à charge modéré, un acte à honoraire libre (ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale) ainsi que l'orthodontie. En contrepartie, les tarifs de remboursement opposables aux professionnels de santé ont été fixés à des niveaux inférieurs au reste de la population par l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 14 février 2019.

²⁷ En contrepartie, le renouvellement de lunettes qui était jusqu'ici annuel pour les bénéficiaires de la CMU-C a été aligné sur les règles de droit commun (tous les deux ans). Le surcoût a été estimé à 40 M€.

²⁸ Arrêté du 23 mai 2014.

B - En contrepartie, une diminution du remboursement de biens hors paniers 100 % santé

Les équipements optiques de classe B, dont les prix sont libres, voient leur base de remboursement diminuée à quelques centimes d'euro. La bonification de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les enfants a été supprimée. Les plafonds de remboursement complémentaire des montures par les contrats responsables ont été abaissés de 150 € à 100 € par monture. Un plafond de remboursement par les contrats responsables des organismes complémentaires a été introduit pour les aides auditives de classe 2, à hauteur de 1 700 €.

Les bases de remboursement des prothèses dentaires ont elles aussi été revues, pour certaines à la baisse, pour d'autres à la hausse, le tout s'équilibrant *a priori* pour un coût quasi-nul pour l'assurance maladie²⁹.

Ces évolutions mises à part, l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé dans la prise en charge des paniers autres que 100 % santé n'a pas évolué. Or, celle-ci n'est pas des plus lisibles, comme l'a rappelé la Cour dans sa communication précitée sur les complémentaires santé³⁰. Il est ainsi difficile pour les patients de connaître les garanties comprises dans leurs contrats et d'exercer un choix réellement informé, en dehors des paniers sans reste à charge.

Les contreparties à l'amélioration du remboursement des actes et produits des paniers 100 % santé touchent aussi les bénéficiaires de la CSS. Le remboursement de leurs dépenses a été diminué pour les soins choisis hors du panier CSS en optique et dentaire³¹.

²⁹ La base de remboursement des couronnes dentoportées a été augmentée de 107,50 € à 120 €, celle des *inlays-cores* a été diminuée de 122,55 € (ou 144,05 € pour l'*inlay-core* à clavette) à 90 €, et celle de l'*inlay/onlay* (acte faisant partie des soins conservateurs) de 40,97 € (pour le 3 faces) à 100 €. Cf. tableau n° 13 *infra* : selon les estimations réalisées par le ministère, une économie de 13 M€ en était attendue, au terme de la réforme (2023).

³⁰ Des travaux portant sur la lisibilité des garanties se poursuivent néanmoins (cf. annexe 11).

³¹ Avant la réforme, les bénéficiaires de la CMU-C, s'ils avaient recours à des actes hors du panier, bénéficiaient du même montant de remboursement et prenaient en charge la différence. Les bénéficiaires de la CSS, en cas de choix d'actes ou produits dentaires ou optiques hors du panier CSS, c'est-à-dire, hormis quelques rares cas en optique, des choix esthétiques, perdent le complément apporté par leur couverture spécifique pour ne conserver que le remboursement de l'assurance maladie obligatoire, souvent très éloigné du prix déboursé *in fine*.

Chapitre II

Une amélioration de la couverture des besoins inéegale selon les secteurs

Les résultats du dispositif sont très différenciés selon les secteurs (I), et plus marqués pour les secteurs dentaires et de l'audioprothèse que pour l'optique. Plusieurs leviers restent à mobiliser pleinement pour poursuivre le déploiement du 100 % santé, que ce soit la communication pour faire connaître le dispositif, l'évaluation de la qualité des équipements proposés ou le tiers-payant intégral (II).

I - Des résultats variables en matière de restes à charge et de recours

A - Un succès du panier dentaire sans reste à charge, sans effet majeur sur le nombre de personnes recourant aux soins

1 - Une majorité des prothèses réalisées appartiennent aux paniers 100 % santé

Le panier sans reste à charge et le panier modéré représentent une part très majoritaire des actes prothétiques réalisés : respectivement 55 % et 21 % en 2021³². Ces parts sont allées croissant depuis 2019 au détriment du panier libre, dont la part est passée de 53 % en 2019 à 24 % en 2021. Le recours au panier sans reste à charge est néanmoins différencié selon le type de dents et la nature des matériaux inclus dans le panier pour les couronnes : il n'inclut, pour les molaires, que des couronnes métalliques, moins esthétiques que les prothèses en céramique ; le taux de recours au panier sans reste à charge reste bien plus faible pour ce type de dents³³.

³² L'objectif fixé dans le baromètre de l'action publique est de 45 % de prothèses issues du panier sans reste à charge en 2022.

³³ Pour la période de janvier à juin 2021, la part des couronnes du panier sans reste à charge est de 84 % pour les incisives et canines, de 88 % pour les premières prémolaires, de 52 % pour les deuxièmes prémolaires, de 23 % pour les premières molaires et 35 % pour les deuxièmes molaires.

Tableau n° 3 : part des trois paniers dans le volume total des actes prothétiques

	2019	2020	2021
Part des actes du panier sans reste à charge	31 %	52 %	55 %
dont bénéficiaires de la CSS	57 %	77 %	78 %
hors bénéficiaires de la CSS	28 %	49 %	53 %
Part des actes du panier à prix modéré	16 %	21 %	21 %
dont bénéficiaires de la CSS	16 %	21 %	21 %
hors bénéficiaires de la CSS	25 %	21 %	21 %
Part des actes du panier libre	53 %	27 %	24 %
dont bénéficiaires de la CSS	27 %	2 %	2 %
hors bénéficiaires de la CSS	59 %	30 %	26 %

Source : SNDS, calcul de la Cnam.

2 - Une diminution des restes à charge des ménages

La Drees présente dans les comptes de la santé les restes à charge des ménages par secteur. En matière dentaire, tous soins confondus (y compris soins conservateurs, implantologie, orthodontie), la part de la dépense financée par les ménages, est en baisse depuis 2010. Cette baisse s'accroît en 2020, la part des ménages passant de 21 % en 2019 à 18,3 % en 2020. Il est toutefois délicat de savoir si cette tendance est liée à la réforme du 100 % santé ou à la spécificité de l'année 2020, pendant laquelle les cabinets dentaires ont connu des périodes de fermeture en raison de la crise sanitaire, de sorte que la structure des soins consommés a pu être modifiée.

Tableau n° 4 : part de la dépense de soins dentaires financée par les ménages

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
26,4 %	26,3 %	25,6 %	25,5 %	24,8 %	22,9 %	22,5 %	22,0 %	20,2 %	21,1 %

Source : Drees, comptes de la santé.

La Drees publie par ailleurs depuis 2020, dans le cadre du suivi de la réforme du 100 % santé, la consommation de soins prothétiques par panier, et la répartition de leur prise en charge entre les différents financeurs. Les ménages finançaient ainsi 25 % de la dépense en prothèses dentaires en 2020. Faute de connaissance de cette proportion avant la réforme, il n'est pas possible d'en inférer un effet de cette dernière. La publication des chiffres portant sur la dépense en prothèses dentaires en 2021 prévue en septembre 2022 dans les comptes de la santé 2021, devrait permettre d'en savoir davantage.

Concernant l'année 2021, l'Unocam³⁴ estime que les dépenses dentaires restant à la charge des personnes assurées par un organisme complémentaire ont diminué de 29 % entre 2019 et 2021, passant de 316 € (36 % de la dépense totale) par bénéficiaire consommant à 225 € (23 % de la dépense totale).

³⁴ Ibid.

3 - Un effet encore incertain sur le nombre de patients recourant aux soins

Du fait de la fermeture des cabinets dentaires lors du confinement de 2020, l'effet de la réforme sur le recours aux soins est difficile à mesurer. Le nombre de patients ayant eu recours à un acte prothétique est passé de 4,74 millions en 2018 à 4,75 millions en 2019, 4,42 millions en 2020 et 5,16 millions en 2021 ; cette hausse marquée en 2021 doit être interprétée à la lumière des moindres recours aux soins de 2020 liés à la crise sanitaire et du rattrapage qui pourrait s'en être suivi en 2021 ; elle devra être confirmée par la consommation d'actes des années à venir.

Par ailleurs, la part des nouveaux recourants apparaît limitée : parmi les 3,5 millions de patients ayant eu recours à un acte prothétique en 2021, 90 % avaient déjà eu recours à un chirurgien-dentiste entre 2017 et 2020 et 63 % avaient eu recours à un chirurgien-dentiste en 2020³⁵, ces taux étant similaires en 2019. Là encore, l'effet a été mesuré en 2021, année qui correspond au début de la période de mise en œuvre complète du dispositif ; il est donc susceptible d'évoluer au cours des prochains mois.

L'incidence de la réforme porterait plutôt, à ce stade, sur le nombre de prothèses par patient consommant : le nombre d'actes prothétiques par patient a augmenté de 2,28 en 2018 à 3,08 en 2021 (données SNDS), soit une hausse de 35 %³⁶. L'analyse devra être poursuivie d'ici la fin de l'année 2022 afin de vérifier si les tendances observées se confirment, dans l'attente d'une analyse approfondie menée par la Drees³⁷.

B - Une hausse de l'appareillage auditif de la population

1 - Une forte part du panier 100 % santé parmi les ventes d'aides auditives

La classe 1 représente près de 40 % des aides auditives vendues en 2021, soit le niveau cible du baromètre de l'action publique pour l'année 2022³⁸. Cette proportion a fortement augmenté entre 2019 et 2021, passant de 13 % à 40 %, l'absence de reste à charge pour le panier « 100 % santé » n'étant entrée en vigueur qu'en 2021. Ce succès s'explique notamment par l'écart de prix (en moyenne 934 € pour la classe 1 contre 1 536 € pour la classe 2 en 2021) mais aussi par la qualité des audioprothèses de classe 1.

Hors bénéficiaires de la CSS, la classe 1 représente 35 % des aides auditives vendues en 2021. Les patients âgés de 20 ans et moins choisissent beaucoup moins que les plus âgés les aides du panier « 100 % santé » : seulement 11 % des aides vendues en 2020 à cette population relèvent du panier de classe 1. Cela peut s'expliquer par la base de remboursement de la sécurité sociale plus élevée des aides auditives pour cette classe d'âge (1 400 €), qui induit un reste à charge moindre que celui des adultes pour les aides auditives de classe 2.

³⁵ Source : SNDS, calculs de la Cnam.

³⁶ Les données du baromètre de l'Unocam confirment cette hausse, quoique dans une moindre ampleur : elles font état d'une augmentation de 18 % entre 2019 et 2021, passant de 2,2 actes prothétiques en moyenne en 2019 à 2,6 en 2021.

³⁷ Les dernières données disponibles sont issues de l'enquête européenne *European Health Interview Survey* (EHIS) menée en 2019, d'ailleurs non comparables avec celles utilisées avant la mise en œuvre de la réforme, en raison d'un changement méthodologique. S'agissant des tendances observées, la Cnam relève par ailleurs que la part des renoncements aux soins accompagnés en 2021 par les missions accompagnement santé de l'assurance maladie, concernant spécifiquement les soins prothétiques dentaires, est en diminution (18 % du nombre total de cas de renoncement aux soins repérés et traités en 2021, contre 29 % en 2019). Ces données mériteront d'être confirmées dans la durée.

³⁸ L'objectif fixé dans le baromètre du Gouvernement est de 40 % en 2022.

Tableau n° 5 : part du panier « 100 % santé » dans le volume total des aides auditives

	2019	2020	Janvier-août 2021
Part des aides auditives de classe 1	13 %	12 %	39 %
Adulte hors CSS	10 %	9 %	37 %
Adulte CSS	73 %	79 %	83 %
Enfant	11 %	11 %	non communiqué

Source : DSS.

2 - Des restes à charge en baisse

Les restes à charge des ménages avant la réforme ne sont pas connus, car la dépense d'audioprothèses et sa décomposition par financeur ne sont suivies par la Drees dans les comptes de la santé qu'à partir de l'année 2020. La part de la dépense prise en charge par les ménages en 2020, soit avant la fin de la montée en charge du dispositif, est de 58,1 %. Les comptes de la santé 2021 fourniront l'évolution de ce reste à charge en 2021, et permettront ainsi une première analyse de l'effet de la réforme.

Concernant l'année 2021, l'Unocam³⁹ estime que le reste à charge des dépenses d'aides auditives des personnes assurées par un organisme complémentaire a diminué de 40 % entre 2019 et 2021, passant de 1 256 € (48 % de la dépense totale) par bénéficiaire consommant à 754 € (31 % de la dépense totale).

3 - Une hausse du recours aux aides auditives à confirmer

a) Une forte augmentation du nombre de patients en 2021, mais qui doit être relativisée

L'effet de la réforme en matière de recours aux aides auditives est encore difficile à estimer, du fait de l'effet de la crise sanitaire d'une part, et d'un manque de recul d'autre part, 2021 étant la première année de mise en œuvre complète de la réforme.

Si l'année 2021 a vu une forte hausse des ventes par rapport aux années précédentes, soit 1,4 millions d'appareils en 2021 contre 0,8 million en 2018, cette hausse doit néanmoins être relativisée. En effet, le marché des aides auditives était déjà en forte croissance avant réforme, de 7,2 % par an en moyenne entre 2010 et 2018⁴⁰. Les années 2019 et 2020 ont connu un ralentissement des ventes, du fait de la crise sanitaire et d'un probable attentisme lié à l'annonce de l'entrée en vigueur du remboursement intégral à compter de 2021, année qui a au contraire connu une forte croissance des ventes d'aides auditives. On peut estimer grossièrement l'effet de la réforme sur les volumes en l'isolant de ces autres facteurs d'évolution ; il pourrait être, selon les hypothèses exposées en annexe n° 7, de l'ordre de 0,4 million d'appareils en cumulé entre 2019 et 2021, soit 14 % de plus que sans réforme. La hausse du nombre de patients induite par la réforme pourrait être moindre, car le nombre d'aides auditives par patient a aussi augmenté entre 2018 et 2021, pour passer de 1,82 à 1,94 (données SNDS). En faisant l'hypothèse que le nombre d'aides par patient serait resté le même en l'absence de réforme⁴¹, le nombre de patients appareillés entre 2019 et 2021 pourrait être de 132 000, soit un supplément de 8 % par rapport à une situation sans réforme (cf. annexe n° 7).

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Passant de 480 000 à 840 000 sur cette période, selon le Snitem, cité par l'Igas dans son rapport de 2021 sur la filière auditive.

⁴¹ Selon l'enquête Eurotrak, 71 % des personnes appareillées l'étaient des deux oreilles en 2018, contre 70 % en 2015.

Cet effet positif pourrait cependant s'amoindrir en 2022, si le surcroît de recours en 2021 s'avérait lié au démarrage du dispositif et ne se maintenait pas les années suivantes. En particulier, les équipements pouvant être renouvelés tous les quatre ans, il conviendra d'analyser l'évolution du recours sous l'effet de la réforme avec plus de quatre ans de recul.

De plus, afin d'estimer l'effet du 100 % santé sur le renoncement aux soins, il conviendrait de faire la part dans cette hausse du nombre de patients entre ceux qui recourent pour la première fois à un appareillage et ceux qui, déjà appareillés, ont renouvelé leur équipement plus rapidement que prévu du fait de la réforme. Parmi les personnes ayant acheté des audioprothèses en 2018, 72 % avaient déjà consommé ces produits dans les huit années précédentes ; cette part chute à 48 % pour les personnes achetant des audioprothèses en 2021, ce qui est un indice fort d'une part importante de nouveaux recourants⁴².

L'introduction d'une complémentaire santé obligatoire avec des garanties élevées dans la fonction publique de l'État pourrait réduire le champ des bénéficiaires du 100 % santé

L'accord interministériel du 26 février 2022 instaure un régime de couverture complémentaire santé dans la fonction publique de l'État et définit un socle de garanties interministériel. Ce socle est globalement plus généreux que les garanties minimales des assurances santé des entreprises, définies par le décret n°2014-1°25 du 8 septembre 2014. Sont en particulier prévues, en plus de la prise en charge à 100 % des actes et produits des paniers 100 % santé :

- en dentaire : la prise en charge à 375 % (prothèses fixes (couronnes et bridges), prothèses amovibles, prothèses provisoires, *inlay core*) et 150 % (*inlays onlays* d'obturation) des biens du panier à prix maîtrisés ; concernant le panier libre, la prise en charge des prothèses fixes (couronnes et bridges) et prothèses amovibles à 300 % pour les dents visibles et 250 % pour les dents invisibles, des prothèses provisoires à 300 %, des *inlay core* à 200 % ;

- concernant les aides auditives : la prise en charge des aides du panier libre à hauteur de 800 € ;

- en optique : la prise en charge des montures du panier libre à hauteur de 50 € et des verres.

Chaque employeur de l'État pourra par ailleurs rehausser ces garanties. Le niveau relativement élevé de ces garanties pourrait diminuer l'attractivité des actes et biens des paniers 100 % santé, et diminuer le recours à ces derniers. Les 2,5 millions d'agents de l'État⁴³ actifs sont concernés, ainsi que, de façon facultative, les agents retraités de l'État.

b) La hausse est liée surtout aux patients hors CSS

L'année 2021 a vu 330 000 personnes de plus qu'en 2018 être équipées, les personnes non bénéficiaires de la CSS représentant près de 90 % de cette augmentation. La hausse du recours concerne les patients adultes uniquement, la réforme ne paraissant pas avoir d'effet sur le recours des personnes âgées de 20 ans et moins, pour lesquelles la base de remboursement de la sécurité sociale, nettement plus élevée que celle des plus de 20 ans, a été maintenue au même niveau qu'avant réforme, à 1 400 €.

⁴² Source : SNDS, calculs de la Cour des comptes sur le champ des non-bénéficiaires de la CSS. Les parts sont respectivement de 44 % et 30 % pour les bénéficiaires de la CSS, montrant un phénomène similaire bien que moins marqué pour cette population.

⁴³ Source : DGAFF, chiffre au 31 décembre 2018.

Tableau n° 6 : nombre de patients ayant eu recours à une aide auditive, en milliers

	2018	2019	2020	2021
Tous	444	447	448	773
Personnes âgées de vingt ans et moins	17	14	13	14
Personnes âgées de plus de 20 ans	428	434	436	760
Personnes bénéficiaires de la CSS	14	14	23	48
Personnes âgées de vingt ans et moins	2	2	2	2
Personnes âgées de plus de 20 ans	12	13	22	46
Personnes non bénéficiaires de la CSS	431	432	425	725
Personnes âgées de vingt ans et moins	15	12	11	12
Personnes âgées de plus de 20 ans	416	421	414	714

Source : SNDS.

c) La hausse du recours entraîne des risques de dérives

Le dispositif du 100 % santé paraît avoir fortement solvabilisé la demande d'appareils auditifs, en donnant accès à des appareils de qualité sans reste à charge. Des risques de dérives sont associés à cette solvabilisation. L'Igas, dans son rapport précité d'évaluation de la filière auditive, a ainsi relevé le manque de connaissance du taux d'observance et de la satisfaction des personnes appareillées ainsi qu'un risque de sur-appareillage, dont le taux d'appareillage de la population malentendante et le taux d'équipement binaural⁴⁴ pourraient être des indices. Elle a aussi indiqué que le mode de financement des audioprothésistes ne permet pas de vérifier la réalité des prestations de suivi que le professionnel de santé doit fournir au patient appareillé.

⁴⁴ Équipement des deux oreilles. Le rapport de l'Igas indique ainsi, p. 23 : « Les professionnels du secteur considèrent que la France pourrait très rapidement devenir le pays avec le plus important taux d'appareillage au monde, dépassant le Danemark, dont le taux d'appareillage (53 % en 2018) de la population malentendante était jusqu'alors considéré comme un plafond difficilement atteignable. On peut donc raisonnablement s'interroger aujourd'hui sur le niveau cible de taux d'appareillage qu'il conviendrait d'atteindre dans notre pays. Par ailleurs, le taux d'appareillage binaural aurait beaucoup augmenté au cours des derniers mois de 2021, poursuivant une tendance déjà observée au cours des années précédentes, que la mission n'a pas pu analyser mais qui mériterait des investigations spécifiques. Il s'agit là, en effet, d'un indicateur de possible mauvaise pratique de certains acteurs de la filière, qui auraient pu appareiller certains patients en stéréo sans nécessité sanitaire avérée. Ce taux de stéréo est d'ailleurs très largement supérieur à celui observé chez nos voisins européens. »

En effet, dans le secteur des audioprothèses, les patients acquièrent non seulement leur prothèse, mais bénéficient également d'une prestation de suivi, qui doit permettre de s'assurer du caractère adapté de l'aide auditive⁴⁵ et qui doit être déclarée par les professionnels dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. Cette prestation n'est pas tarifée séparément : elle est incluse dans le prix de vente de l'appareil, ce qui n'incite pas les professionnels à déclarer sa réalisation. Jusqu'à la réforme, les statistiques apparaissaient très limitées, ce qui a conduit le ministère des solidarités et de la santé à opérer un rappel à l'ordre de la profession. Depuis lors, le nombre de déclarations a très fortement augmenté, près de 50 % des audioprothésistes indiquant avoir réalisé au moins une prestation de suivi dans l'année. La Cnam prévoit aussi d'organiser une communication sur ce sujet auprès des assurés.

Tableau n° 7 : évolution du nombre de prestations de suivi

Année	Nombre de professionnels ayant déclaré au moins une prestation	Nombre de prestations	Nombre de patients	Nombre d'audioprothésistes	Taux
2019	209	8 622	13 009	4 641	4,5 %
2020	268	13 172	19 797	4 778	5,6 %
2021	2 501	271 249	369 430	5 128	48,8 %

Source : Cnam

Toutefois, faute de contrôle, il n'est pas possible de savoir si cette évolution traduit un changement effectif de pratique ou une simple amélioration des remontées d'information, ni de s'assurer de la réalité des suivis qui ont été transmis par la profession. Surtout, les patients nouvellement appareillés ayant bénéficié d'une prestation de suivi codée par leur audioprothésiste restent minoritaires : 87 % des patients appareillés en 2020 n'ont eu aucune consultation de suivi codée en 2020 et 2021 ; 88 % des patients appareillés en 2021 n'ont eu aucune consultation codée en 2021 alors que quatre visites sont recommandées au cours de la première année d'appareillage dans la nomenclature. En l'absence d'évolution, il appartiendra au ministère des solidarités et de la santé de définir un tarif spécifique pour la prestation de suivi afin d'en prévoir le remboursement par les professionnels n'y recourant pas, comme le recommande l'Igas dans son rapport précité d'évaluation de la filière auditive.

C - Dans le domaine optique, pas d'augmentation du recours aux soins

1 - Une part faible des montures et verres vendues relevant du panier 100 % santé, sauf pour les bénéficiaires de la CSS

Les équipements d'optique, verres et montures, ont connu une bien moindre pénétration du panier 100 % santé que les deux autres secteurs. En 2021, 14 % des montures et 16 % des verres vendus sont issus du panier A ; hors bénéficiaires de la CSS, ces taux ne sont plus que respectivement de 5 % et 7 %. Ces derniers ont au contraire beaucoup eu recours aux biens du panier 100 % santé : 87 % des montures et 96 % des verres vendus à ces patients en 2021 en sont issus. Le recours au panier 100 % santé par les bénéficiaires de la CSS est bien plus élevé

⁴⁵ À cette occasion, l'audioprothésiste est amené à réaliser les tests nécessaires à la vérification de l'efficacité de l'appareillage (contrôle de l'audition et courbes de l'appareillage), à modifier les réglages de l'aide auditive si les besoins du patient le nécessitent et à entretenir l'appareillage.

que le recours, avant réforme, aux équipements d'optique du panier de soins CMU-C, comme le montre la forte baisse des restes à charge en optique des bénéficiaires de la CMU-C puis de la CSS entre 2019 et 2020 (*cf.* annexe 5). Cela atteste de la qualité des équipements du panier 100 % santé, meilleure que celle du panier CMU-C.

Si la part des équipements d'optique comportant au moins un élément (verres ou monture) de la classe A atteint 17% en 2021, c'est-à-dire un niveau relativement proche de la cible de 20 % que s'est fixée le gouvernement, c'est donc avant tout du fait du recours des bénéficiaires de la CSS à ces équipements.

Aucune enquête ne permet aujourd'hui de rendre compte des motivations des patients, mais ce faible succès hors bénéficiaires de la CSS pourrait s'expliquer par la préexistence d'offres sans reste à charge dans les équipements du panier libre⁴⁶, ainsi que par la prépondérance de critères esthétiques dans le choix des montures. Le comportement des opticiens pourrait aussi être invoqué (*cf.* partie 4).

Tableau n° 8 : part du panier A dans les équipements d'optique

	2020	2021
Part de montures issues du panier A	13 %	14 %
bénéficiaires de la CSS	87 %	87 %
hors bénéficiaires de la CSS	5 %	5 %
Part de verres issus du panier A	14 %	16 %
bénéficiaires de la CSS	96 %	96 %
hors bénéficiaires de la CSS	6 %	7 %
Indicateur du baromètre de l'action publique : part des équipements comportant au moins des verres ou des montures du panier A*	16 %	17 %
bénéficiaires de la CSS	96 %	98 %
hors bénéficiaires de la CSS	8 %	9 %
dont équipement complet panier A	11 %	12 %
bénéficiaires de la CSS	87 %	89 %
hors bénéficiaires de la CSS	4 %	4 %

Source : SNDS pour les parts de montures et verres issus du panier A ; DSS pour l'indicateur du Gouvernement.

* L'indicateur du gouvernement pour 2021 est calculé sur les données de janvier à novembre.

2 - Une absence d'augmentation du recours aux soins

À la fin de l'année 2021, le nombre de patients achetant des montures ou des verres n'avait pas augmenté sous l'effet de la réforme : il est de 15,5 millions en 2021, et 13,4 millions en 2020, soit une moyenne de 14,5 millions pour ces deux années, proche des chiffres de 2018 et 2019. Ce phénomène peut s'expliquer par des restes à charge avant la réforme plus faibles en optique que dans les autres secteurs : la suppression des restes à charge pour un panier donné est donc moins susceptible d'induire une hausse du recours.

⁴⁶ L'utilisation du panier 100 % santé dans les réseaux de soins, inférieure à la moyenne, témoigne du rôle que peuvent jouer les autres offres sans reste à charge dans le faible succès du dispositif. *Cf. supra.*

3 - Une augmentation moyenne des restes à charge

La part de la dépense d'optique financée par les ménages était en forte baisse avant la réforme, passant de 35 % à 23 % entre 2010 et 2019. En 2020, si les restes à charge sont nuls sur le panier « 100 % santé », ils ont en revanche augmenté pour atteindre 29 % sur le panier libre, soit un taux de 27 % sur l'ensemble des dépenses.

Tableau n° 9 : part de la dépense d'optique financée par les ménages

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
										100 % santé	Panier libre	Ensemble
35 %	33 %	30 %	26 %	27 %	24 %	22 %	23 %	21 %	23 %	0 %	35 %	33 %

Source: Drees, *comptes de la santé 2021 pour les années 2016 à 2020 ; comptes de la santé 2019 pour les années 2010 à 2015*.

Concernant l'année 2021, l'Unocam⁴⁷ estime que le reste à charge des dépenses d'optique des personnes assurées par un organisme complémentaire a augmenté de 13 % entre 2019 et 2021, passant de 126 € (29 % de la dépense totale) par bénéficiaire consommant à 144 € (34 % de la dépense totale).

La hausse du reste à charge en optique s'explique par l'abaissement du plafond de prise en charge des montures par les organismes complémentaires de 150 € à 100 €, dont l'effet n'est pas compensé par un taux suffisant d'équipements issus du panier 100 % santé.

Ce résultat traduirait, selon la Cnam, le fait que les restes à charge sont désormais choisis et non plus subis par les assurés. Ces derniers, bien qu'ayant la possibilité de se tourner vers une offre du panier 100 % santé, privilégient de fait des offres commerciales plus onéreuses, qu'ils jugent plus adaptées (esthétique, marque, ...).

II - Des leviers de déploiement à mieux mobiliser

Si la réduction des restes à charge grâce au dispositif 100 % santé est réelle dans les secteurs auditif et dentaire, plusieurs facteurs sont néanmoins susceptibles de freiner la hausse du recours aux soins que cette réforme ambitionne : la connaissance insuffisante du dispositif par les patients (A.) ; la qualité des équipements des paniers sans reste à charge (B.) ; et enfin l'absence de généralisation du tiers payant pour les patients aux ressources les plus faibles (la suppression du reste à charge peut ne pas être suffisante pour déclencher le recours aux soins si une avance des frais est nécessaire) (C.).

⁴⁷ Ibid.

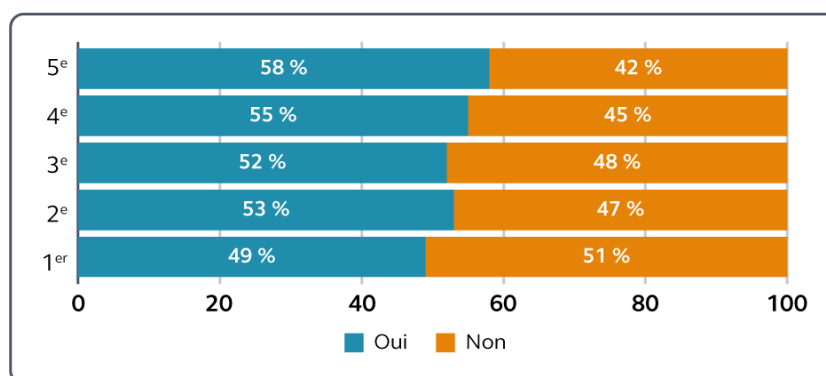
A - Une communication à renforcer et des pratiques à contrôler

1 - Une connaissance encore insuffisante de la réforme

La Drees dispose d'un baromètre d'opinion qui suit, chaque année depuis l'an 2000, l'évolution de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale et des inégalités sociales. Une question sur la réforme du 100 % santé a été ajoutée pour la première fois en 2020.

Cette année a été perturbée par la crise sanitaire qui a pu nuire aux campagnes promotionnelles portées par le ministère des solidarités et de la santé⁴⁸. En effet, seules 41 %⁴⁹ des personnes interrogées avaient répondu avoir connaissance de la réforme. Ce chiffre est en hausse de 12 points en 2021, mais ne concerne toujours qu'à peine la moitié des Français (53 %). Cette moyenne masque d'importantes disparités selon l'âge⁵⁰ et les revenus, les personnes ayant les ressources les plus importantes ayant tendance à être mieux informées.

Graphique n° 1 : part de la population ayant connaissance de la réforme du 100 % santé, par quintile de revenus



Source : baromètre 2021 de la Drees

Cette méconnaissance est globalement corroborée par une enquête réalisée par UFC-Que choisir du 10 au 16 mars 2021, à destination d'un public toutefois plus averti⁵¹ : 19 % n'en avaient pas connaissance pour les audioprothèses, 23 % pour l'optique et 36 % pour le dentaire.

Cette même enquête met en exergue l'importance du rôle des professionnels de santé en la matière : la réalisation de la prestation se fait dans 67 % des cas après avoir consulté un seul audioprothésiste, dans 78 % des cas un seul opticien et dans 93 % des cas un seul dentiste.

⁴⁸ Campagne d'information nationale menée du 18 janvier au 7 février 2020.

⁴⁹ À la question « avez-vous entendu parler du 100 % santé appelé aussi 'panier 100 % santé' ou encore 'reste à charge zéro' », 41 % ont répondu positivement, 58 % négativement et 1 % ne s'est pas prononcé.

⁵⁰ À l'exception des personnes âgées de 65 ans et plus (56 %), le taux est croissant entre celles âgées entre 18 et 24 ans (28 %) et celles de 50 à 64 ans (63 %).

⁵¹ 3 376 personnes inscrites sur les registres de l'association.

2 - Des campagnes promotionnelles à mieux contrôler

La communication réalisée par les professionnels est également perfectible.

Tableau n° 10 : présentation par les professionnels de la réforme à leurs patients

	Audioprothèse	Dentaire	Optique
Absence d'information	40 %	54 %	64 %
Présentation en termes défavorables	25 %	23 %	11 %

Source : enquête d'UFC-Que choisir de mars 2021

La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a mené des contrôles à partir du quatrième trimestre 2020 et tout au long de l'année 2021, chez les opticiens et les audioprothésistes⁵².

72 % des établissements contrôlés présentent au moins une non-conformité⁵³, d'importance variable, dont 40 % s'avère en lien, direct ou indirect, avec la réforme du 100 % santé⁵⁴ : 27 % portent sur des questions d'information sur les prix et les conditions particulières de vente et 13 % sur des pratiques commerciales trompeuses.

Les difficultés relevées sont globalement réparties entre l'optique et l'audioprothèses⁵⁵, soit que l'offre n'est pas présente ou suffisamment identifiée (physiquement⁵⁶ ou sur les devis), soit qu'elle fait l'objet d'une communication biaisée (offre présentée comme étant « bas de gamme »).

Ces contrôles ont eu, avant tout, une visée pédagogique et ont conduit à un faible nombre de procès-verbaux (32) au profit d'avertissements⁵⁷.

Ces problèmes sont corroborés par les contrôles menés par la Cnam et son réseau. Après de premières actions⁵⁸ et un accompagnement réalisé au second semestre 2021, l'assurance-maladie a réalisé au premier semestre 2022 le contrôle de 200 magasins d'optique dispensant le moins d'offres 100% santé situés dans 49 départements. Les résultats sont encore provisoires (192 magasins). Des irrégularités ont été relevées dans 107 d'entre eux (55,7 %). 74 % concernent la présentation des montures 100 % santé en magasin, 8 % la présentation de l'offre sur les devis et 18 % ces deux situations. 34 décisions de pénalité financière ont été prises pour un montant moyen de 2 187 €.

⁵² 1 009 visites dans 705 établissements de 16 régions. Les dentistes sont dans une situation différente, le devis, notamment, étant d'origine conventionnelle et non réglementaire, limitant les possibilités de contrôle de cette administration.

⁵³ Leur répartition est globalement cohérente avec la répartition des contrôlés (15 % de mixtes ; 25 % d'audioprothésistes et 60 % d'opticiens, les plus nombreux).

⁵⁴ Les contrôles menés avaient une vocation plus large de vérification du bon respect de la réglementation sur l'information des consommateurs, indépendamment de la réforme.

⁵⁵ L'indication d'un reste à charge pour l'offre 100 % santé a été constatée par les services de la DGCCRF chez 21 % des opticiens, 20 % des audio-prothésistes et 11 % des opérateurs « mixtes ». Une communication dévalorisante a été constatée à la fois chez les opticiens et chez les audioprothésistes.

⁵⁶ L'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale (point VI.2) prévoit que « chaque opticien-lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants. » (Souligné par la Cour).

⁵⁷ 501 suites dont 72 % d'avertissements, 22 % d'injonctions et 6 % de procès-verbaux.

⁵⁸ La CPAM du Bas-Rhin a ainsi contacté, en 2021, 200 assurés ayant bénéficié, en 2020, de prothèses dentaires et 650 assurés en optique. Parmi les premiers, elle relève que 21 % des patients ayant eu recours au panier libre n'avait pas eu d'information quant à l'existence d'autres paniers ; ce taux montant à 32 % parmi les patients ayant eu recours au panier modéré. S'agissant des seconds, elle constate que 44 % des personnes ayant eu recours à un bien du panier libre n'avait pas eu d'information relative à l'existence du panier 100 % santé.

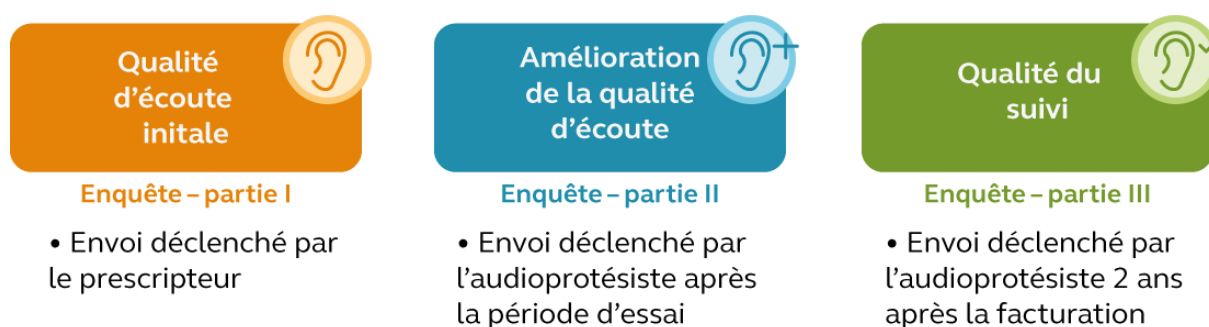
La Cnam réfléchit désormais à mener une analyse approfondie des pratiques de facturation des chirurgiens-dentistes, à la suite d'anomalies identifiées dans des devis dentaires parvenus aux CPAM⁵⁹ et s'est par ailleurs engagée à relancer des campagnes d'information de la population.

B - Une évaluation de la qualité des équipements à mettre en place

La réforme comprend l'engagement de réviser de manière fréquente le contenu des paniers afin de les ajuster aux besoins et à l'évolution des techniques⁶⁰. Cette révision concerne les secteurs de l'optique et de l'audition et a vocation à s'appuyer sur les remontées d'information des industriels et distributeurs (*cf.* encadré), mais aussi sur les retours d'expérience des patients. Pour cela, une évaluation qualitative des équipements réalisée auprès des patients est nécessaire. Le ministère de la santé a lancé des travaux en ce sens dès le début de la réforme.

L'objectif est d'aboutir à un questionnaire qui serait adressé, non seulement lors de la prescription, mais également lors de la délivrance de l'équipement, puis une à deux années après celle-ci.

Schéma n° 1 : schéma cible (exemple des audioprothèses)



Source : DSS

Démarrés en 2018, ces travaux n'ont pas encore abouti, ralentis notamment par la crise sanitaire. Le questionnaire devra éviter un certain nombre de biais : éviter que le professionnel ne fasse pression sur les patients, notamment lorsqu'il s'agit de personnes âgées potentiellement fragiles (en audioprothèse notamment) ; s'assurer que le questionnaire n'est pas rempli uniquement par les personnes insatisfaites.

L'exploitation qui en sera tirée n'a pas encore été définie. Selon le ministère, des questions juridiques resteraient à lever, s'agissant de données de santé, par nature sensibles⁶¹.

⁵⁹ Facturation d'actes non pris en charge, pouvant servir à contourner l'absence de reste à charge.

⁶⁰ Le comité de suivi de la réforme évoque pour les audioprothèses la nécessité d'ouvrir une concertation avec les industriels du secteur pour actualiser le panier de soins inclus dans la nomenclature au regard de l'évolution des gammes des 3 dernières années afin d'empêcher une bascule progressive des produits dans la classe II.

⁶¹ Le projet d'enquête 100 % santé a été intégré à un projet plus large dont la délégation au numérique en santé assure le pilotage et qui porte sur une plateforme unique pour l'ensemble des questionnaires de satisfaction des patients. L'objectif de ce projet est de permettre à des promoteurs d'administrer, éventuellement *via* des prescripteurs, aux usagers, patients, ou assimilés des questionnaires validés sur leur santé. La plateforme est censée améliorer les connaissances et l'évaluation, faciliter le recours à un outil pour les promoteurs, assurer une cohérence entre les différents questionnaires ainsi qu'une simplicité d'utilisation pour le patient.

Le secteur dentaire, aujourd'hui à l'écart de ce projet de révision, mériterait d'y être inclus, selon les modalités propres aux relations conventionnelles et en tenant compte de ses spécificités. L'évaluation pourra notamment porter sur les raisons du choix de prothèses relevant du panier sans reste à charge, à prix modéré ou à prix libre, mais plus difficilement sur la qualité de la seule prothèse, en raison de son lien étroit avec le soin ayant conduit à sa pose.

Des besoins non couverts par la réforme du 100 % santé identifiés par les industriels et les organismes complémentaires

À ce stade, le recul est encore assez limité même si quelques difficultés ont d'ores et déjà été remontées.

Les fortes corrections en optique

La principale concerne les fortes corrections en optique. Selon le groupement des industriels et fabricants de l'optique (Gifo)⁶², elles nécessitent une fabrication sur-mesure, incompatible avec les caractéristiques du panier 100 % santé⁶³. De même, s'agissant des très fortes astigmaties, les verres requis, à fort cylindre, ne rentrent pas dans la nomenclature⁶⁴. Le nombre total de personnes concernées est assez limité, estimé à 50 000, soit 0,1 % des porteurs de lunettes.

Ces difficultés ont amené le Gifo à plaider, d'une part pour une adaptation de la nomenclature⁶⁵ et d'autre part, pour la création de quatre suppléments distincts « très fortes puissances »⁶⁶.

Le coût qui en résulterait n'a pas été évalué. La direction de la sécurité sociale entend y travailler au cours de l'année 2022.

Les audioprothèses

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire bénéficient d'un prix limite de vente pour les piles des audioprothèses, dont la base de remboursement est fixée à 1,50 € la plaquette. Ce plafonnement n'existe pas pour le reste de la population, ce qui peut l'exposer à des restes à charge, quoique modestes, mais peu cohérents avec l'esprit de la réforme. Cela conduit certains acteurs, tels la FNMF à plaider pour son introduction.

La Cnam réfléchit sans attendre à l'extension de la réforme du 100 % santé à d'autres dépenses où demeurent de forts restes à charge (prothèses capillaires, certaines semelles orthopédiques, orthodontie⁶⁷, ...).

⁶² Lettre du GIFO à la DSS le 6 mars 2020, réitérée le 27 mai 2021.

⁶³ « Il s'agit de réalisations hors normes réalisées sur demande spécifique auprès du verrier. Les équipements de surfacage communément utilisés ne sont pas capables d'aller au-delà de certaines puissances et/ou combinaisons de puissances. La fabrication de ces verres est alors soumise à une étude préalable de faisabilité. Si la faisabilité est confirmée, des outils spécifiques à usage unique doivent être créés par le verrier pour la fabrication d'un seul verre. »

⁶⁴ « Compte tenu des contraintes techniques de performance optique (limiter les aberrations qui seraient très gênantes pour le porteur) et d'épaisseur du verre (gérer la torsion entre différents méridiens), il est techniquement impossible de proposer un verre avec les indices prévus par la nomenclature lorsque le cylindre est très élevé. C'est la raison pour laquelle les plus forts cylindres ne sont pas couverts en classe A lorsque l'indice exigé est supérieur à 1.5. »

⁶⁵ « Laisser la technique d'aminçissement à l'appréciation de l'opticien-lunetier au-delà d'un cylindre de 4 dioptries, comme c'est le cas pour les sphères au-delà de -12/+12 dioptries. »

⁶⁶ Qui auraient vocation à couvrir les verres dont la sphère va au-delà de -20 dioptries, les verres dont la somme sphère + cylindre est supérieure à + 16 dioptries, les verres dont le cylindre est supérieur à 6 dioptries et les verres dont le prisme est supérieur à 5 dioptries.

⁶⁷ Ce qui nécessitera d'après la Cnam, pour les semelles orthopédiques, un chantier de mise à jour de la nomenclature et, pour l'orthodontie, une phase préalable de fixation d'honoraires limites de facturation.

C - Une obligation de proposer le tiers-payant intégral insuffisamment mise en œuvre

Afin d'accompagner la réforme du 100 % santé et, selon les députés à l'origine de l'amendement, « *de lever les derniers freins éventuels au recours aux soins* »⁶⁸, la LFSS 2021⁶⁹ a imposé aux organismes complémentaires la pratique du tiers payant intégral pour les biens du panier 100 % santé. Il s'agit de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires des dépenses relevant de leur périmètre, laissant, dans le cas des paniers 100 % santé, un reste à payer nul pour le patient.

Cette obligation est entrée en vigueur le 1er janvier 2022.

Les dernières données disponibles datent du quatrième trimestre 2021, soit avant l'entrée en vigueur de l'obligation. Elles montrent le chemin qui reste à parcourir, particulièrement pour les patients non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Pour les bénéficiaires de la CSS, il existe une obligation, ancienne, de tiers-payant.

Tableau n° 11 : taux de tiers payant intégral par panier et par secteur (4e trimestre 2021)

Panier	Audioprothèse		Dentaire		Optique	
	Tous patients	Hors CSS	Tous patients	Hors CSS	Tous patients	Hors CSS
100 %	53 %	44 %	29 %	12 %	76 %	38 %
Maîtrisé	SO	SO	23 %	8 %	SO	SO
Libre	40 %	40 %	6 %	5 %	34 %	34 %
Total	45 %	42 %	22 %	10 %	41 %	34 %

Source : Cnam

NB : SO : sans objet ; hors CSS : patients non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Les raisons du déploiement limité du tiers-payant intégral sont anciennes et ne sont d'ailleurs pas propres aux actes et biens des paniers 100 % santé. Dans son évaluation de la généralisation du tiers-payant⁷⁰, l'Igas en rappelait les nombreuses difficultés. Celles-ci sont d'abord de nature technique⁷¹. Elles résultent également de la multiplicité des organismes complémentaires⁷². Elles sont, en outre, organisationnelles, liées au rôle des réseaux de soins, dont un des apports pour les professionnels affiliés est justement la mise à disposition du tiers-payant par les organismes complémentaires⁷³. Elles sont enfin liées à la nature des données transmises, sensibles car portant sur la santé et aux habitudes et pratiques des professionnels⁷⁴.

⁶⁸ Amendement n°1 333 déposé par Mme Firmin Le Bodo et M. Christophe.

⁶⁹ Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 65).

⁷⁰ Rapport n° 2017-111R d'octobre 2017.

⁷¹ La possibilité de panacher les biens entre panier 100 %, tenus à tiers-payant intégral, et panier libre, en-dehors de cette obligation, complique la démarche dans l'optique.

⁷² 428 organismes dont 301 mutuelles, 102 sociétés d'assurance et 25 institutions de prévoyance (Drees, rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé). L'association InterAMC, qui les regroupe en majorité, a vocation à travailler avec les pouvoirs publics à l'adoption d'un système partagé (cf. annexe 8).

⁷³ Certains professionnels accusent ainsi les organismes complémentaires de conditionner le tiers payant intégral à leur adhésion à un réseau de soins.

⁷⁴ D'autres professionnels énoncent ne pas être en mesure de consulter les droits des patients plus d'une fois, les empêchant de les informer pleinement, comme l'exige la réglementation (devis). La vérification du caractère responsable des contrats serait également complexe. En réponse, les organismes complémentaires font valoir leurs craintes d'une optimisation des tarifs par les professionnels en fonction précisément des garanties offertes. Les représentants des dentistes font valoir, quant à eux et exception faite des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, une position de principe, rappelant leur attachement au paiement direct par le patient et l'existence des « chèques tiroirs » qui permettrait de régler la situation d'avance de frais.

La réforme du 100 % santé n'y fait pas exception. Sa mise en œuvre a néanmoins réactivé les débats portant sur la granularité des informations à transmettre aux organismes complémentaires pour permettre le remboursement. Les représentants des opticiens, en particulier, souhaitent n'avoir à transmettre qu'un regroupement de codes de la liste des produits et prestations (LPP, qui a été profondément revue et affinée par la réforme). Invoquant leur rôle de contrôle et de gestion du risque⁷⁵, les complémentaires réclament des données affinées, tout comme les plateformes de services santé gestionnaires de réseaux de soins qui mettent en exergue le risque accru de fraude⁷⁶ et la nécessité de pouvoir le contrôler. La Cnil, saisie de cette question par la Cnam, a rappelé, dans un courrier daté du 20 avril 2020, sans trancher sur le fond, la sensibilité de telles informations, relevant de la catégorie des données de santé. Le ministère des solidarités et de la santé poursuit ses travaux. Un avis de la Cnil est attendu, sans qu'un calendrier précis ne soit établi.

Cela a amené des députés à proposer, par amendement au PLFSS 2022, de compléter l'obligation de mise à disposition de services de tiers-payant par les complémentaires santé pour les dépenses sur le panier 100 % santé en confiant au ministère de la santé le soin de fixer le contenu des données à transmettre entre professionnels et organismes complémentaires et d'encadrer les délais de délivrance de l'accord des organismes et de remboursement⁷⁷. La disposition a toutefois été censurée par le Conseil constitutionnel, en tant que cavalier social⁷⁸. La réintroduire nécessiterait donc un vecteur législatif autre qu'une loi de financement de la sécurité sociale.

⁷⁵ Les complémentaires ainsi que les réseaux de santé font ainsi valoir que seul un niveau fin de détail serait de nature à leur permettre de s'assurer que les biens facturés relèvent des bons paniers et que la périodicité des renouvellements est bien respectée (pour l'optique, il est en effet possible d'y déroger dès lors que la vue évolue).

⁷⁶ Une prise en charge intégrale et par tiers-payant intégral étant, par construction, indolore pour le patient.

⁷⁷ L'amendement n°257 porté par le rapporteur M. Mesnier prévoyait qu'un décret fixe « *les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes, lorsque la prestation est soumise à accord préalable, et les délais et garanties de règlement des sommes dues.* »

⁷⁸ Mesure qui n'a pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale faute d'effet ou pour des effets trop indirects sur les dépenses et sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement.

Chapitre III

Un coût incertain et difficilement maîtrisable

Devant la complexité de la réforme du 100 % santé, les pouvoirs publics ont été amenés à faire des choix, parfois optimistes, pour en estimer le coût *ex ante* (I). La répartition des rôles et des données entre ministère, assurance maladie obligatoire et complémentaires santé, voire professionnels eux-mêmes, en complexifie le suivi, de même que la crise sanitaire qui est venue en perturber le déploiement (II). L'absence d'outil de régulation rend, d'ailleurs, son pilotage hasardeux (III).

I - Un équilibre financier de la réforme construit sur des bases très optimistes en optique

A - Des hypothèses insuffisamment documentées

Le chiffrage prévisionnel de la réforme reposait sur deux éléments jouant en sens opposé :

- D'un côté, une augmentation des coûts résultant de la hausse du recours aux audioprothèses ainsi que de l'augmentation du remboursement des prothèses dentaires et auditives ;
- De l'autre (la compensation anticipée n'étant que partielle), des économies liées aux recours à des équipements optiques moins onéreux.

Ainsi, pour tenter d'évaluer le coût de la réforme pour les audioprothèses, le ministère de la santé a pris pour référence le volume d'appareils qui étaient vendus en-deçà du prix limite de vente qui allait être retenu pour le panier 100 % santé (1 300 €). Cela lui a permis de calculer la part initiale de vente de biens relevant de ce futur panier. Cette méthode fait néanmoins courir le risque d'une sous-estimation liée au report d'une partie de la consommation, vers les appareils au prix inférieur au prix limite de vente et ce, dès la première année. Une pénétration croissante du panier 100 % a par ailleurs été postulée avec un maximum attendu pour les audioprothèses dès la première année complète de mise en œuvre de la réforme.

Tableau n° 12 : cibles prévisionnelles du poids des paniers 100 % santé pour l'optique et l'audioprothèse

	2019	2020	2021	2022	2023
Audioprothèses	32 %	38 %	46 %	46 %	42 % ⁷⁹
Verres	0 %	55 %	55 %	55 %	55 %
Montures	0 %	26 %	26 %	26 %	26 %
Dentaire (2019-2023)	Panier sans reste à charge		Panier à prix maîtrisé		Panier libre
	46 %		25 %		29 %

Source : DSS et convention dentaire.

À cette base, un effet volume lié à la réduction des renoncements aux soins a été appliqué pour les audioprothèses, sans que les modalités précises de calcul aient pu être explicitées (+15 % en 2019, +22 % en 2020 et +18 % en 2021 – cf. annexe n° 9 – hausse nettement supérieure à l'évolution observée au cours des années antérieures, de l'ordre de 7 %).

Aucune évolution du volume n'a été anticipée pour l'optique, la DSS postulant une croissance nulle, bien que le marché soit en croissance depuis plusieurs années. Aucune justification non plus n'a été apportée par le ministère concernant cette hypothèse malgré les demandes de la Cour.

Dans le dentaire, les cibles ont été déterminées dans le cadre des négociations conventionnelles, en partant de l'hypothèse que la structure de la consommation resterait identique⁸⁰, avec des difficultés supplémentaires liées à l'existence d'un troisième panier. Un faible effet volume (0,9 %) a également été anticipé, correspondant à une hausse de recours recherchée d'ampleur tout aussi limitée.

B - Un coût prévisionnel de près de 170 M€ annuels

Les pouvoirs publics communiquent sur un coût prévisionnel de la réforme incluant la totalité de la convention dentaire, y compris la revalorisation des soins conservateurs, soit un coût annuel après montée en charge du dispositif de 735 M€ pour l'AMO (dont 635 M€ pour la convention dentaire) et 260 M€ pour l'AMC (dont 180 M€ pour la convention dentaire).

Le coût prévisionnel du seul dispositif 100 % santé est bien plus limité, s'élevant à 167 M€ annuels après montée en charge et également réparti entre l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour 87 M€, et les complémentaires santé, pour 80 M€⁸¹. Le surcoût pour l'AMO résulte d'une hausse des dépenses d'audioprothèses (+140 M€) compensée en partie par des économies en optique (- 40 M€), et, dans une moindre mesure, en dentaire (-13 M€). Le surcoût pour l'AMC résulte de dépenses supplémentaires en dentaire (320 M€) et audioprothèse (275 M€), en partie compensées par d'importantes économies en optique (-515 M€).

⁷⁹ La diminution du taux de pénétration du 100 % santé n'a pu être explicitée par le ministère.

⁸⁰ Le chiffrage initial retenait un taux de 46 % en 2020 comme en 2021 pour le panier à reste à charge zéro et 25 % pour le panier à prix modérés, ceci sur la base des données 2017 et d'hypothèses, non communiquées, portant sur les matériaux des biens des différents paniers.

⁸¹ Pour le fonds CSS, il était attendu, avant réforme de la CSS, une augmentation des dépenses de 18 M€ pour les audioprothèses, de 48 M€ pour l'optique du fait de la revalorisation des paniers et de l'absence d'économies attendue et de 120 M€ pour le dentaire (effet global attendu de la convention et non du seul effet de la réforme 100 % santé).

Tableau n° 13 : estimation prévisionnelle du coût de la réforme (M€, en évolution annuelle)

Financeurs	Secteurs	2019	2020	2021	2022	2023	Total
AMO	Dentaire (modification des bases de remboursement des prothèses)	-49	27	6	5	-2	-13
	Optique	0	-40	0	0	0	-40 ⁸²
	Audioprothèse	50	50	70	20	-50	140
	Total	1	37	76	25	-52	87
AMC	Dentaire	0	195	130	-5	0	320
	Dt modification des bases de remboursement des prothèses	-19	11	2	2	-1	-5
	Dt prise en charge du différentiel entre le prix plafonné et la part AMO	19	184	128	-7	1	325
	Optique	0	-485	-30	0	0	-515
	Audioprothèse	70	130	210	15	-150	275
	Total	70	-160	310	10	-150	80
Coût total		71	-123	386	35	-202	167

Source : DSS

NB : AMO = assurance maladie obligatoire ; AMC = assurance maladie complémentaire

Pour l'audioprothèse, les hausses attendues s'expliquent par l'augmentation des volumes d'équipements vendus induite par la réforme et par les augmentations successives du niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires tenues de solder le reste à charge des biens du panier 100 % santé.

Pour le dentaire, les bases de remboursement évoluent de façon différenciée selon les produits, pour un total légèrement orienté à la baisse. Les dépenses pèsent sur les assurances complémentaires santé qui font face à une augmentation de leur participation (prise en charge du solde), dans un contexte de faible hausse attendue du nombre de prothèses vendues.

En optique, les économies attendues pour les assurances complémentaires résultent de la baisse des plafonds de remboursements sur les montures (300 M€) ainsi que du moindre coût des équipements 100 % santé comparativement au panier libre (185 M€).

La question de la robustesse de ces prévisions peut être posée, du fait d'hypothèses très volontaristes en optique, d'ailleurs non partagées par les organismes complémentaires (économie attendue par la FNMF de 445 M€, soit un delta de +70 M€), sachant que ce champ devait permettre de contenir leurs dépenses à un surcoût de 80 M€.

⁸² Économie résultant des moindres remboursements des paniers libres.

II - Un coût réel incertain

Il est encore tôt pour évaluer le coût de la réforme, celle-ci étant pleinement entrée en vigueur en 2021 seulement, et les données de cette année n'étant pas encore disponibles concernant les AMC. La crise sanitaire a par ailleurs fortement perturbé la consommation de soins en 2020, et, par effet de rattrapage, potentiellement en 2021. Concernant l'optique et les aides auditives, les équipements sont renouvelables avec un délai respectivement de deux et quatre années, une estimation fiable du coût de la réforme ne pourra donc être réalisée qu'au bout de quatre années de réforme pleine au minimum. De premières analyses peuvent néanmoins être faites concernant les années 2019 et 2020, et, dans une moindre mesure, 2021.

A - Des trajectoires contrastées de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé

1 - Un suivi inadapté

Le partage des rôles entre le ministère (optique et audioprothèses) et l'assurance maladie obligatoire (dentaire) complique le suivi de la réforme.

Une comitologie dispersée

Afin d'accompagner le déploiement de la réforme du 100 % santé, un comité de suivi, présidé par le ministre des solidarités et de la santé se réunit une fois par an. Ce comité s'appuie sur trois formations, l'une en charge des questions relatives aux audioprothèses, l'autre de l'optique, la dernière traitant des relations entre assurances maladie obligatoire et complémentaire.

Même s'il est abordé en comité plénier, le secteur dentaire fait l'objet d'un suivi à part, dans le cadre des discussions conventionnelles entre l'Uncam et les syndicats de chirurgiens-dentistes, ce qui reflète les responsabilités respectives des pouvoirs publics dans la supervision de la mise en œuvre de la réforme : une responsabilité tenue au premier chef par la direction de la sécurité sociale pour l'optique et l'audioprothèse, par la Cnam pour le dentaire. Les modalités de construction, notamment financière, et les modalités de suivi des dépenses tendent ainsi à différer, ce qui ne facilite pas l'évaluation d'une réforme pourtant censée constituer un tout.

Par ailleurs, les parties prenantes regrettent le caractère insuffisamment participatif des comités, en particulier les plus techniques, qui se bornent, pour l'essentiel, à des points d'information. Ils ne permettent pas suffisamment de travailler sur les sujets stratégiques, tels que le tiers-payant intégral qui oppose pourtant les professionnels de santé et les assurances complémentaires.

La Cnam a réalisé un chiffrage prévisionnel de la convention dentaire dans son ensemble, sans isoler le périmètre des prothèses dentaires et, *a fortiori*, sans inclure l'effet de la réforme sur les bénéficiaires de la CSS, contrairement à la DSS, qui avait inclus les dépenses de ces derniers dans ses prévisions de dépenses pour les équipements optiques et les aides auditives. Les informations sur le dentaire sont ainsi moins fines que sur les autres champs, ce qui rend d'autant plus compliqué le suivi de la réforme. Cette difficulté de chiffrage et de suivi n'est d'ailleurs pas propre à la seule convention dentaire.

La situation est plus complexe encore s'agissant de l'assurance maladie complémentaire, pour laquelle le ministère utilise les données de la Drees pour évaluer l'incidence de la réforme la concernant. Or, ces informations ne sont disponibles qu'avec une année de retard. Un suivi plus précoce doit être mis en place en s'appuyant sur les données fournies par les complémentaires santé⁸³.

Il est regrettable, s'agissant d'une réforme aussi importante que celle du 100 % santé, qu'un suivi partagé des coûts résultant de la réforme n'ait pu être établi et ce, de manière consensuelle, de manière à ce que chaque partie prenante mette à disposition, avec le même degré de précision, les données en sa possession.

2 - Pour l'assurance maladie obligatoire, des dépenses inférieures aux prévisions

Le ministère assure un suivi des dépenses totales pour les trois secteurs concernés par la réforme.

Tableau n° 14 : dépenses pour l'assurance maladie sur le champ de la réforme pour les années 2019 à 2021 (M€)

		2019	2020	2021	Total
Optique	Économie annuelle	12	- 170	- 4	- 162
	Économie cumulée	12	- 158	- 162	- 308
Audioprothèses	Dépense annuelle	45	30	199	274
	Dépense cumulée	45	75	274	394
Dentaire	Dépense annuelle	- 57	- 7	226	162
	Dépense cumulée	- 57	- 64	162	41
Total (dépenses cumulées)					127

Source : Cour des comptes d'après données Cnam.

Les dépenses de l'assurance maladie se révèlent plus faibles qu'anticipé. En cumulé, entre 2019 et 2021, les dépenses devaient avoir augmenté de 150 M€ (+ 320 M€ pour les audioprothèses, - 90 M€ en dentaire et - 80 M€ en optique) (cf. tableau n° 13). Elles ont augmenté de 127 M€ seulement (+ 394 M€ pour les audioprothèses, + 41 M€ en dentaire et - 308 M€ en optique, cf. tableau n°14). De ce point de vue, l'assurance maladie obligatoire parviendrait presque à compenser le surcoût de l'audioprothèse, très dynamique du fait de la réforme, par des économies supérieures à celles anticipées sur l'optique, ces dernières résultant d'une moindre consommation due à la crise et de l'échec du 100 % santé sur ce champ⁸⁴. S'agissant du dentaire, le surcoût lié à la hausse non-anticipée du nombre d'actes en 2021, serait limité, grâce notamment à la forte réduction de l'activité liée aux confinements en 2020⁸⁵.

⁸³ Aux termes de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique, le SNDS a vocation à rassembler et à mettre à disposition les données des bases existantes en matière sanitaire et médico-sociales, à savoir notamment un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire.

⁸⁴ La prise en charge de l'assurance maladie obligatoire étant réduite sur les biens du panier libre. Une chronique comparant les volumes anticipés et réalisés ainsi que les taux de pénétration attendus et réalisés figure en annexe 9.

⁸⁵ La DSS note qu'en « 2019, la convention dentaire et la réforme 100 % santé ont eu globalement les impacts escomptés [effet global de + 170 M€] mais qu'en 2020, au lieu d'une augmentation des remboursements dentaires [+ 250 M€ attendus au global], les données montrent une baisse très importante de - 287 M€ sur l'ensemble du champ dentaire », précisant qu'« il est impossible de quantifier séparément les effets de la réforme et de la convention en 2020 des effets de la crise sanitaire ». « L'activité dentaire a été la plus touchée par le confinement du printemps 2020 (activité absolument nulle en avril 2020 notamment) ».

Ces évolutions de dépenses ne représentent toutefois pas le coût de la réforme du 100 % santé, qui doit être isolé d'autres facteurs d'évolution, comme la crise sanitaire et l'évolution tendancielle des dépenses. Sur la base des hypothèses d'effet de la réforme sur les volumes d'audioprothèses présentés au chapitre II (I. B.), la Cour a estimé à 346 M€ l'effet de la réforme sur les dépenses d'audioprothèses. Ce chiffrage repose sur des hypothèses fortes, présentées à l'annexe n° 10, et doit donc être pris avec précaution.

Concernant l'optique, en l'absence d'effet positif de la réforme sur le volume d'actes⁸⁶, son impact se résume à un effet sur les prix. En appliquant aux actes des années 2020 et 2021 les montants remboursés moyens par acte des années 2018 et 2019, il est possible d'estimer les dépenses qui auraient été engagées en l'absence de réforme et de quantifier de façon fruste cet effet d'économie à 340 M€⁸⁷.

Le chiffrage obtenu pour ces deux secteurs, qui demeure théorique, s'avère néanmoins assez proche de celui tiré du suivi des dépenses.

Concernant le secteur dentaire, la multiplicité des actes rend plus difficile une évaluation du coût, qui est en cours de réalisation par la Cnam et dont la finalisation était prévue pour avril 2022.

En l'état, et faute de pouvoir élaborer une méthodologie plus robuste du fait de la complexité des effets de la réforme, le suivi cumulé des dépenses donnerait ainsi une trajectoire légèrement plus favorable qu'attendu (127 M€ contre 150 M€ annoncés), mais qui ne dit cependant rien de la structure des effets effectifs de la réforme selon les secteurs de soins.

3 - Un surcoût incertain pour les complémentaires santé

a) Des coûts supportés par les complémentaires santé connus par elles seules à ce stade

Les dépenses des assurances maladies complémentaires sont connues à travers les comptes de la santé, produits par la Drees. Cette dernière présente, depuis l'exercice 2020, la dépense des différents financeurs pour chacun des trois périmètres du dispositif 100 % santé. Les chiffres 2021 ne seront disponibles qu'en septembre 2022. Les complémentaires santé, qui disposent de leurs propres données, sont d'ores et déjà parvenues à un chiffrage, qui n'a cependant pu être expertisé par la Cour et doit donc être pris avec précaution⁸⁸. Selon elles, la réforme les pénaliserait à double titre : tout comme pour l'assurance maladie, en raison du dynamisme des audioprothèses et, à l'inverse, par de moindres d'économies dans l'optique, faute de succès de la réforme.

⁸⁶ Le nombre d'actes en optique était de 42,9 millions en 2018, 45,1 millions en 2019, 41,5 millions en 2020 et 48 millions en 2021, soit, pour ces deux dernières années perturbées respectivement par la fermeture des magasins lors du confinement de 2020 et le rattrapage qui a suivi en 2021, une moyenne de 44,7 millions, inférieure au niveau de 2019.

⁸⁷ Source : SDNS, calculs Cnam.

⁸⁸ L'Unocam a publié des données sur l'évolution des dépenses entre 2019 et 2021. Elles passeraient de 3,971 Md€ à 3,933 Md€ en optique, de 425 à 833 M€ pour les aides auditives, et de 2,54 Md€ à 3,736 Md€ pour les prothèses dentaires. Le remboursement moyen par assuré consommant, en optique, baisserait de 13 € sur cette période.

Tableau n° 15 : coût prévisionnel annuel de la réforme après montée en charge selon la FNMF, pour les seules complémentaires santé (montant consolidé en M€)

	Estimation réalisée avant réforme	Estimation actualisée en 2021	Écart
Prothèses dentaires	320	339	+ 19
Optique	- 445	- 250	+ 195
Dont monture	- 165	- 156	+ 9
Dont verres	- 280	- 94	+ 186
Audioprothèses	269	249	- 20 ⁸⁹
Total	144	338	+ 194

Source : Cour des comptes d'après données FNMF. Champ : les trois familles de complémentaires (mutuelles, assurances et prévoyance).

Au final, du fait de prévisions très optimistes s'agissant de l'optique, un surcoût pourrait apparaître pour les complémentaires santé (différentiel d'estimation prévisionnelle entre le ministère et la FNMF de 70 M€⁹⁰ et surcoût de 195 M€ soit 265 M€ de moindres économies).

b) Un risque de hausse des cotisations des complémentaires santé, en particulier pour les contrats d'entrée de gamme

Les primes des organismes complémentaires évoluent chaque année à la hausse, l'année 2020 faisant exception du fait de la crise sanitaire. Selon la direction de la sécurité sociale, les fédérations du secteur évaluent l'augmentation à 2,6 % en 2021 et à 3,4 % en 2022.

Tableau n° 16 : évolution des primes et charges des organismes complémentaires entre 2017 et 2020

Taux d'évolution	2017	2018	2019	2020
Primes	2,7 %	2,0 %	1,9 %	- 0,3 %
Charges	1,5 %	2,0 %	1,9 %	- 0,8 %

Source : DSS

S'il est difficile d'indiquer dans quelle mesure ces hausses, supérieures à celles des années précédentes, relèvent d'un effet de rattrapage ou d'un effet de la réforme du 100 % santé et des économies inférieures aux attentes qu'elle générerait, il est certain que les dépenses supplémentaires induites par la réforme doivent être prises en compte par les organismes complémentaires dans l'équilibre de leur résultat technique. Selon les organismes complémentaires interrogés par la Cour, en l'absence d'économies réalisées par ailleurs, des hausses de cotisations sont probables, sauf pour elles à réduire leurs garanties sur les paniers maîtrisés et libre. Ces augmentations des primes, si elles venaient à se confirmer, pourraient mettre en difficulté les populations les plus fragiles financièrement et qui ne peuvent, du fait des effets de seuil, bénéficier de la CSS. La répartition du financement entre assurances maladie obligatoire et complémentaires complique de plus la mise en place d'une véritable gestion du risque par ces dernières à des fins de limitation du coût de la réforme.

⁸⁹ La FNMF anticipe une moindre évolution des volumes qu'annoncé, une fois l'effet rattrapage passé (+ 25 % contre + 40 %), expliquant le gain espéré sur ce poste.

⁹⁰ - 515 M€ contre - 445 M€.

Selon la FNMF, la réforme augmenterait de 1,7 % les prestations des complémentaires, avec une incidence plus forte sur les mutuelles, liée à la structure spécifique de leur portefeuille (population plus âgée, garanties en moyenne moins couvrantes).

Cette moyenne pourrait masquer d'importants écarts. Les contrats d'entrée de gamme sont, en effet, les plus susceptibles de faire l'objet de fortes augmentations, correspondant à l'amélioration des garanties apportées par la réforme du 100 % santé. À cet égard, la FNMF évalue l'incidence à hauteur de 7 % des prestations pour cette catégorie spécifique de contrats⁹¹.

Les hausses individuelles dépendront, in fine, de la situation financière des organismes, qui diffère fortement d'une famille à l'autre, de la politique commerciale qu'ils auront retenue et de la sinistralité des contrats⁹².

Tableau n° 17 : résultat technique des grandes familles d'organismes complémentaires (2020) en M€

	Assurances	Institutions de Prévoyance	Mutuelles
<i>Produits</i>	13 393	6 364	18 661
<i>Charges</i>	13 154	6 561	17 976
<i>Résultat</i>	239	- 197	685
Dt contrats individuels	488	100	814
Dt contrats collectifs	- 249	- 297	- 129

Source : Drees – Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Les garanties des contrats pourraient également être amenées à évoluer, afin de réduire les coûts de prise en charge des paniers libres. À cet égard, il est regrettable qu'aucune information consolidée, y compris par grande catégorie de contrats sur le modèle utilisé par la Drees⁹³, et actualisée, ne soit fournie par celles-ci de manière à s'assurer que la réforme ne produit pas de tels effets.

c) Une hausse de la part de la dépense financée par les assurances maladie complémentaires par rapport à celle financée par la sécurité sociale

La part des dépenses de soins dentaires (allant au-delà des soins prothétiques et incluant soins conservateurs et orthodontiques) financées par les complémentaires santé a augmenté entre 2019 et 2020, passant de 40,3 % à 43,3 %, tandis que celle de l'assurance maladie reste stable (34,0 % en 2019 et 33,8 % en 2020). La diminution du reste à charge des ménages sur ce poste est ainsi financée par les complémentaires santé.

En optique, la hausse des restes à charge correspond à une diminution de la part de la dépense financée par les organismes complémentaires, qui passe de 72,7 % en 2019 à 69,6 % en 2020 (dont 70,3 % pour le panier libre et 55,7 % pour le panier 100 % santé)⁹⁴, ainsi que de celle de la Sécurité sociale, qui passe de 3,6 % avant réforme à 1,3 % en 2020 (dont 0,4 % pour le panier libre et 19,8 % pour le panier 100 % santé)⁹⁵.

⁹¹ Portant sur 25 % des contrats, selon une enquête de la Drees réalisée en 2016.

⁹² Sinistralité en forte hausse pour les contrats séniors, liés à la forte hausse des prothèses dans le secteur auditif.

⁹³ Pour son panorama annuel « *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* », la Drees a construit un indice synthétique qui lui permet de classer les contrats en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge, des plus (classe 3) aux moins couvrants (classe 1). Le dernier panorama date de 2019 et porte sur les garanties des contrats conclus en 2016.

⁹⁴ Source : Drees, comptes de la santé 2020.

⁹⁵ Source : Drees, comptes de la santé 2020.

En 2020, les dépenses d'audioprothèses sont financées à 23,2 % (35,6 % pour les prothèses du panier 100 % santé et 22,4 % pour les prothèses du panier libre) par les complémentaires santé et à 17,8 % par l'assurance maladie, les chiffres n'étant pas disponibles pour les années précédentes.

Tableau n° 18 : décomposition des dépenses en 2020 par financeur et par panier (%)

	Panier « 100 % santé »			Panier à tarif libre			Tous paniers confondus		
	Dentaire	Audio.	Optique	Dentaire	Audio.	Optique	Dentaire	Audio.	Optique
Sécurité sociale	21,2 %	37 %	19,8 %	13,5 %	16,6 %	0,4 %	18 %	17,8 %	1,3 %
Fonds CSS	8,2 %	12,5 %	24,5 %	0,4 %	0,2 %	0,5 %	5,2 %	0,9 %	1,6 %
Complémentaires	51,7 %	35,6 %	55,7 %	65,7 %	22,4 %	70,3 %	51,6 %	23,2 %	69,7 %
Ménages	18,9 %	14,9 %	0,0 %	20,5 %	60,8 %	28,8 %	25,2 %	58,1 %	27,4 %

Source : Drees - les comptes de la santé 2020

NB : pour le dentaire, il existe également un panier à prix modérés dont la répartition est la suivante : 18,4 % pour la sécurité sociale, 6 % pour le Fonds CSS, 36,3 % pour les complémentaires santé et 39,3 % pour les ménages. Les données datent de 2020, la réforme du 100 % santé n'était pas encore totalement mise en œuvre, ce qui explique pourquoi il demeure un reste à charge pour les ménages sur le panier 100 % santé.

L'Unocam⁹⁶ fait état d'une augmentation de la part des dépenses des complémentaires santé de six points entre 2019 et 2021 en audiologie, optique et soins prothétiques dentaires, passant de 55 % à 61 % du total⁹⁷. Ces chiffres ne portent toutefois que sur les dépenses des assurés couverts par une complémentaire ; or, la part de l'assurance maladie a augmenté pour les dépenses des assurés non couverts par une complémentaire, en particulier du fait de l'augmentation de la base de remboursement des audioprothèses et celle des équipements optiques du panier 100 % santé, très largement utilisés par les bénéficiaires de la CSS. Les données disponibles ne permettent donc pas de dresser un constat sur l'évolution des parts respectives de l'AMO et de l'AMC dans l'ensemble des dépenses des trois secteurs.

B - Une incidence sur les secteurs économiques concernés par la réforme difficilement évaluable

Il n'a pas été possible d'obtenir des données précises et objectivées sur l'évolution des revenus, des marges et de l'origine des produits liée à la réforme du 100 % santé. Certains syndicats ont néanmoins avancé quelques chiffres, qui mériteront d'être confirmés et affinés.

Des effets à venir de la réforme sur les réseaux de soins ?

L'objectif premier des réseaux de soins est d'offrir des prestations, réalisées par des professionnels conventionnés, à moindre coût. Aussi, en garantissant une offre homogène et sans reste à charge sur l'ensemble du territoire, avec tiers payant intégral, la réforme du 100 % santé peut réduire l'intérêt pour les patients de passer par un réseau.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ La part des dépenses de soins prothétiques dentaires augmenterait de 45 % à 56 %, celle des aides auditives, de 40 % à 45 % et la part des dépenses d'optique diminuerait, de 64 % à 61 %.

Or, à ce stade, rien de tel n'est observé. Selon l'institut Xerfi⁹⁸, le nombre de patients transitant par les réseaux a suivi le mouvement observé dans les secteurs concernés par la réforme et le nombre de professionnels conventionnés a même progressé, passant entre 2018 et 2021 de 4 400 à près de 5 000 dans l'optique (+14 %), de 3 800 à 4 600 en dentaire (+21 %) et de 2 000 à 2 700 dans l'audioprothèse (+35 %).

Pour autant, s'ils conservent un avantage par la négociation des prix des biens des paniers libres, leur modèle économique devrait évoluer afin de maintenir une réelle plus-value, de nature à attirer les patients, les professionnels et de justifier de leurs prix auprès des complémentaires santé (téléconsultation, outils d'information et d'orientation, ...).

L'institut Xerfi table en conséquence sur un ralentissement de la progression de leur chiffre d'affaires, qui passerait d'un rythme de 13 % par an au cours de la période 2014-2019 à un rythme de 5 % par an entre 2020 et 2023.

En l'état, s'agissant de l'optique, les craintes avancées par les professionnels d'une vague de fermetures (3 000 magasins sur les 12 000 existants) du fait des économies réalisées sur l'optique ne se sont pas confirmées, dans un contexte néanmoins marqué par d'importantes aides de l'État dans le cadre de la pandémie. Les résultats moyens, du fait de la très forte concurrence à l'œuvre dans ce secteur et de la réduction des prix moyens⁹⁹, seraient toutefois faibles, compris entre 0 % et 2 %, certains magasins devenant même déficitaires.

La situation de l'audioprothèse apparaît, par contraste, favorable. Si le panier moyen s'affiche en baisse¹⁰⁰, du fait de la réduction des prix limites de vente¹⁰¹, la forte hausse des volumes aurait plus que compensé cet effet. Ceci pourrait permettre de doubler les revenus du secteur (bénéfices de l'ordre de 15 à 20 % contre une moyenne plus proche de 3 à 8 %). Le caractère durable de cette hausse n'est toutefois pas assuré, d'autant que les audioprothésistes ont pu être et seront amenés à embaucher pour faire face à cette demande accrue. Par ailleurs, le mouvement, déjà engagé, de diversification des opticiens vers le secteur de l'audioprothèse semble s'accélérer, ce qui devrait renforcer la concurrence et, dès lors, peser sur les marges.

Le dentaire a également vu une forte augmentation de son chiffre d'affaires, sans qu'il soit toutefois possible de savoir dans quelle mesure cette évolution s'est traduite dans les revenus du secteur.

Enfin, s'agissant de l'origine et du prix des produits, la situation est, là également, différente d'un secteur à l'autre. Dans l'optique, les tarifs limites de vente ne seraient pas compatibles avec une fabrication française, qu'il s'agisse des verres comme des montures¹⁰². Dans l'audioprothèse,

⁹⁸ Étude de juin 2021, « *les stratégies des plateformes santé et réseaux de soins dans l'assurance* ».

⁹⁹ Selon la DSS, le prix moyen des montures serait passé de 138 € à 126 € entre 2019 et 2021, celui des verres complexes de 227 € à 218 €, quand les verres simples auraient légèrement augmenté (91 € contre 89 €).

¹⁰⁰ Le prix moyen d'une aide auditive serait ainsi passé, selon les données du comité de suivi de la réforme, de 1 482 € en 2020 à 1 289 € au 1^{er} semestre 2021 (soit -13 %) et celui des appareils du panier 100 % santé de 992 € (2019) à 884 € (2020), quand le nombre d'appareils vendus aurait augmenté de 77 % entre 2020 et 2021 (cf. chapitre 2, partie I.B.3, tableau n° 6).

¹⁰¹ UFC-Que choisir avait pu constater, dans une étude s'appuyant sur des données de Santéclair, à partir d'un échantillon de 4700 devis d'audioprothèses, représentant 8 400 appareils, entre janvier 2014 et juin 2015, que la marge brute pour les audioprothèses de gamme moyenne, représentant le cœur de cible du 100 % santé, vendues chez les indépendants 1 430 € était de 1 130 €. En considérant que le prix d'achat n'a pas évolué (300 €), la réduction du prix limite de vente à 950 € aurait donc réduit cette marge de 480 € (- 58 %) à 650 €. (« *Audioprothèses : un marché verrouillé au détriment des malentendants* », septembre 2015).

¹⁰² De rares acteurs parviendraient à produire des montures par injection sur le territoire français (marque 1789, proposée par Carte Blanche Partenaires et Nucle par Santéclair).

faute de production européenne, les produits proviennent de longue date d'Asie. Enfin, dans le dentaire, seule une part, jugée minoritaire mais non chiffrée, ne serait pas de fabrication française, la réforme n'ayant pas eu à cet égard d'incidence¹⁰³. Les prix de fabrication dans les trois secteurs ne semblent pas avoir évolué, mais l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie, du transport et, pour les audioprothèses, des composants électroniques, pourraient, s'ils se pérennisaient, venir changer la donne, dans des proportions qui demeurent néanmoins inconnues.

III - Des outils de régulation peu opérants

Le coût réel de la réforme est incertain, même s'il semble supérieur aux estimations. Les mécanismes de régulation de la dépense sont en tout cas peu nombreux et jusqu'ici inutilisés.

Ils sont de deux ordres.

Le premier porte sur la révision des prix limites de vente (PLV)¹⁰⁴ des audioprothèses. Un protocole d'accord du 7 juin 2018 signé entre les syndicats d'audioprothésistes et le ministère prévoit que le PLV des audioprothèses du panier 100 % santé puisse être réduit de 50 €, à 900 €, si le volume vendu pour les adultes excède 650 000 sur 9 mois ou 935 000 sur l'année 2021. Ce seuil fixé avec les acteurs a été largement dépassé en 2021 (1,38 millions d'unités remboursées à fin novembre). Les conditions d'activation de la clause ont beau être réunies et le surcoût constaté, il a été décidé au regard du caractère atypique de l'année 2021, marquée par un phénomène de rattrapage des soins, de ne pas l'activer¹⁰⁵. Or, les données de la Cnam et des complémentaires santé convergent toutes dans le sens d'un dynamisme des dépenses dans le secteur qui aurait pu être modéré par l'activation de cette clause¹⁰⁶.

Le second repose sur une clause de rendez-vous en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques dentaires entre les trois paniers. Cette clause « *consiste à ouvrir la négociation d'un avenant, dans un délai de deux mois, afin de s'accorder sur les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre* » (convention dentaire, article 5). Le contenu précis des mesures n'est pas déterminé, mais rien n'empêcherait qu'elles prennent la forme de réduction des tarifs figurant à l'annexe de ladite convention. Ce mécanisme apparaît néanmoins peu opérant. D'une part, les conditions de déclenchement portent sur le seul sujet du niveau des taux de prise en charge, laissant de côté les volumes. Or, ceux-ci, d'autant plus s'ils sont liés à un suréquipement, peuvent également faire déraiser la trajectoire des dépenses. D'autre part, l'outil utilisé, l'avenant, nécessite un accord avec les partenaires conventionnels. Ceux-ci apparaissent à priori peu enclins à voir leur rémunération stagner, voire réduite, sauf à ce qu'une telle mesure s'accompagne d'une contrepartie, prenant par exemple la forme d'une revalorisation supplémentaire des soins conservateurs. Cela reviendrait néanmoins à réduire l'économie ainsi obtenue.

¹⁰³ La crise sanitaire, du fait des difficultés d'approvisionnement, aurait eu, de son côté, tendance à favoriser les productions nationales. À ce stade, néanmoins, il n'est pas possible de savoir si cette tendance s'avèrera durable.

¹⁰⁴ Il est également prévu un mécanisme de protection des patients s'agissant du panier libre en audioprothèse. Si le prix médian dépasse 1 600 € TTC sur une année donnée, un prix limite de vente pourra être mis en place pour les aides auditives de classe II à hauteur de 1 750 € TTC. En 2021, le prix médian était de 1 473 €.

¹⁰⁵ Certains réseaux affirment être déjà parvenus à réduire le prix d'achat à 850 €, laissant supposer que cette diminution de 50 € est atteignable.

¹⁰⁶ À cet égard, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relève, dans son avis n° 2022-1 du 15 avril 2022, que « *la montée en charge du 100 % Santé entretient la progression des dépenses de dispositifs médicaux, en particulier sur les audioprothèses et les soins dentaires (+0,3 Md € environ).* »

RECOMMANDATIONS

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 1. Mettre en place un partage des données entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, en veillant à la mise à disposition de données de remboursement par ces dernières et assurer, sur cette base, un suivi identifiant les dépenses exposées au titre de la réforme (Ministère de la santé et de la prévention, Cnam, organismes complémentaires d'assurance maladie) ;*
 - 2. Réviser à la baisse les prix limites de vente des audioprothèses du panier 100 % santé (Ministère de la santé et de la prévention).*
 - 3. Prévoir, dans le cadre de futures négociations conventionnelles avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, une clause permettant d'agir en cas de dérapage de la trajectoire des dépenses de prothèses dentaires ; renforcer les contrôles de la mise en œuvre du 100 % santé par les chirurgiens-dentistes (Ministère de la santé et de la prévention, Cnam, Unocam).*
-

Liste des abréviations

ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMO	Assurance maladie obligatoire
APFS	Association des plateformes santé
BRSS	Base de remboursement de la sécurité sociale
CCSF	Comité consultatif du secteur financier
CMU-C	Couverture mutuelle universelle-complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSS	Complémentaire santé solidaire
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHIS	European Health Interview Survey – enquête santé européenne
FAS	France Assos Santé
FFA	Fédération française des assureurs – France Assureurs
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité française
GIFO	Groupement des industriels et fabricants de l'optique
IGESR	Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LPP	Liste des produits et prestations
ORL	Oto-rhino-laryngologistes
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLV	Prix limites de vente
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
SNDS	Système national des données de santé
SNITEM	Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales
TR	Tarif de responsabilité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

Annexes

Annexe n° 1 : lettre de mission de Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales du Sénat	54
Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées.....	57
Annexe n° 3 : évolution des plafonds de remboursement des prothèses dentaires dans le cadre du panier sans reste à charge et du panier à tarifs maîtrisés.....	61
Annexe n° 4 : évolution des bases de remboursement des verres par l'assurance-maladie obligatoire	62
Annexe n° 5 : évolution du reste à charge en optique	66
Annexe n° 6 : prix de vente maximaux des paniers 100 % santé et CSS.....	68
Annexe n° 7 : essai de simulation du nombre de patients supplémentaires dans le secteur des audioprothèses	69
Annexe n° 8 : l'association Inter-AMC.....	70
Annexe n° 9 : écarts de pénétration du panier 100 % santé et de volume de biens par rapport aux prévisions initiales	71
Annexe n° 10 : essai de chiffrage de l'effet de la réforme sur les dépenses d'audioprothèses pour l'assurance maladie obligatoire.....	72
Annexe n° 11 : l'enjeu de la lisibilité des contrats	73

Annexe n° 1 : lettre de mission de Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales du Sénat

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS Cedex 01

Paris, le 14 décembre 2021

Réf: AFSOC_PDTE_2021_943

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), ainsi que sur le bilan du dispositif 100 % santé et ses implications sur les relations entre le régime de base et les organismes complémentaires.

À propos de Santé publique France, les travaux du Sénat, en particulier de sa commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire, ont mis en évidence les difficultés du positionnement de l'Agence dans ses relations avec l'administration centrale du ministère de la santé pour ce qui concerne les missions de l'ex-EPRUS pour laquelle elle ne dispose pas d'une réelle autonomie. Ces difficultés ont également été évoquées par le rapport Pittet.

Plus largement, se posent les questions de l'adéquation des moyens de cette agence à ses missions, de la répartition de ces missions avec les administrations centrales et d'autres agences, et de leur mode de financement. Il me serait agréable que la Cour puisse mener ces réflexions en examinant, le cas échéant, les moyens et les missions des agences de pays comparables.

Pour ce qui concerne le dispositif 100 % santé, la commission souhaiterait disposer d'une évaluation des objectifs que le Gouvernement avait fixé à ce dispositif, à savoir l'évolution de la couverture des besoins dans les domaines concernés, l'évolution des coûts et de leur prise en charge notamment en tiers-payant, leur répartition entre régimes de base et complémentaire, mais aussi l'impact sur les parts de marché et les marges des secteurs considérés. Il serait souhaitable que l'enquête identifie des perspectives d'évolution de ce dispositif.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

Catherine DEROCHE

Cour des comptes

KCC D2101973 KZZ
22/12/2021

Le Premier président

Le 22 DEC. 2021

Ch Madame la Présidente,

En réponse à votre courrier en date du 14 décembre dernier concernant la réalisation d'enquêtes en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai le plaisir de vous confirmer que la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin, devrait être en mesure de réaliser les travaux que vous avez demandés, récapitulés dans le tableau ci-après.

Intitulé	Remise
Le dispositif du 100 % santé	Décembre 2022
L'agence Santé publique France	Décembre 2022

Je vous propose que, comme les années précédentes, des échanges entre les rapporteurs de la commission et les présidents de chambre et magistrats concernés puissent avoir lieu très rapidement afin de préciser le champ, l'approche et la date de remise de ces enquêtes.

Mme Carine Camby, présidente de chambre, rapporteure générale du comité du rapport public et des programmes, se tient à votre disposition sur l'ensemble de ces sujets.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.

*Carine Camby**Pierre Moscovi*

Pierre Moscovi

Madame Catherine Deroche
Présidente de la Commission
des affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75006 Paris

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS Cedex 01

Paris, le 14 décembre 2021

Réf: AFSOC_PDTE_2021_943

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), ainsi que sur le bilan du dispositif 100 % santé et ses implications sur les relations entre le régime de base et les organismes complémentaires.

À propos de Santé publique France, les travaux du Sénat, en particulier de sa commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire, ont mis en évidence les difficultés du positionnement de l'Agence dans ses relations avec l'administration centrale du ministère de la santé pour ce qui concerne les missions de l'ex-EPRUS pour laquelle elle ne dispose pas d'une réelle autonomie. Ces difficultés ont également été évoquées par le rapport Pittet.

Plus largement, se posent les questions de l'adéquation des moyens de cette agence à ses missions, de la répartition de ces missions avec les administrations centrales et d'autres agences, et de leur mode de financement. Il me serait agréable que la Cour puisse mener ces réflexions en examinant, le cas échéant, les moyens et les missions des agences de pays comparables.

Pour ce qui concerne le dispositif 100 % santé, la commission souhaiterait disposer d'une évaluation des objectifs que le Gouvernement avait fixé à ce dispositif, à savoir l'évolution de la couverture des besoins dans les domaines concernés, l'évolution des coûts et de leur prise en charge notamment en tiers-payant, leur répartition entre régimes de base et complémentaire, mais aussi l'impact sur les parts de marché et les marges des secteurs considérés. Il serait souhaitable que l'enquête identifie des perspectives d'évolution de ce dispositif.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

Bre c van

Catherine Deroche
Catherine DEROCHE

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées

Direction de la sécurité sociale

- M. Franck Von Lennep, directeur
- M. Harry Partouche, sous-directeur des études et des prévisions financières
- M. Jean-Philippe Perret, chef du bureau « Economie de la santé » au sein de la sous-direction des études et des prévisions financières
- Mme Stéphanie Gilardin, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Marion Muscat, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Fanny Chauviré, cheffe du bureau « Accès aux soins et prestations de santé » au sein de la sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Marion Mathieu, chargée de mission 100 % santé au sein du bureau « accès aux soins et prestations de santé »

Caisse nationale d'assurance maladie

- M. Yves Canevet, coordinateur 100 % santé et tiers-payant (direction des services de la maîtrise d'ouvrage informatique à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins – DDGOS-)
- Mme Marie Massemin, chirurgien-dentiste conseil (DDGOS)
- M. Frédéric Giraudet, référent professionnels de santé (Direction de l'offre de soins -DOS- à la DDGOS)
- M. Emmanuel Gomez, directeur des services de la maîtrise d'ouvrage informatique (DDGOS)
- M. Arnaud Gollandeau, économiste à la direction des professionnels de santé (DProf/DOS/DDGOS)
- M. Christophe Chaignot, statisticien à la DOS (DDGOS)
- Mme Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins (DOS/DDGOS)
- Mme Claire Traon, responsable adjointe de la direction des professionnels de santé (DProf/DOS/DDGOS)
- M. Grégoire de la Lagasnerie, responsable des produits de santé (DOS/DDGOS)
- M. Mikaël Benzaqui, responsable de la direction des professionnels de santé (DProf/DOS/DDGOS)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Mme Catherine Pollak, cheffe du bureau « Assurance maladie et études sur les dépenses de santé » au sein de la sous-direction « Observation de la santé et de l'assurance maladie »
- M. Franck Arnaud, sous-directeur « Observation de la santé et de l'assurance maladie »
- M. Geoffrey Lefebvre, chef du bureau « Analyse des comptes sociaux », au sein de la sous-direction « Observation de la santé et de l'assurance maladie »
- M. Cyril de Willencourt, responsable du pôle « organismes complémentaires » au sein du bureau « Analyse des comptes sociaux ».

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

- Ambroise Pascal, chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)
- Marise Lalande, adjointe au chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B)
- Bérangère Comon, rédactrice en charge des professionnels et des établissements de santé

Fédération nationale de la mutualité française

- Mme Séverine Salgado, directrice générale
- Mme Marianne Bye, experte référente à la direction « santé »
- Mme Alice Beynet, responsable du service des analyses économiques à la direction « santé ».

France Assureurs

- M. José Bardaji, directeur des statistiques et de la recherche économique
- Mme Véronique Cazals, directrice santé et prévoyance

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

- Madame Marie-Laure Dreyfuss, déléguée générale
- Madame Magali Sierra, directrice santé et modernisation des déclarations sociales
- Monsieur Bertrand Boivin-Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire
- Monsieur Thibaut Morselli, chargé de mission santé

Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam)

- M. Marc Leclère, président de l'Unocam et président de la mutuelle Unéo
- Mme Delphine Benda, secrétaire générale administrative
- M. Mikaël Donati, économiste de la santé

France Assos Santé (FAS)

- Mme Marianick Lambert, membre du bureau et représentante de FAS au comité de suivi de la réforme 100 % santé
- Mme Féreuze Aziza, chargée de mission assurance maladie

UFC- Que Choisir

- M. Daniel Bideau, vice-président d'UFC-Que Choisir et animateur du réseau santé
- M. Grégory Caret, directeur de l'observatoire de la consommation

Syndicat des audioprothésistes

- M. Luis Godinho, président.

Syndicat national des entreprises de l'audition

- M. Richard Darmon, président
- M. Michel Touati, vice-président et directeur général de Vivason

Fédération nationale des opticiens de France

- M. Alain Gerbel, président
- M. Hugues Verdier-Davioud, administrateur
- Mme Charlotte Bouyer, juriste

Rassemblement des opticiens de France

- M. Didier Cohen président par intérim
- M. Patrice Camacho, administrateur et trésorier
- M. Thibaut Pichereau, délégué général,
- M. André Balbi, ancien président

**Syndicats nationaux des centres d'optique mutualistes (SYNOM)
et d'audition mutualiste (SYNAM)**

- Mme Véronique Bazillaud, directrice des affaires publiques
- M. Arthur Havis, vice-président, directeur général de Visaudio
- M. Marc Gréco, délégué général, directeur technique de Visaudio

Les chirurgiens-dentistes de France

- M. Thierry Soulié, président
- M. Marc Sabek, vice-président
- M. Pierre-Olivier Donnat, secrétaire général
- M. Marco Mazevet, délégué général

Fédération des syndicats dentaires libéraux

- M. Patrick Solera, président

Union dentaire

- M. Franck Mouminoux, président

Association des plateformes de santé (APFS)

- Mme Marianne Binst, directrice générale du réseau Santéclair
- M. Jean-Marc Boisrond, président du directoire du réseau Itelis

Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (Snitem)

- M. Guillaume Joucla, président du groupe audiologie du Snitem, directeur général de Sonova
- M. Pascal Boulud, vice-président du groupe audiologie du Snitem, directeur général de Signa
- M. William Rolland, coordinateur du groupe audiologie du Snitem
- M. Armelle Graciet, directrice des affaires industrielles

COMIDENT

- M. Pierre-Yves Le Maout, président du COMIDENT et des laboratoires PRED
- M. Olivier Lafarge, vice-président et directeur général de Dentsply Sirona
- M. David Gourdy, trésorier et directeur de Omnium dentaire
- Mme Céline Wurtz, déléguée générale

Groupe des Industriels et Fabricants de l'Optique (GIFO)

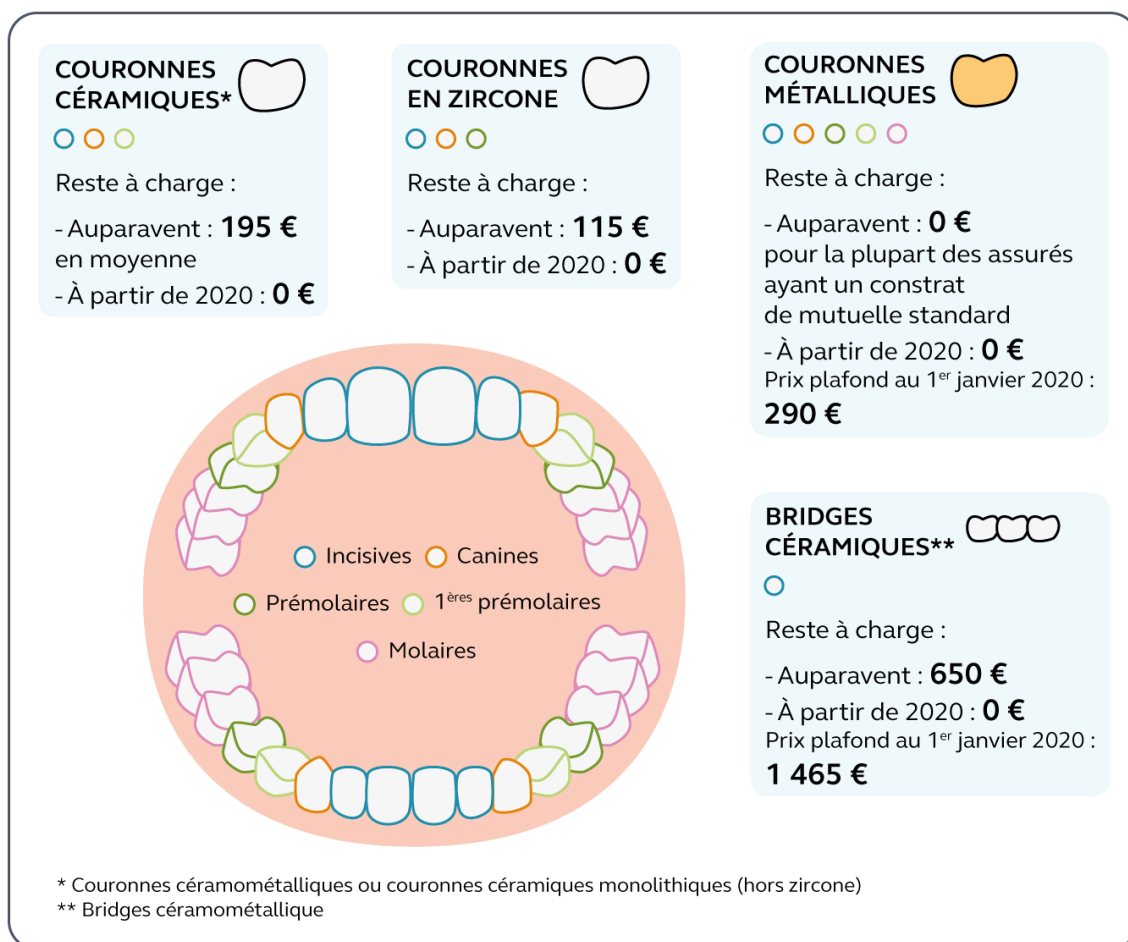
- M. Eric Lefort, président, dirigeant de Marcolin France
- M. Nicolas Sériès, vice-président, dirigeant de Zeiss France
- Mme Laure-Anne Copel, secrétaire générale

Annexe n° 3 : évolution des plafonds de remboursement des prothèses dentaires dans le cadre du panier sans reste à charge et du panier à tarifs maîtrisés

Acte	Panier	1er avril 2019	1er janvier 2020	1er janvier 2021
Couronne céramo-métallique (incisives, canines, 1ères prémolaires)	Rac 0	530	500	500
Couronne céramique monolithique en zircon (incisives, canines, prémolaires)	Rac 0	480	440	440
Bridge céramo-métallique	Rac 0	1 465	1 465	1 465
Couronne céramo-métallique (2èmes prémolaires)	Rac modéré	Pas de plafond	550	550
Prothèse amovible complète bi-maxillaire à base résine (dentier)	Rac 0	Pas de plafond	Pas de plafond	2 300
Inlay/Onlay composite	Rac modéré	Pas de plafond	Pas de plafond	350

Source : Dossier de presse sur la convention 2018, Ameli.fr

Schéma n° 2 : répartition du panier 100 % santé selon le positionnement des dents



Source : Cour des comptes d'après CPAM

Annexe n° 4 : évolution des bases de remboursement des verres par l'assurance-maladie obligatoire

Tableau n° 19 : avant réforme

Base de remboursement de l'assurance maladie		
Âge	Remboursement de la date	Remboursement verres
- de 18 ans	60 % d'un tarif de responsabilité (TR) fixé à 30,49 €, soit 18,29 €	60 % d'un TR fixé entre 12,04 € et 66,62 € en fonction des types de verre, soit entre 7,22 € et 39,97 €
+ de 18 ans	60 % d'un TR fixé à 2,84 €, soit 1,70 €	60 % d'un TR fixé entre 2,24 € et 24,54 € selon le type de verre, soit entre 1,34 € et 14,72 €

Tableau n° 20 : après réforme (Panier 100 % santé)

CODE	DÉSIGNATION	Tarif de responsabilité (en € TTC)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité	Prix limite de vente (en € TTC)
VERRES UNIFOCALUX (CLASSE A)				
2263287	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à -2,00]	9,75	22,75	32,5
2254911	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	11,25	26,25	37,5
2201814	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	14,25	33,25	47,5
2214840	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	14,25	33,25	47,5
2223394	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	29,25	68,25	97,5
2254727	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00	29,25	68,25	97,5
2229362	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à +2,00]	9,75	22,75	32,5
2238444	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	11,25	26,25	37,5
2238823	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	14,25	33,25	47,5
2260509	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	14,25	33,25	47,5
2274380	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	29,25	68,25	97,5
2203316	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère > +12,00	29,25	68,25	97,5
2234050	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	11,25	26,25	37,5
2231235	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	12,75	29,75	42,5

CODE	DÉSIGNATION	Tarif de responsabilité (en € TTC)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité	Prix limite de vente (en € TTC)
2217525	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	15,75	36,75	52,5
2241392	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	15,75	36,75	52,5
2277266	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	30,75	71,75	102,5
2220384	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	30,75	71,75	102,5
2218559	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2	11,25	26,25	37,5
2254584	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	12,75	29,75	42,5
2258406	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	15,75	36,75	52,5
2203871	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	15,75	36,75	52,5
2231258	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	30,75	71,75	102,5
2215905	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S > +12,00	30,75	71,75	102,5
2255520	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	15,75	36,75	52,5
2284071	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	17,25	40,25	57,5
2266080	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	20,25	47,25	67,5
2238409	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	20,25	47,25	67,5
2293390	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	35,25	82,25	117,5
2236586	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	35,25	82,25	117,5
VERRES MULTIFOCAUX (CLASSE A)				
2245190	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00]	13,5	31,5	45
2235977	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	15	35	50
2232648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	18	42	60
2234357	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	18	42	60
2217229	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	18	42	60
2272398	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00	30	70	100
2267240	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] 0 à +2,00]	13,5	31,5	45
2264884	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	15	35	50
2241009	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	18	42	60
2209193	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	18	42	60
2253248	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	18	42	60
2237829	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère > +12,00	30	70	100
2216885	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	18	42	60
2245875	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	19,5	45,5	65
2223626	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2201754	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2261087	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2247093	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	34,5	80,5	115
2234475	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2	18	42	60
2225648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	19,5	45,5	65

CODE	DÉSIGNATION	Tarif de responsabilité (en € TTC)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité	Prix limite de vente (en € TTC)
2228931	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	22,5	52,5	75
2287514	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	22,5	52,5	75
2275847	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	22,5	52,5	75
2237775	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S > +12,00	34,5	80,5	115
2288293	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	22,5	52,5	75
2204563	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	24	56	80
2292544	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2234245	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2256910	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2256560	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	39	91	130
VERRES PROGRESSIFS (CLASSE A)				
2249229	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère [0 à -2,00]	22,5	52,5	75
2296803	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	24	56	80
2282913	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	27	63	90
2272748	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	27	63	90
2248030	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	39	91	130
2243511	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00	39	91	130
2210635	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] 0 à +2,00]	22,5	52,5	75
2279934	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	24	56	80
2217376	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	27	63	90
2221917	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	27	63	90
2274730	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	39	91	130
2221604	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère > +12,00	39	91	130
2236362	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	27	63	90
2210061	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	28,5	66,5	95
2215957	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	31,5	73,5	105
2252177	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	31,5	73,5	105
2216359	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	43,5	101,5	145
2236066	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	43,5	101,5	145
2209342	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S ≤ 2	27	63	90
2286118	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	28,5	66,5	95
2244203	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	31,5	73,5	105
2218950	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	31,5	73,5	105
2297910	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	43,5	101,5	145
2228411	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S > +12,00	43,5	101,5	145
2268273	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) >4	34,5	80,5	115
2229209	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cyl (+) >4	36	84	120

CODE	DÉSIGNATION	Tarif de responsabilité (en € TTC)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité	Prix limite de vente (en € TTC)
2295175	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	39	91	130
2224270	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	39	91	130
2299196	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	51	119	170
2234334	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	51	119	170
VERRES NEUTRES (CLASSE A)				
2263927	OPTIQUE, verre neutre de classe A	6	14	20
MONTURES (CLASSE A)				
2222124	OPTIQUE, monture adulte de classe A	9	21	30
2254242	OPTIQUE, monture enfant de classe A	9	21	30
2264223	OPTIQUE, supplément pour monture (de classe A) de lunettes à coque, < 6 ans	6	14	20
VERRES TEINTES				
2267641	OPTIQUE, supplément pour verres teintés	1,5	3,5	5
PRESTATIONS ADAPTATION VERRES				
2226435	OPTIQUE, prestation adaptation verres de classe A	10	0	10
PRESTATIONS D'APPAIRAGE				
2232252	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 1	1,5	3,5	5
2222503	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 2	3	7	10
2206987	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 3	4,5	10,5	15

Tableau n° 21 : après réforme (panier libre - moins de 18 ans)

Tarifs de prise en charge AMO pour les moins de 18 ans	2019	2020
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	12,04 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,25 A -10,00	26,68 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE +6,25 A +10,00	26,68 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -10,00 A +10,00	44,97 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	14,94 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE < OU = +4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	36,28 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	27,90 €	0,05 €
VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE > +4,00, SPHERE H.Z -6,00 A +6,00	46,50 €	0,05 €
VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,0	39,18 €	0,05 €
VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, < 18 ANS, SPHERE H.Z DE -4,00 A +4,00	43,30 €	0,05 €
VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	43,60 €	0,05 €
VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE H.Z DE -8,00 A +8,00	66,62 €	0,05 €
MONTURE, < 18 ANS	30,49 €	0,05 €

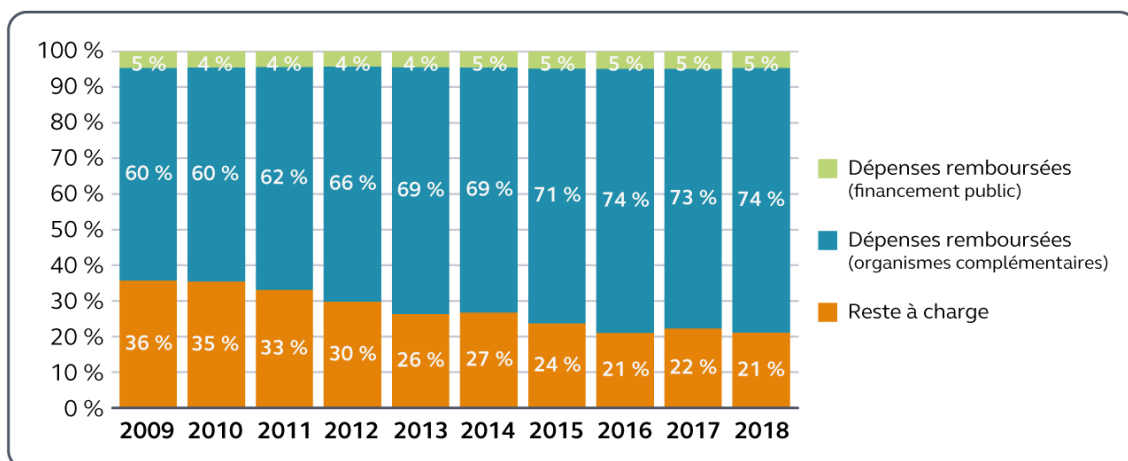
Source : AMFUI

Nb: Prise en charge sans limite pour - 6ans et 1 fois par an entre 6 et 18 ans

Les mêmes bases de remboursement s'appliquent, post-réforme, aux personnes de 18 ans et plus (0,05 €).

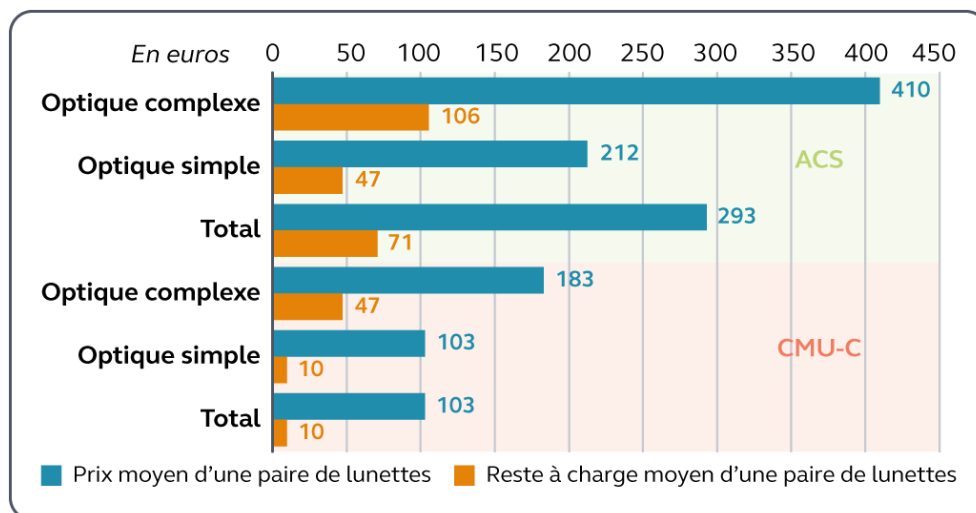
Annexe n° 5 : évolution du reste à charge en optique

Graphique n° 2 : évolution du reste à charge en optique (toute population confondue)



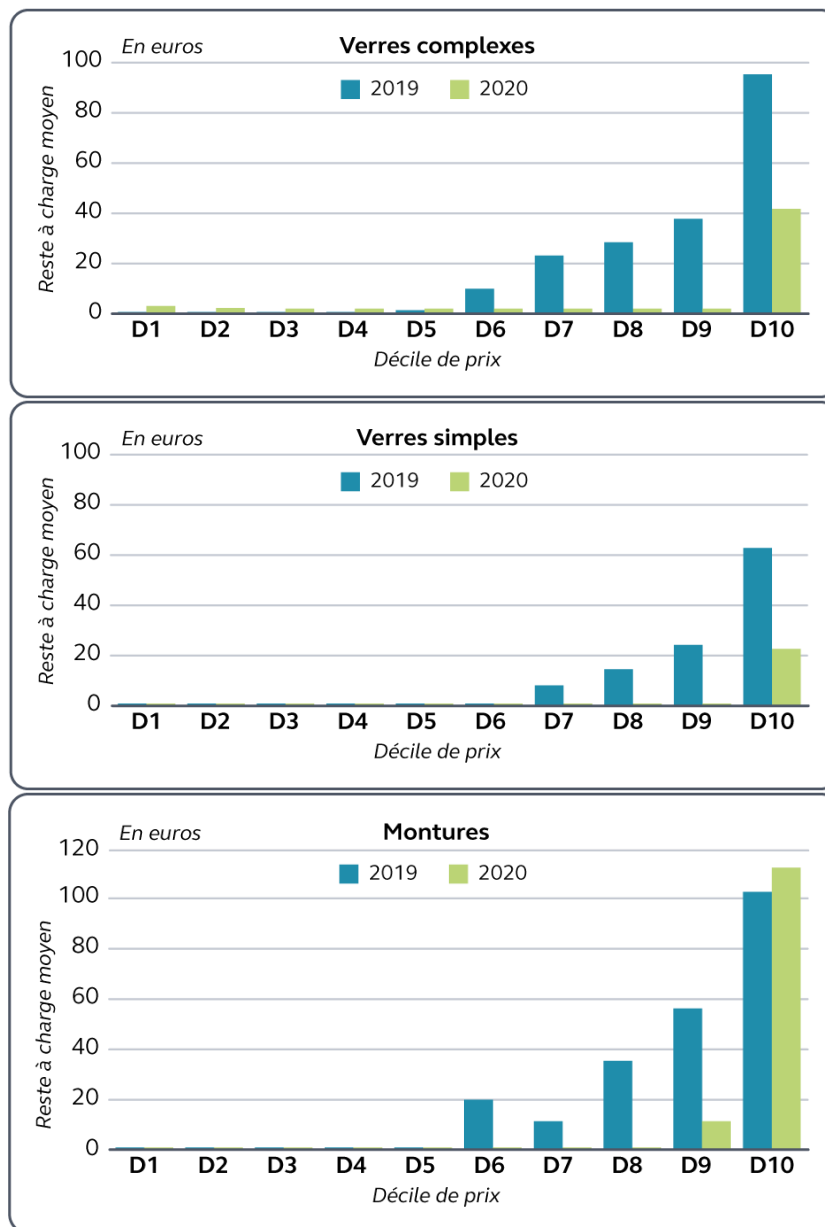
Source : DSS

Graphique n° 3 : reste à charge en optique des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (2017)



Source : DSS

Graphique n° 4 : restes à charge des bénéficiaires de la CSS par type de verres et par montures



Source : SNIIRAM-DCIR. Champ : France entière, tous régimes, montures et verres délivrés en 2019 et en 2020.

Note : le reste à charge comprend la prise en charge des frais de santé au titre de l'affiliation au régime local d'Alsace-Moselle. Un reste à charge nul ou quasi-nul correspond à la délivrance d'un verre ou d'une monture issu du panier de soins optique CMU-C en 2019 ou du panier 100 % Santé en 2020.

Cette dernière série de graphiques est extraite d'une note de la DSS, qui montre la baisse des restes à charges en optique entre 2019 et 2020 pour les bénéficiaires de la CMU-C puis de la CSS. Les restes à charge proches de zéro indiquent un recours aux paniers de soins 100 % santé en 2020 et CMU-C en 2019. Le recours au panier sans reste à charge a donc été fortement accru par la réforme du 100 % santé à partir du 6^{ème} décile de prix pour les verres complexes et du 7^{ème} pour les verres simples et les montures.

Annexe n° 6 : prix de vente maximaux des paniers 100 % santé et CSS

Acte prothétique	Panier 100 %	Panier CSS	Différence
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircon sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	430 €	- 70 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	500 €	430 €	- 70 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircon) sur une dent autre qu'une molaire	440 €	400 €	- 40 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	290 €	250 €	- 40 €
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [<i>Inlay core</i>] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge ». Avec ou sans clavette	175 €	130 €	- 45 €
<i>Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge ». Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive.</i>	60 €	40 €	- 20 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1 465 €	1 235,76 €	- 229,24 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	870 €	750,23 €	- 119,77 €

Source : Cour des Comptes d'après données de la Cnam

Annexe n° 7 : essai de simulation du nombre de patients supplémentaires dans le secteur des audioprothèses

	Réalisé		Simulé avec application du taux de croissance des ventes 2010-2018 et du nombre d'aides auditives par patient de 2018	
	Ventes	Nombre de patients	Ventes	Nombre de patients
2018	807 910	444 232	807 910	444 232
2019	828 063	446 708	866 448	476 420
2020	845 431	447 714	929 228	510 939
2021	1 500 132	772 647	996 557	547 960
Total 2019-2021	3 173 626	1 667 069	2 792 234	1 535 319

Source : les chiffres réalisés sont issus du SNDS (calculs Cnam) ; les chiffres simulés sont issus d'un calcul de la Cour à partir des données réalisées fournies par la Cnam.

Le marché des aides auditives était déjà en forte croissance avant la réforme, de 7,2 % par an en moyenne entre 2010 et 2018. Les années 2019 et 2020 ont connu un ralentissement des ventes, du fait de la crise sanitaire et d'un probable attentisme lié l'annonce de l'entrée en vigueur du remboursement intégral à compter de 2021. On peut estimer grossièrement l'effet de la réforme sur les volumes en faisant l'hypothèse que la croissance des ventes aurait été de 7,2 % sans la crise sanitaire et sans la réforme du 100 % santé¹⁰⁷ ; le nombre d'aides vendues sur la période de 2019-2021 ainsi simulé est de 2,8 millions, contre 3,2 millions de ventes effectivement réalisées, soit 14 % supplémentaires (382 000).

Le nombre d'aides auditives par patient a aussi augmenté entre 2018 et 2021, pour passer de 1,82 à 1,94 (données SNDS). En faisant l'hypothèse que le nombre d'aides par patient serait resté le même en l'absence de réforme, on peut estimer le nombre de patients appareillés entre 2019 et 2021 à 132 000, soit un supplément de 8 % par rapport à une absence de réforme.

¹⁰⁷ On applique au nombre d'aides vendues en 2018 le taux de croissance de 7,2 %, et ce, trois fois, pour prendre en compte les trois années de 2019 à 2021. Cette méthode neutralise l'effet de rattrapage possible en 2021 et l'effet d'attentisme.

Annexe n° 8 : l'association Inter-AMC

Les trois principales fédérations d'organismes complémentaires (CTIP, FFA et FNMF), ont, en juin 2015, créé avec leurs membres l'Association Inter-AMC, afin d'organiser les échanges entre les complémentaires, les professionnels et les établissements de santé.

L'association, qui regroupe 245 membres, n'opère pas directement de solutions de tiers-payant mais s'appuie sur les acteurs du marché dont elle coordonne et cadre l'activité (définition des normes et des outils nécessaires à l'interopérabilité des échanges).

Dans ce cadre, une offre de service a été développée et a été rendue opérationnelle en 2017 pour certaines professions de santé en ville, et depuis 2021 pour les établissements publics (dispositif ROC - Remboursement des Organismes Complémentaires).

L'année 2022 voit le lancement d'une offre destinée aux chirurgiens-dentistes, s'appuyant, comme le dispositif ROC, sur le standard du programme SESAM Vitale.

Annexe n° 9 : écarts de pénétration du panier 100 % santé et de volume de biens par rapport aux prévisions initiales

Tableau n° 22 : écart de pénétration du panier 100 % santé par rapport aux prévisions

Secteur		2019	2020	2021
Audio	Prévision	32 %	38 %	46 %
	Réalisation	13 %	12 %	39 %
	Écart	- 19 pt	- 26 pt	- 7 pt
Verres	Prévision	0 %	55 %	55 %
	Réalisation	0 %	14 %	15 %
	Écart	0 %	- 41 pt	- 40 pt
Montures	Prévision	0 %	26 %	26 %
	Réalisation	0 %	13 %	13 %
	Écart	0 %	- 13 pt	- 13 pt
Dentaire	Prévision	SO	45 %	45 %
	Réalisation	SO	52 %	55 %
	Écart	SO	+ 7 pt	+ 10 pt

Source : Cour des comptes d'après données DSS

Tableau n° 23 : écart de volumes des biens des paniers des trois secteurs

Secteur		2019	2020	2021
Audioprothèses (en nombre)	Prévision	889 900	1 083 600	1 283 100
	Réalisation	828 063	845 431	1 500 132
	Écart	- 61 837	- 238 169	+ 262 032
Verres (en M)	Prévision	26,8	26,8	26,8
	Réalisation	30,2	27,7	ND
	Écart	+ 3,4	+ 0,9	ND
Montures (en M)	Prévision	13	13	13
	Réalisation	14,2	13,1	ND
	Écart	+ 1,2 ¹⁰⁸	+ 0,1	ND
Dentaire	Prévision	ND		
	Réalisation			
	Écart			

Source : Cour des comptes d'après données DSS, sauf pour les audioprothèses (données SNDS, en date de soins, de la Cnam, celles-ci disposant de données pour l'année 2021)

¹⁰⁸ Cette hausse peut s'expliquer par des achats anticipés afin d'éviter la baisse annoncée du plafond de remboursement des montures pour 2020.

Annexe n° 10 : essai de chiffrage de l'effet de la réforme sur les dépenses d'audioprothèses pour l'assurance maladie obligatoire

L'évolution des dépenses de l'assurance maladie obligatoire ne représente pas le coût de la réforme à proprement parler, car elle résulte aussi d'autres facteurs, comme les évolutions tendanciennes de la consommation d'aides auditives, ou les effets de la crise sanitaire.

Si on fait l'hypothèse (cf. annexe n°7), d'une hausse des volumes d'audioprothèses de 381 000 sous l'effet de la réforme, on peut par suite estimer deux effets qui s'additionnent pour constituer le coût de la réforme, qui s'élèverait ainsi à 346 M € sur les trois premières années de mise en œuvre :

- Le coût de la hausse du recours : 381 000 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie par audioprothèse avant réforme, soit 60 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) qui est de 199,71 €, ce qui donne 119,8 €. Ce coût est alors de 46 M € pour la période de 2019 à 2021.
- Le coût de l'augmentation de la BRSS : le nombre d'audioprothèses vendues chaque année (à des patients de plus de 20 ans - le montant remboursé par l'Assurance maladie restant inchangé pour les personnes âgées de 20 ans et moins -) multiplié par la hausse depuis 2018 du montant remboursé par l'Assurance maladie par audioprothèse et ceci pour chacune des années correspondantes, soit 60 € en 2019, 90 € en 2020 et 120 € en 2021. Le coût ainsi estimé serait de 49 M € en 2019, 74 M € en 2020 et 177 M € en 2021, soit 300 M € au total.

En plus de l'hypothèse, incertaine, de hausse des volumes d'audioprothèses, ce chiffrage est affecté d'approximations d'ampleur moindre :

- Les personnes qui sont atteintes de déficience visuelle et auditive se voient rembourser leurs audioprothèses à un tarif supérieur, de 840 €. Le coût de la hausse du recours (effet 1) est ainsi légèrement sous-estimé car ne prenant pas en compte cette différence de tarif.
- Les données de volumes utilisées pour le calcul de l'effet de l'augmentation de la BRSS sont celles en dates de remboursement, et non en date de soins, ce qui peut entraîner une imprécision dans le calcul.

Tableau n° 24 : estimation du coût effectif de la réforme pour l'AMO pour les audioprothèses

Effet total 2019-2021 (a+b)	346 M €			
(a) Effet volume 2019-2021 : hausse du recours (c x d)	46 M €			
(c) hausse du volume liée au 100 % santé	381 392			
(d) remboursement AMO avant réforme = 60 % BRSS 2018	119,8 €			
	2019	2020	2021	Total 2019-2021
(b) Effet prix : revalorisation des bases de remboursement (e x f)	49 M €	74 M €	177 M €	300 M €
(e) hausse du remboursement AMO	60,2 €	90,2 €	120,2 €	-
(f) volume total réalisé chez les plus de 20 ans	814 061	821 323	1 473 813	-

Annexe n° 11 : l'enjeu de la lisibilité des contrats

En parallèle de la réforme du 100 % santé, le ministère des solidarités et de la santé travaille avec les organismes complémentaires à renforcer la lisibilité des garanties offertes par leurs contrats, afin que les patients soient les mieux à même de réaliser un choix éclairé quant au contenu des prestations auxquels ils souscrivent.

Dès 2011, le comité consultatif du secteur financier était saisi de la question, à la suite d'un premier engagement des complémentaires santé. Depuis lors plusieurs avis ont été rendus. Un premier pas a été franchi en 2018 avec la présentation harmonisée de cinq grands postes de remboursement des garanties (hospitalisation, dentaire, soins courants, optique, aide auditive et cinq grands postes libres) accompagnée d'exemples de remboursement chiffrés. Depuis 2019, ces exemples sont communs, chiffrés en euros, et portent sur les actes et prestations les plus courants.

Des difficultés étaient néanmoins toujours observées, portant notamment sur « *le système de remboursement, témoignant d'une méconnaissance de la notion de base de remboursement et notamment de la part qui est prise en charge respectivement par l'AMO (assurance maladie obligatoire) et l'AMC (assurance maladie complémentaire)*¹⁰⁹ ».

Aussi le comité a-t-il poursuivi sa tâche et abouti à un nouveau tableau des exemples de remboursement offrant une explication détaillée des pourcentages effectivement remboursés par l'AMO et l'AMC par rapport à la base de remboursement affichée dans les tableaux de garanties. Dans l'objectif d'aider l'assuré, la base de remboursement a été ajoutée ainsi qu'un encart explicatif du fonctionnement de l'assurance santé pour chacune des rubriques de garanties. Les associations de consommateurs regrettent néanmoins que n'apparaissent toujours pas de façon distincte les remboursements de l'AMC des remboursements de l'AMO, afin d'en faciliter la lecture.

Ce nouveau tableau doit être déployé avant mai 2022 et fera l'objet d'un bilan, un an après sa mise en œuvre effective¹¹⁰.

¹⁰⁹ Avis du CCSF sur la lisibilité des contrats dans le cadre de l'assurance complémentaire santé en date du 11 mai 2021.

¹¹⁰ Comme l'a souligné la Cour dans sa communication sur les complémentaires santé, la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, dite loi Hamon, prévoit déjà une meilleure information quant aux remboursements proposés par les complémentaires santé. Faute d'arrêté d'application, cette partie de la loi n'est toutefois jamais entrée en vigueur, le gouvernement ayant privilégié la recherche d'un consensus avec les principaux intéressés. Les avancées constatées, en demi-teinte, l'ont conduite à recommander de « *prendre sans délai l'arrêté d'application de la loi portant information sur les remboursements proposés par les complémentaires santé et contrôler sa bonne application* », recommandation qui demeure d'actualité.