CRÉDOC
Consommation et modes de vie
N° 247 • ISSN 0295-9976 • Février 2012

Léopold Gilles, Sophie Lautié

Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique

L'accès aux soins est devenu une préoccupation croissante pour les pouvoirs publics. Au fil des ans, de plus en plus d'individus, notamment au sein des catégories sociales les plus modestes, déclarent s'imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux.

La prise en charge par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a pour objectif de financer les dépenses de soins des personnes aux revenus modestes. Des données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) ont montré que, dans le cas des achats d'optique, les dépenses restant à la charge des bénéficiaires sont peu fréquentes. Cependant, l'étude de la CNAM-TS montre également que ces dépenses sont d'un montant relativement élevé et peuvent faire obstacle à l'accès aux soins des catégories modestes.

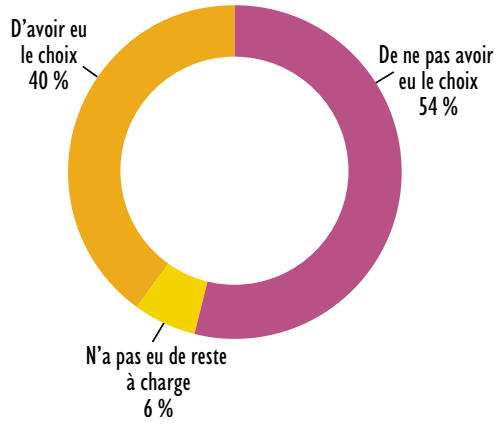
Face à ces constats, la CNAM-TS a confié au CRÉDOC une enquête auprès des bénéficiaires ayant eu un reste à charge en optique afin de caractériser et hiérarchiser les circonstances et les motifs de ces restes à charge et d'envisager des évolutions du dispositif qui soient de nature à diminuer leur montant.

Les résultats de cette étude montrent que l'origine des restes à charge peut être recherchée du côté de la qualité de l'offre de montures et de la capacité des opticiens à conseiller les bénéficiaires, mais aussi des niveaux de remboursement et des prix pratiqués pour les offres correspondant aux attentes standard des bénéficiaires.

> Des restes à charge peu fréquents mais relativement élevés

Environ un bénéficiaire de la CMU-C sur dix (12 %) réalise une dépense d'optique chaque année. Pour la majorité de ces bénéficiaires, le dispositif CMU-C joue bien son rôle puisque dans près de deux cas sur trois (62 %), ils sont entièrement remboursés. Cela étant, les 38 % restant sont confrontés à des restes à charge élevés : 165 € en moyenne par dépense d'optique. Or les bénéficiaires interrogés par le CRÉDOC, qui ont tous été confrontés à un reste à charge, jugent leur situation financière difficile, voire très difficile pour une grande majorité d'entre eux (69 %). Pour y faire face, 6 sur 10 se débrouillent seuls. Cependant, pour une personne sur quatre, la dépense a nécessité une aide de l'entourage (16 %) ou a été reportée, le temps d'économiser la somme nécessaire (12 %). Ces constats montrent que les restes à charge peuvent être facteurs de difficultés pour les bénéficiaires qui y sont confrontés, voire pourraient conduire certains d'entre eux à renoncer à certains soins : ainsi, selon l'enquête annuelle du CRÉDOC « Conditions de vie et Aspirations des Français », 18 % des ménages disposant de moins de 900 € par mois s'imposaient des restrictions de soins en 2010, contre 5 % de ceux disposant de plus de 3 100 € par mois.

Le « reste à charge » est le plus souvent subi
Pour ce reste à charge, vous avez le sentiment…



Source : enquête du CRÉDOC pour la CNAM-TS, 2011.

> Des restes à charge subis par plus de la moitié des bénéficiaires, mais qui pourraient selon eux être évités dans près d'un cas sur deux

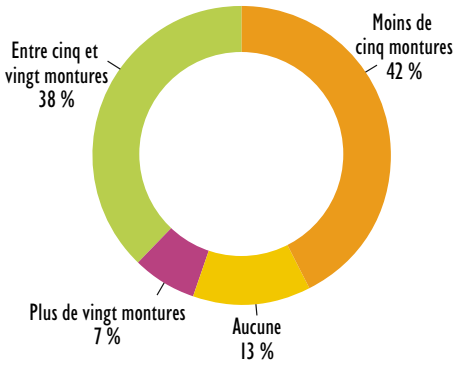
Un peu plus de la moitié (54 %) des bénéficiaires interrogés ont le sentiment de ne pas avoir eu le choix concernant le reste à charge auquel ils ont eu à faire face, autrement dit de l'avoir « subi ». Les bénéficiaires déclarant avoir les plus grandes difficultés financières sont encore plus nombreux dans ce cas (61 %).

La notion de reste à charge « subi » ou « choisi » est à mettre en perspective avec le comportement des bénéficiaires. En effet, 4 sur 10 estiment qu'ils auraient pu éviter le reste à charge s'ils avaient consulté d'autres opticiens. Ils pensent donc ne pas avoir eu accès à une offre adaptée à leurs besoins chez l'opticien qu'ils ont consulté. Ces bénéficiaires ont sans doute eux-mêmes limité leur éventail de choix, pensant que tous les opticiens n'acceptent pas les bénéficiaires de la CMU-C (comme l'a montré la phase qualitative de l'étude). De fait, 10 % d'entre eux disent avoir été confrontés, en tant que bénéficiaires, à des refus de vente de la part d'un opticien. Certains peuvent également croire que l'offre est identique chez l'ensemble des opticiens : « pour moi, les opticiens ont tous les mêmes montures CMU-C, les montures sont choisies par la caisse » estime l'un d'entre eux. Au total, la moitié des bénéficiaires n'a consulté qu'un seul opticien avant d'effectuer son achat (51 %).

En revanche, les bénéficiaires qui ont consulté trois opticiens ou plus (16 %) sont significativement plus nombreux (57 % contre 41 %) à déclarer qu'ils n'auraient pas pu éviter leur reste à charge s'ils avaient consulté un autre opticien. Ces résultats montrent que les bénéficiaires qui ne font pas la démarche de consulter plusieurs opticiens ne semblent pas assez informés des possibilités qui s'offrent à eux.

La majorité des opticiens propose peu de montures, voire aucune

Combien de montures rentrant dans le cadre de la CMU-C l'opticien vous a-t-il proposé ?



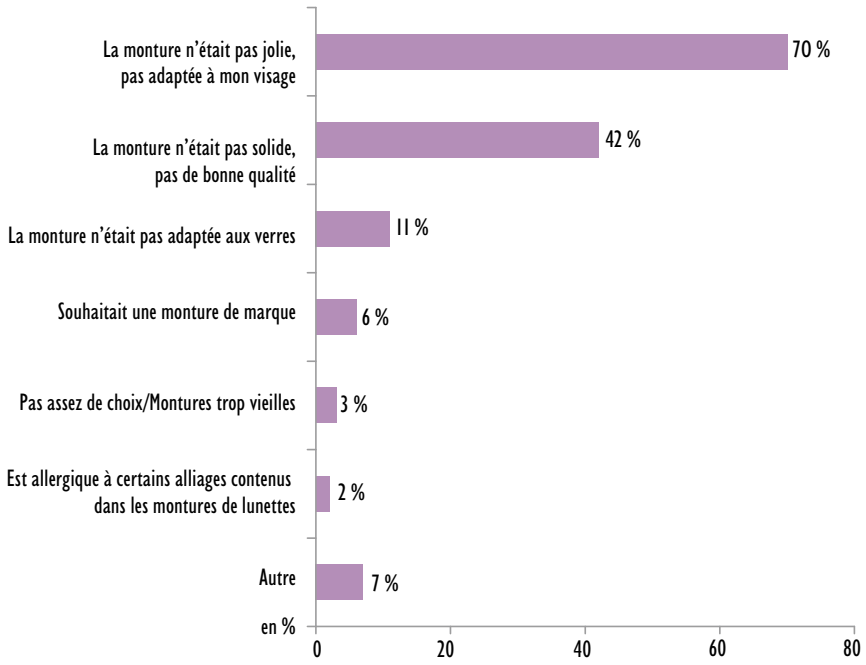
Source : enquête du CRÉDOC pour la CNAM-TS, 2011.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et les soins d'optique

Entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la CMU-C offre une protection complémentaire santé gratuite à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond, qui dépend à la fois de la composition du foyer et du lieu de résidence du demandeur (au 1er juillet 2011, il s'établissait à 7771 € pour une personne seule en métropole, soit 648 € par mois). Au 31 décembre 2010, le Fonds CMU recensait 4319165 bénéficiaires de la CMU-C, soit +3,3 % par rapport au mois de décembre 2009. L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. La CMU complémentaire est accordée pour une période d'un an renouvelable. Dans le domaine des soins d'optique, le montant maximum pris en charge par la CMU-C pour les adultes s'élève à 20 € pour une monture et entre 14 € et 57 € pour chaque verre selon le type de verre. La prise en charge est légèrement supérieure pour les enfants. La CMU-C prend en charge une paire de lunette par an, sauf modification de la correction visuelle.

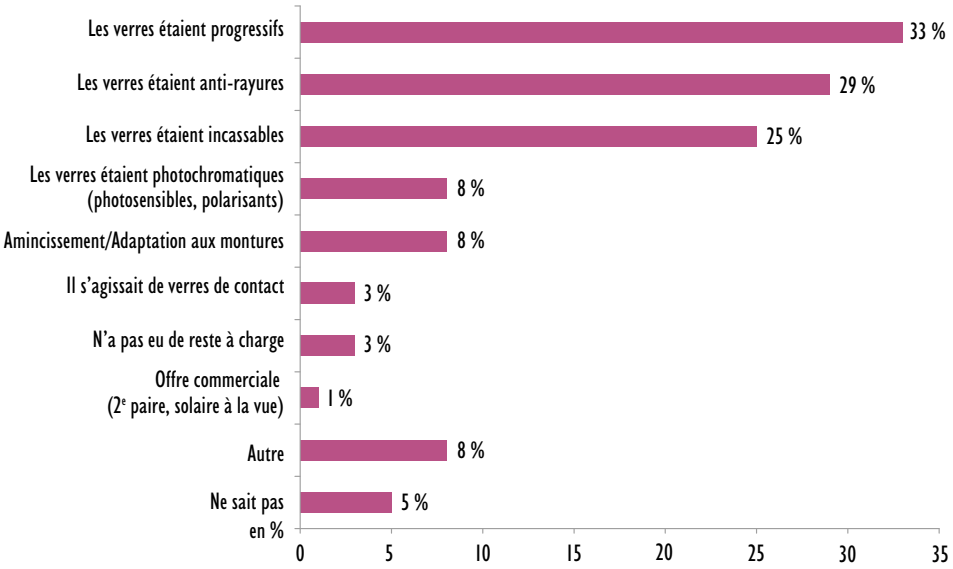
Des montures ni solides ni esthétiques

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi une autre monture que celle proposée par votre opticien ?



Source : enquête du CRÉDOC pour la CNAM-TS, 2011.

Des attentes « standard » à l'origine de restes à charge
Pour quelle(s) raison(s) avez-vous eu un reste à charge sur les verres ?



Source : enquête du CRÉDOC pour la CNAM-TS, 2011.

> Une offre de montures limitée et peu attrayante

L'offre de montures rentrant dans le panier CMU-C est variable selon les opticiens, mais reste généralement très limitée : plus de la moitié des bénéficiaires se sont vus présenter moins de cinq montures par leur opticien, voire aucune pour plus d'un bénéficiaire sur dix.

Près de la moitié des bénéficiaires (42 %) ont alors fait le choix de sortir de l'offre proposée dans le cadre de la CMU-C, pour des raisons qui tiennent essentiellement à l'esthétique et à la solidité des montures : « il n'y a aucun choix, il n'y a même pas cinq paires pour les enfants, et elles sont bas de gamme, pas du tout solides. C'est pour ça que j'ai choisi une autre paire qu'une paire CMU » explique un bénéficiaire. Les opticiens eux-mêmes ont souvent admis que les montures proposées n'étaient pas de bonne qualité, voire « pas solides ».

> Des restes à charge sur les verres liés à des attentes de qualité

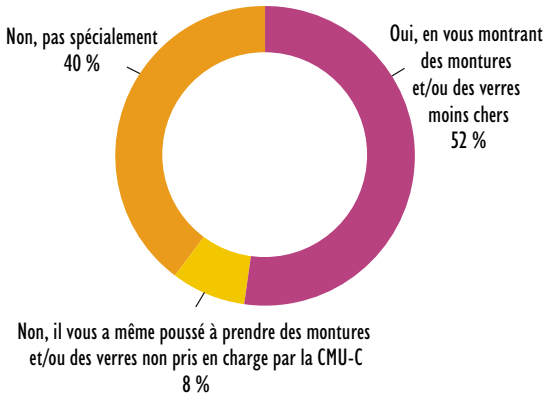
Les restes à charge sur les verres sont d'abord générés par des types de correction qui nécessitent des verres progressifs, souvent indispensables pour les individus âgés, fortement représentés au sein des bénéficiaires ayant eu des restes à charge en optique : les bénéficiaires interrogés dans le cadre de cette étude ont en moyenne 43 ans, alors que l'âge moyen des bénéficiaires de la CMU-C est de 27 ans.

Ces restes à charge sont aussi le fait de traitements proposés pour prolonger la durée de vie des verres (anti-rayure, verres incassables), ce qui paraît particulièrement important pour des bénéficiaires qui déclarent par ailleurs majoritairement changer de lunettes tous les deux ou trois ans, voire moins souvent.

> Près de la moitié des opticiens ne conseillent pas comme ils le devraient

Alors que l'opticien est la principale, voire la seule source d'information du bénéficiaire sur le dispositif (l'offre du panier CMU-C, les niveaux de remboursements, les démarches administratives à accomplir…), il ne joue pas suffisamment son

Près d'un opticien sur deux ne joue pas son rôle de conseil
L'opticien vous a-t-il aidé à réduire le reste à charge ?



Source : enquête du CRÉDOC pour la CNAM-TS, 2011.

rôle de conseil pour aider ces clients à réduire leurs restes à charge : ainsi, dans près d'un cas sur deux, l'opticien n'a « pas spécialement » aidé le bénéficiaire. Dans près d'un cas sur dix, il l'aurait même poussé à la consommation, augmentant ainsi le sentiment des bénéficiaires d'avoir subi leur reste à charge. Les opticiens pourraient ainsi être davantage sensibilisés par la CNAM-TS, qui n'est pas aujourd'hui identifiée comme une source d'information de référence sur le dispositif CMU-C (comme l'a montré la phase qualitative), sur l'importance des restes à charge et la nécessité de chercher à les réduire.

> Des attentes « standard » à mieux prendre en compte

Une des hypothèses de cette étude était que les restes à charge étaient liés à des choix délibérés de consommateurs prêts à financer en partie eux-mêmes le coût d'un « achat-plaisir ». Or, qu'il s'agisse des montures et de leurs qualités esthétiques et techniques ou du type de verre, les attentes des bénéficiaires correspondent à des équipements standard largement diffusés ; ils tiennent à la fois à un niveau de confort minimum attendu (pour la plupart des bénéficiaires, il s'agit, avant tout, « d'y voir clair »), mais aussi à l'image de soi renvoyée par l'apparence des montures : « je ne suis pas coquette, mais pour les montures, déjà que je ne suis pas très belle, les modèles CMU allaient me rendre encore plus moche ».

Parmi les améliorations possibles du dispositif, le souhait exprimé en premier lieu par les bénéficiaires de la CMU-C est l'augmentation du niveau de remboursement pour certaines personnes ayant des besoins particuliers, par exemple de fortes corrections (problématique de l'amincissement des verres). Les opticiens estiment de leur côté que les technologies ont évolué, et que l'augmentation des coûts de fabrication des montures et des verres n'a pas été prise en compte dans la grille tarifaire de la CMU-C, laquelle n'a pas été actualisée depuis la création de la CMU-C en 2000. Mais ces évolutions technologiques ne pourraient-elles pas également permettre de faire baisser les prix ? Une meilleure information des bénéficiaires pourrait aussi être recherchée afin de les aider à orienter leur choix, en leur rappelant les caractéristiques souvent mal connues du dispositif.

La proposition d'une liste d'opticiens « labellisés », disposant d'une offre CMU-C suffisante et de qualité, est également favorablement accueillie par une majorité de bénéficiaires (56 %). ■

Méthodologie : une enquête en deux volets

L'étude des circonstances des restes à charge chez les bénéficiaires de la CMU-C a été conduite entre mai et septembre 2011 sur sept territoires correspondant aux caisses les plus importantes en termes de nombre de bénéficiaires de la CMU-C, et a comporté deux volets complémentaires.

- Dans un premier temps, une enquête qualitative a été conduite auprès d'une vingtaine de bénéficiaires et une vingtaine d'opticiens afin d'identifier et de caractériser les principaux motifs des restes à charge et d'élaborer le questionnaire de la seconde phase.
- Dans un second temps, une enquête quantitative a été menée auprès d'un échantillon représentatif (en termes de sexe, âge, caisse d'appartenance, objet et niveau du reste à charge) de 900 bénéficiaires ayant eu un reste à charge en soins d'optique au cours des 12 derniers mois, afin de pouvoir hiérarchiser les motifs et déterminer les axes prioritaires d'évolution du dispositif.

Les dispositifs publics pour améliorer l'accès aux soins des catégories modestes

Le coût des soins est un facteur de renoncement tout particulièrement important pour les publics les plus précaires dont la part des dépenses non contraintes (hors logement, habillement, nourriture et transport) est plus faible et dont le budget disponible pour les dépenses de santé est plus réduit : selon l'INSEE, les dépenses de santé annuelles s'élevaient à environ 1 200 € pour le premier quartile de revenu contre environ 2 100 € pour le quatrième quartile. Afin de limiter l'effet prix sur la santé des publics précaires, les politiques publiques destinées à faciliter l'accès aux soins ont consisté à mettre en place différents dispositifs (CMU, CMU-C, ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) permettant d'offrir, à ceux qui ne peuvent pas en bénéficier, des niveaux de couverture équivalents à la sécurité sociale ou aux complémentaires santé. Mais ces dispositifs, pour être pleinement efficaces, doivent être à la fois faciles d'accès, lisibles en termes de fonctionnement, et adaptés aux besoins spécifiques des catégories de population auxquelles ils s'adressent.

Pour en savoir plus

> *Étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine de restes à charge chez les bénéficiaires de la CMU-C.* L. Gilles et S. Lautie, CREDOC, Collection des rapports, Décembre 2011.

> Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010, P. Ricci, *Points de repère* n° 35, CNAM, septembre 2011.

> Nombre de bénéficiaires CMU-C et évolution : chiffres tirés du rapport d'activité 2010 du Fonds CMU, disponible en ligne : www.cmu.fr

> L'opinion défend à la fois la liberté individuelle et la cohésion sociale, R. Bigot, CRÉDOC-*Consommation et modes de vie* n° 231, juillet 2010.

> *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*, Allonier, Dourgnon, Rochereau, IRDES, juin 2010.

● **Directeur de la publication :** Yvon Merlière ● **Rédacteur en chef :** Yvon Rendu ● **Relations publiques :** 01 40 77 85 01 > relat-presse@credoc.fr ● **Diffusion par abonnement uniquement :** 31 euros par an, environ dix numéros **142, rue du Chevaleret, 75013 Paris** ● **Commission paritaire n° 2193** ● **AD/PC/DC** ● **www.credoc.fr** ● **Conception/Réalisation :** www.lasouris.org ●