



15ème législature

Question N° : 45659	De M. Jean-Louis Bourlanges (Non inscrit - Hauts-de-Seine)	Question écrite
Ministère interrogé > Santé et prévention		Ministère attributaire > Santé et prévention
Rubrique >assurance maladie maternité	Tête d'analyse >Dépenses d'optique des assurés sociaux consécutives à la réforme du 100% santé	Analyse > Dépenses d'optique des assurés sociaux consécutives à la réforme du 100% santé.
Question publiée au JO le : 21/06/2022 Question retirée le : 21/06/2022 (fin de mandat)		

Texte de la question

M. Jean-Louis Bourlanges appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et de la prévention sur les limites de la prise en charge des dépenses d'optique par la sécurité sociale et les complémentaires santé. Alors que plus d'un Français sur dix renonçait à s'équiper de lunettes de vue pour des raisons financières, selon le ministère de la santé, la réforme du 100 % santé a instauré à compter du 1er janvier 2020 un dispositif permettant aux assurés de ne pas subir de reste à charge dans leurs dépenses d'optique. L'objectif était de permettre à tous de bien voir en ayant accès à un large choix de verres et de montures garantis de qualité et répondant à des exigences esthétiques, sans reste à charge. Ainsi les verres intégralement pris en charge par la sécurité sociale et les complémentaires santé doivent traiter l'ensemble des troubles visuels, même les plus fortes corrections, et tous doivent obligatoirement être amincis en fonction de l'amétropie. La réforme du 100 % santé s'adresse à tous ceux qui sont couverts par une complémentaire santé, y compris aux personnes qui peuvent, sous conditions de ressources, bénéficier de la complémentaire santé solidaire. Mais 5 % des assurés sociaux sont exclus de l'accès à des lunettes remboursées à 100 %. Il s'agit de personnes n'ayant aucune complémentaire santé, ainsi que les utilisateurs de lentilles de contact. En outre, s'il est vrai que la prise en charge intégrale du prix de certaines lunettes constitue un progrès pour ceux qui en bénéficient, le choix des montures et des verres du panier 100 % santé est restreint et les prises en charge sont plafonnées si les assurés veulent y déroger. Les montures de la classe A ne sont pas adaptées au poids des verres des personnes atteintes de forte et très forte myopie. En effet, un nombre important de dioptries requiert le choix d'une géométrie pour les verres appropriée à la monture choisie, aux mesures du porteur et aux conditions de port. Le reste à charge est plus élevé pour de nombreuses montures de la classe B. Ainsi, la nomenclature de la classe A conduit à exclure *de facto* du 100 % santé la prise en charge des soins exigés par une pathologie plus lourde que les pathologies ordinaires. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé a constaté l'augmentation du reste à charge de la dépense en optique médicale, alors que la mesure d'accès aux soins était censée diminuer la part des frais à la charge des patients. Ainsi, les dépenses optiques comprises dans le panier entièrement remboursé ne représentent qu'une faible part du total des dépenses de soins optiques, de sorte que le panier remboursé à 100 % ne représente qu'un taux de verres complexes vendus et de montures inférieur à l'objectif de la réforme. Il lui demande si elle envisage une adaptation de la nomenclature de la classe A visant à ne pas exclure du bénéfice de la réforme ceux qui en ont le plus évident besoin et l'interroge plus généralement sur les mesures qu'elle compte prendre pour améliorer l'accès des Français aux équipements optiques.