



16ème législature

Question N° : 6670	De M. Guillaume Kasbarian (Renaissance - Eure-et-Loir)	Question écrite
Ministère interrogé > Santé et prévention		Ministère attributaire > Travail, santé et solidarités
Rubrique >assurance maladie maternité	Tête d'analyse >Prise en charge des corrections optiques en cas de forte myopie	Analyse > Prise en charge des corrections optiques en cas de forte myopie.
Question publiée au JO le : 28/03/2023 Réponse publiée au JO le : 05/03/2024 page : 1608 Date de changement d'attribution : 12/01/2024 Date de signalement : 18/07/2023		

Texte de la question

M. Guillaume Kasbarian appelle l'attention de M. le ministre de la santé et de la prévention sur la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires santé pour les lunettes de correction en cas de très forte myopie. La correction optique de ces très fortes myopies peut être réalisée par des lentilles cornéennes, dont le remboursement est possible sans limite supérieure de puissance. Mais bon nombre de ces patients ont besoin d'une correction par lunettes, soit parce qu'ils sont totalement intolérants aux lentilles cornéennes, soit présentent une intolérance partielle ne permettant pas leur utilisation sur la totalité de la journée. Aujourd'hui, le dispositif 100 % santé permet un remboursement total des verres correcteurs quelle qu'en soit la puissance, sur la base de montures simples avec verres de catégorie A : verres blancs amincis et anti-reflets sans autre caractéristique technique particulière. D'où des difficultés dans certains cas : les corrections importantes, surtout à partir de - 16 dioptries, nécessitent des verres et monture de petit diamètre, dont la réalisation peut être impossible chez un patient ayant un visage large ; il faut alors utiliser des verres à facettes ou lenticulaires. Les myopes forts sont souvent très éblouis d'où l'importance de leur proposer des verres teintés, qui de plus améliorent le contraste. Dans ces cas où les dispositifs prévus dans le cadre du 100 % santé ne sont pas adaptés, il n'y a plus aucun remboursement par l'assurance maladie, éventuellement une prise en charge forfaitaire par une mutuelle, ce qui n'est pas le cas pour les personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire. Étant donné leur besoin impératif de correction, il paraîtrait normal qu'il y ait au minimum un remboursement soit de la somme prévue par le 100 % santé, soit de celle du forfait lentilles cornéennes. Dans le cas des fortes corrections par verres divergents, il est nécessaire de demander la réalisation d'un devis de fabrication, selon les cas à partir de - 16 ou - 20 dioptries. Il semblerait qu'après réalisation d'un tel devis il puisse y avoir une demande d'entente préalable auprès de l'assurance maladie. Mais en fait un tel dispositif n'est pas prévu dans les textes, aucune information officielle n'a été donnée aux opticiens. Il lui demande s'il est prévu une évolution de prise en charge de ces dispositifs dans le prochain PLFSS.

Texte de la réponse

La réforme du 100 % santé a permis la mise en place d'un panier de biens sur les champs dentaire, optique et des audioprothèses, pour lequel les assurés sociaux titulaires d'un contrat de santé responsable et solidaire n'ont aucun reste à charge, après remboursement de leurs dépenses par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Avant la réforme, les dépenses relatives à ces trois catégories de produits de santé étaient prises en charge

pour une part importante par les assurances maladie complémentaires, avec pour les patients des restes à charge pouvant être élevés. Plusieurs objectifs sont ainsi poursuivis par cette réforme : - réduire les restes à charge ; - diminuer le renoncement aux soins importants dans ces trois champs ; - garantir des équipements de qualité. Les patients peuvent choisir parmi une offre de trente montures pour adultes et vingt montures pour enfants. Dans la mesure où des montures de qualité et de géométrie adaptée aux verres du patient lui sont présentées, les personnes atteintes de forte et très forte myopie ont la possibilité de choisir une offre de classe A 100 % prise en charge. Par ailleurs, la prise en charge de verres à facettes ou lenticulaires est possible à travers la classe A du 100 % santé. La présence d'un indice de réfraction minimal garanti pour les verres allant jusqu'à - 12 dioptries une épaisseur limitée du verre. Pour les verres supérieurs à - 12 dioptries, l'absence d'indice de réfraction permet de laisser le choix de la technique d'amincissement à l'opticien-lunetier et ainsi la réalisation d'un verre adapté au besoin du patient. Concernant les verres teintés, l'assurance maladie prend en charge les verres teintés en cas de photophobie permanente ou de Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) après une chirurgie de la cataracte. Néanmoins, l'ajout d'un filtre teinté est possible pour l'ensemble des verres sans indications limitatives de prise en charge. L'existence d'un prix limite de vente permet ainsi de garantir une absence de reste à charge pour les bénéficiaires dont le contrat souscrit par la complémentaire santé le prévoit. Avant toute délivrance, l'opticien-lunetier est tenu de présenter un devis au patient devant au moins contenir un équipement de classe A. Soucieux de proposer des soins de qualité intégralement pris en charge par la sécurité sociale et leur complémentaire santé, des travaux vont prochainement être lancés pour que les paniers des trois secteurs (audiologie, optique et dentaire) puissent évoluer dans le temps pour tenir compte des progrès technologiques et des besoins essentiels des patients. Ces réflexions se feront en association avec les différentes parties prenantes du dispositif : opticiens, industriels et organismes complémentaires. La mise à jour du 100% Santé nous donnera l'opportunité de revoir la nomenclature dans l'objectif d'améliorer l'offre technique mais également l'offre esthétique notamment pour s'assurer que les montures proposées seront adaptées aux verres des personnes atteintes de forte et très forte myopie.