



# ASSEMBLÉE NATIONALE

## 13ème législature

### frais d'appareillage

Question écrite n° 2819

#### Texte de la question

M. Philippe Tourtelier attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur la faiblesse de la prise en charge des frais d'optique (montures, verres) par la sécurité sociale, en particulier pour les personnes qui ne peuvent bénéficier d'une couverture complémentaire, d'une mutuelle. Ainsi, pour les verres, si la sécurité sociale rembourse à hauteur de 65 %, ce n'est que sur la base d'un tarif de convention très peu élevé. Par exemple, pour une correction de myopie à l'aide de deux verres blancs, un adulte sera remboursé 1,49 EUR, par verre (65 % de 2,29 EUR par verre), soit 2,98 EUR. Pour la monture des lunettes, le remboursement est moindre encore : si le taux est également de 65 % pour une base de 2,84 EUR (quel que soit le type de monture), la participation de la sécurité sociale est de 1,85 EUR. Total du remboursement pour cet exemple : 5,82 EUR. Si on « oublie » de comptabiliser le coût de l'ophtalmologiste qui a prescrit les lunettes, l'écart est abyssal avec le montant de la facture réglée à l'opticien (y compris la TVA). Que dire lorsqu'il s'agit d'une ordonnance imposant le recours à des verres multifocaux ou progressifs, beaucoup plus chers, mais toujours remboursés à 65 %. Le prix des verres, plus la monture (n'évoquons pas des verres incassables, des antireflets ou des lunettes un peu « design ») peuvent faire grimper la moindre facture à plusieurs centaines d'euros pour les plus raisonnables. Ces patients sont cependant contraints et forcés de corriger ou de guérir une déficience diagnostiquée. Vu les prix de ce marché en expansion, rien d'étonnant à ce que les opticiens fassent preuve d'esprit « marketing », d'offres de règlements par tempérament etc., pour attirer le client. Compte tenu de cette situation, certaines personnes s'endettent, renoncent ou diffèrent ce type de soins, faute de moyens financiers. Il en est souvent de même pour ceux qui doivent s'équiper de prothèses dentaires ou de prothèses auditives (très onéreuses). Les personnes socialement les plus fragiles, les plus modestes, sont principalement concernées. Comment s'insérer, trouver un emploi sans avoir une vue correcte, une bonne audition, des dents saines ? Des familles des classes moyennes, des jeunes et de nombreux salariés sont également concernés par ces faibles taux de remboursement pour des soins primordiaux. Il lui demande donc de lui faire connaître les mesures qu'elle entend prendre pour favoriser un meilleur remboursement des frais d'optique par l'assurance maladie ; de réviser à la hausse les modalités et les taux de remboursement de ces soins élémentaires tout en mettant en place la prévention, meilleur investissement pour une maîtrise des dépenses publiques du système de santé.

#### Texte de la réponse

Le Gouvernement est conscient des difficultés rencontrées par certains patients concernant les conditions de prise en charge des frais d'optique ou des frais d'audioprothèses, notamment pour ceux dont les revenus sont les plus modestes. Pour ce qui est des frais d'optique, la ministre de la santé et des sports rappelle que la prise en charge des lentilles de contact pour la myopie est désormais possible pour une correction de 8 dioptries (au lieu de 15 auparavant) permettant ainsi de couvrir une tranche plus importante de la population. Pour les mineurs (jusqu'à dix-huit ans) la prise en charge, sur la base des tarifs préférentiels « enfants », concerne désormais 1,6 million de patients. Elle précise par ailleurs que les personnes relevant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ne supportent aucune dépense au titre du ticket modérateur et que, pour les

frais d'optique visés par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié relatif à la détermination de limites applicables aux frais pris en charge au titre de la CMUc en sus des tarifs de responsabilité, ces personnes bénéficient d'une prise en charge intégrale. Concernant les modalités de prise en charge des prothèses auditives, en l'état actuel de la réglementation et dans les conditions ordinaires, les appareils correcteurs de surdité (audioprothèses de type « contour d'oreille » ou « intra-auriculaire ») sont pris en charge, quelle que soit leur définition (numérique ou analogique), par les organismes d'assurance maladie au taux de 65 % du tarif de responsabilité inscrit au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables. Pour les adultes (« à partir de leur 20e anniversaire »), ces appareils sont inscrits sous lignes génériques et répartis en 4 classes (de A à D). Leur auto-inscription sur la LPP est conditionnée au respect des spécifications techniques définies dans la LPP et leur prise en charge s'effectue sur prescription médicale au tarif unique de 199,71 EUR pour chaque oreille, quelle que soit la classe. Ce tarif de responsabilité couvre : l'achat de l'appareil fourni avec tous les accessoires nécessaires à son fonctionnement et le coût de son adaptation (séances chez l'audioprothésiste ; information du patient ; adaptation ou application prothétique ; éducation prothétique ; suivi et contrôle ; gestion administrative du dossier). Pour les enfants et adolescents (« jusqu'à leur 20e anniversaire »), au terme d'une concertation avec les professionnels concernés, un arrêté du 25 août 2004 publié au Journal officiel du 9 septembre 2004 (modifiant la section 2 du chapitre 3 du titre II de la LPP) a remplacé l'inscription par marque par une inscription générique en 4 classes, comme pour les adultes, avec des tarifs de remboursement différenciés selon les classes d'audioprothèses. Les audioprothèses sont désormais inscrites à des tarifs s'échelonnant de 900 EUR à 1 400 EUR par catégorie d'appareil. Une allocation forfaitaire annuelle d'entretien d'un montant de 36,59 EUR peut être attribuée pour chaque appareil, pour tous les patients quel que soit leur âge ; sa prise en charge est assurée sur justification des dépenses. À cela peut s'ajouter la prise en charge de quelques pièces défectueuses définies (écouteur, microphone, potentiomètre et/ou vibreur). Par ailleurs, les personnes dont les ressources sont inférieures à 606 EUR par mois (plafond pour une personne seule au 1er juillet 2007) et qui peuvent bénéficier à ce titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ont droit à une prise en charge intégrale des frais exposés pour ces audioprothèses, dans la limite des tarifs fixés par arrêté. Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent décider, après examen du dossier de l'assuré, d'octroyer des aides sur leurs crédits d'action sanitaire et sociale. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » - dite « loi handicap » - prévoit, pour les personnes qui y sont éligibles, l'octroi d'une « prestation de compensation du handicap, (PCH) » qui peut être utilisée pour l'acquisition d'« aides techniques », qu'elles soient ou non inscrites sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Enfin, s'agissant des dépenses d'optique, comme pour les audioprothèses, secteurs dans lesquels les organismes complémentaires sont très présents, la ministre chargée de la santé souhaite que les discussions entre l'assurance maladie et l'UNOCAM se poursuivent afin de parvenir à une amélioration de leur prise en charge.

## Données clés

**Auteur :** [M. Philippe Tourtelier](#)

**Circonscription :** Ille-et-Vilaine (2<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 2819

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : prestations

**Ministère interrogé :** Santé, jeunesse et sports

**Ministère attributaire :** Santé et sports

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 14 août 2007, page 5238

**Réponse publiée le :** 27 janvier 2009, page 827