



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Répartition du « reste à charge zéro » pour l'optique

Question écrite n° 8653

Texte de la question

M. Marc Le Fur attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la répartition du « reste à charge zéro » (RAC 0). Le reste à charge est la part des dépenses de santé qui n'est couverte ni par l'assurance-maladie obligatoire, ni par l'assurance maladie complémentaire, ce mécanisme se retrouve surtout dans les secteurs dentaires, de l'optique et de l'audioprothèse. Ces restes à charge élevés ont pour effet que beaucoup de personnes renoncent aux soins pour des raisons financières. Avec le « reste à charge zéro », le niveau de remboursement pour les patients va augmenter. Ce « reste à charge zéro » avait été accueilli avec un *a priori* favorable par les professionnels de l'optique. Toutefois, les dernières propositions du Gouvernement en la matière formulée le 9 mars 2018 ont provoqué une vive inquiétude des professionnels. Ces derniers s'opposent notamment au passage de la prise en charge d'un équipement optique RAC 0 de 2 à 3 ans, et à la subordination de la prise en charge à l'acceptation de l'offre RAC 0. Cette dernière proposition, si elle était mise en œuvre aurait nécessairement pour conséquence la fin des remboursements pour tout patient qui souhaiterait une offre différente. En outre, si les dernières propositions du Gouvernement étaient adoptées en l'état les opticiens de santé seraient obligés d'accepter de nouvelles contraintes bureaucratiques, ainsi que les frais qui les accompagnent, puisqu'une certification de type AFNOR est prévue pour avoir le droit de délivrer ces équipements sans reste à charge. Les opticiens de santé, mais aussi les assurés sociaux, sont aujourd'hui préoccupés par l'évolution de ce projet. C'est pourquoi il lui demande si le Gouvernement entend prendre en compte ces préoccupations légitimes et amender le projet présenté le 9 mars 2018 aux professionnels de la santé optique.

Texte de la réponse

Le Président de la République a pris l'engagement que les Français puissent accéder à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire en matière de soins prothétiques dentaires, d'aides auditives et d'équipements d'optique, avec pour objectif principal d'améliorer l'accès à ces dispositifs répondant à un enjeu de santé majeur. Au vu de l'ambition de la réforme « 100% santé », le Gouvernement a privilégié une large concertation avec les acteurs concernés. S'agissant de l'optique, les fabricants et distributeurs, les professionnels de santé, les organismes complémentaires et les représentants des assurés ont ainsi été réunis pendant plusieurs mois. Ces concertations ont abouti à la signature d'un protocole d'accord le 13 juin 2018 par deux des trois syndicats d'opticiens, le rassemblement des opticiens de France (ROF) et le syndicat national des opticiens mutualistes (SYNOM), qui représentent plus de 80% de la profession. Le panier de soins « 100 % santé » comportera des équipements nécessaires et de qualité, qui permettront de répondre de façon médicalement pertinente aux besoins de santé des assurés, dans des conditions répondant à une attente sociale légitime. En ce sens, l'amincissement des verres ou encore la pose d'un traitement antireflet ou anti-rayures de qualité seront obligatoirement pris en charge. De plus, les offres proposées dans ce panier seront amenées à évoluer pour s'adapter aux nouvelles techniques et aux besoins de santé des Français. Enfin, une évaluation de la satisfaction des assurés par la réalisation d'enquêtes permettra de s'assurer de la qualité constante de ces équipements. S'agissant des conditions de prise en charge, la

participation de la sécurité sociale sera revalorisée pour les équipements d'optique de l'offre « 100% santé ». En outre, il a été décidé, à l'issue des concertations, de fixer à 2 ans le délai minimal de renouvellement d'un équipement pour un adulte et à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans, c'est-à-dire des périodicités équivalentes à celles actuellement prévues par le cahier des charges des contrats de complémentaire responsables. En cas d'évolution de la vue ou pour raison médicale, le renouvellement des verres sera possible avant ces délais. Par ailleurs, la liberté de choisir une offre « 100 % santé » sera garantie en prévoyant que les équipements soient systématiquement proposés, avec un devis établi à cet effet, et en un nombre raisonnable de modèles. Les assurés pourront naturellement opter pour des équipements différents, à tarif libre et remboursés par leur assurance complémentaire. La haute autorité de santé, saisie du projet de nomenclature, devrait rendre prochainement son avis sur l'ensemble de ces dispositions. Enfin, la réforme 100 % santé est un projet global d'amélioration de l'accès aux soins, qui accorde toute son importance à l'amélioration de l'accès à la filière visuelle mais aussi à la prévention. A ce titre, le redéploiement prévu des examens obligatoires actuellement concentrés sur les enfants de moins de 6 ans permettra de créer de nouvelles consultations destinées aux jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans, qui seront prises en charge à 100 % et incluront un bilan visuel. La mise en place de certaines de ces dispositions requiert des mesures législatives qui seront débattues à l'automne dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Données clés

Auteur : [M. Marc Le Fur](#)

Circonscription : Côtes-d'Armor (3^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 8653

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [29 mai 2018](#), page 4420

Réponse publiée au JO le : [9 octobre 2018](#), page 9118