



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

frais d'appareillage

Question écrite n° 33164

Texte de la question

Mme Catherine Génisson appelle l'attention de M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur la prise en charge des poses de matériels médicaux et plus particulièrement sur celle des sondes de gastrostomie. En effet, la pose d'une telle sonde est effectuée gratuitement lorsqu'elle est réalisée au sein de l'hôpital public tandis que le coût à la charge du patient est d'environ 120 euros lorsque la pose est effectuée dans le cadre de la médecine libérale. Alors qu'une réflexion est menée sur la réforme de notre système hospitalier et au-delà de notre système d'assurance maladie, une telle inégalité constitue un frein à une répartition équilibrée et efficace entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Dès lors, elle lui demande de bien vouloir lui indiquer quelles sont les intentions du Gouvernement dans ce domaine et s'il entend mettre un terme à cette inégalité.

Texte de la réponse

S'agissant de la pose de sondes gastriques, hors sondes naso-gastriques, les actes relatifs à la pose par le médecin de sondes gastriques sont répertoriés au niveau de la classification commune des actes médicaux - CCAM -, qui constitue la réforme des actes techniques des médecins, sous différents libellés, en fonction de leur lieu d'implantation : gastrostomie (estomac), pose d'une sonde gastrique duodénale ou jéjunale, pose d'une sonde de jéjunostomie pour alimentation entérale. Par ailleurs, la tarification de la majeure partie de ces actes, notamment gastrostomie (de 125,40 à 172,34 euros), permet une exonération du ticket modérateur, en application des dispositions de l'article R. 322-8-I-1° du code de la sécurité sociale, selon lesquelles la participation de l'assuré est supprimée pour les actes admis au remboursement et affectés notamment d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros. Ces règles d'exonération s'appliquent et sont les mêmes s'agissant des cliniques ou des hôpitaux. En conséquence, le patient n'a pas à supporter le reste à la charge de la clinique ou de l'hôpital. Enfin, je vous rappelle que, conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, l'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pour les établissements de santé.

Données clés

Auteur : [Mme Catherine Génisson](#)

Circonscription : Pas-de-Calais (2^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 33164

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 10 février 2004, page 975

Réponse publiée le : 19 juillet 2005, page 7187