



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

réglementation

Question écrite n° 33038

Texte de la question

M. Alain Bocquet attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la participation forfaitaire de 1 euro, à la charge des patients âgés de plus de 18 ans, instaurée pour chaque consultation, examen ou analyse et qui s'applique quel que soit le médecin consulté, que le parcours de soins ait été respecté ou non. Très peu de malades en sont exonérés. Il en est de même des franchises médicales qui concernent chaque boîte ou flacon de médicaments ainsi que les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Il alerte le ministère sur le fait que les salariés ayant subi un accident du travail, pour lesquels pourtant les frais médicaux ou chirurgicaux justifiés et nécessaires sont couverts à 100 %, doivent la régler. Il lui demande si le Gouvernement entend modifier cette disposition pour les personnes concernées par un accident du travail.

Texte de la réponse

Les franchises et participations forfaitaires ont été créées en 2004 et 2007. Elles sont dues par l'ensemble des assurés à l'exception des plus fragiles tels que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), de l'assurance maternité ou les mineurs. Afin d'améliorer l'accès aux soins des plus modestes, le Gouvernement a étendu, lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, la suppression de ces participations aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Avec des ressources de 973 € par mois maximum pour une personne seule, les bénéficiaires de l'ACS apparaissent en effet comme un public prioritaire dans la lutte contre les renoncements aux soins pour des raisons financières. Ainsi, toute personne dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté peut être exonérée du paiement des franchises et participations forfaitaires, quels que soient son statut ou sa situation par ailleurs. Pour les patients non couverts par les mesures actuelles d'exonération, ces participations sont par ailleurs plafonnées afin de limiter le reste à charge. Les franchises sont ainsi limitées à 2 € par jour et par assuré pour les actes des auxiliaires médicaux et à 4 € pour les transports, leur montant ne peut excéder 50 € par an. De même, la participation forfaitaire est plafonnée à 4 € par jour, par assuré, pour les actes et consultations effectués par un même professionnel et à 50 € annuels.

Données clés

Auteur : [M. Alain Bocquet](#)

Circonscription : Nord (20^e circonscription) - Gauche démocrate et républicaine

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 33038

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [23 juillet 2013](#), page 7615

Réponse publiée au JO le : [15 mars 2016](#), page 2163