



# ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

## réglementation

Question écrite n° 41346

### Texte de la question

M. Philippe Kemel appelle 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 coordonnés ait été respecté ou non. Très peu de malades en sont exonérés. Il en est de même des franchises médicales qui s'appliquent sur chaque boîte de médicaments ainsi que les actes paramédicaux et les transports sanitaires. 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. Aussi, il lui demande si le Gouvernement entend modifier ces dispositions 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. Philippe Kemel](#)

**Circonscription :** Pas-de-Calais (11<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 41346

**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 :** [5 novembre 2013](#), page 11473

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