France Assos Santé
La voix des usagers

NOTE D'AUDITION

Cour des Comptes

Franchises médicales

Octobre 2025

UNAASS : Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

Note France Assos Santé

Audition Cour des Comptes

Franchises médicales

07/10/2025

- Considérez-vous que la part des assurés dans le financement de l'assurance maladie (en baisse sur les 10 dernières années) doit être réhaussée et si oui, les dispositifs des franchises et participations sont-ils un bon vecteur pour ce faire, ou quel autre vecteur proposeriez-vous en ce sens ?

  Notre première interrogation est de savoir de quoi on parle quand on parle de financement de l'assurance maladie par les assurés ?

  En effet ce sont bien les assurés, l'ensemble de la population ou presque, qui financent par le biais des cotisations, contributions et taxes diverses, la Sécurité Sociale. Et il ne nous semble pas que ce financement soit particulièrement en baisse. La DREES vient de publier une récente étude [1]sur les taux d'efforts des français pour payer les soins de santé : en moyenne 15% du revenu mais très variable, sachant que pour 1% de la population qui a le taux d'effort le plus élevé il est de 34% > principalement constitué de ménages modestes, souvent en ALD et/ou retraité.

  Si la question porte uniquement sur le Reste à charge (qui n'est qu'une partie du financement de l'assurance maladie par les assurés), le tout récent rapport de la

[1] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250828_ER_depenses-de-sante

DREES[2] indique une hausse du RAC en 2024 , notamment du fait de la hausse des franchises et de du ticket modérateur sur les soins dentaires.

Par ailleurs, les communications portent sur le RAC moyen, mais il y a des disparités très importantes et des populations qui ont des RAC très élevés. Pour rappel 1,8 fois + de RAC pour les personnes en ALD selon rapport IGAS de juin 2024.

A cela s'ajoute tous les frais liés à la santé non comptabilisés, notamment pour les personnes malades chroniques, en situation de handicap ou de perte d'autonomie. L'enquête de France Assos Santé sur les Restes à charge invisibles[3] datant de l'automne 2024 fait état de 1550€ par an en moyenne, qui s'ajoutent aux restes à charge officiels.

Nous sommes opposés sur le principe aux franchises qui pénalisent les personnes ayant le plus besoin de soins, ce qui est contraire au principe de solidarité nationale. IL n'est pas acceptable qu'une contribution, puisqu'il s'agit de ça, soit assise sur le besoin de soins.

Nous sommes opposés à augmenter la part des assurés dans le financement, nous pensons au contraire qu'il faut la réduire pour permettre un accès aux soins de tous, notamment les personnes les plus vulnérables qui sont celles qui en ont le plus besoin.

Nous pensons que plutôt que faire payer les usagers, il faut activer d'autres leviers pour assainir les finances publiques avec une réforme globale :

- Prévention
- Pertinence et Qualité
- Lutte contre la financiarisation
- Réforme des prises en charge des personnes atteintes de maladies chroniques (parcours, forfaitisation..)
  - ➢ CF : Notre contribution HCAAM [4]

La question des recettes est évidemment également à mettre sur la table : question des exonérations sociales, progressivité accrue de la CSG, taxes sur les produits et le marketting des produits néfastes pour la santé, etc.

- Que pensez-vous de la structure même de ces participations forfaitaires et franchises : articulation entre les deux dispositifs, périmètre (qui ne concerne par exemple pas les dentistes, les sage-femmes ou encore les dispositifs médicaux), assurés concernés (y compris ALD), structure avec des montants forfaitaires et des plafonds journaliers et annuels différents et qui ne tiennent pas compte des ressources, interdiction de prise en charge par les mutuelles responsables et

[2] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-infographie-documents-de-reference/250930-Panorama-d%C3%A9penses-de-sant%C3%A9

[3] https://www.france-assos-sante.org/communique_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/

[4] https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2025/05/Contribution-HCAAM.pdf

solidaires, etc. ? Quelles évolutions proposeriez-vous pour que ces dispositifs soient plus clairs et plus équitables ?

Ce n'est pas clair du tout pour les usagers, qui ne savent ce qui relèvent des franchises ou des participations, ni pourquoi, ni si les plafonds concernent chaque poste, etc.

« Pouvez-vous m'aider à comprendre les franchises appliquées par la caisse d'assurance maladie ? Si j'ai bien compris, il y a un forfait de 1euro passé à 2 euros depuis le 15 mai sur les consultations médicales ou actes de biologie avec un forfait de 50 euros /an. Concernant les médicaments est-ce le même taux ? Ce tarif est appliqué par boite de médicaments ? est-ce inclus dans le forfait annuel de 50 euros ou y a t il un autre forfait en plus ? »

« Chaque année la MSA me prélève beaucoup plus de 50 euros sur les franchises médicales car il me prélève directement sur ma retraite les reliquats des années précédentes. Je demande des explications. Car dans mon cas la limite des 50 euros est largement dépassée. »

Concernant l'interdiction de prise en charge par les contrats responsables cela n'est pas compréhensible pour le grand public, et n'entraine pas selon notre expérience une « conscience citoyenne », d'autant que ces contributions sont prélevées sur des soins prescrits.

Néanmoins le fait de transférer ces dépenses sur les complémentaires entrainera de facto un report sur les cotisations avec la problématique habituelle d'inégalités d'accès à la complémentaire.

- Quels effets du doublement des montants des F&P de 2024 avez-vous constatés sur les assurés (responsabilisation, renoncement aux soins, quels profils (âge, ressources, ALD…) étaient les plus concernés etc.) ?

  Les usagers ne sont pas responsables des soins qui leur sont prescrits ! Cela relève de la responsabilité médicale avant tout.

  Par ailleurs en 2024, depuis les hausses des franchises notre ligne Santé Info Droits a eu plus de 5 fois plus d'appels sur ces questions (145 appels en 2024 sur 9000 appels, contre 23 appels en 2023 sur 8000 appels) et y a consacré un focus dans son observatoire page 20[5] :

- **Difficultés financières et inquiétude** : sentiment d'une hausse des RAC globale, et questionnement sur possibilité de continuer à se soigner

  Sentiment d'injustice et culpabilisation des personnes qui ont le plus recours aux soins et qui se sentent particulièrement visés par ses mesures,

[5] https://www.france-assos-sante.org/publication_document/observatoire-de-france-assos-sante-sur-les-droits-des-malades-rapport-annuel-de-sante-info-droits-2024/

culpabilisantes alors qu'ils n'ont pas choisi d'être malades et ne font que suivre les traitements qui leur sont prescrits

- Quel est votre avis sur les annonces gouvernementales de cet été relatives à un nouveau doublement des montants et plafonds journaliers, mais aussi des plafonds annuels, de ces dispositifs ?

  - Grosse inquiétude. La DSS a indiqué un impact de +44€ pour les non ALD et +72€ pour les ALD (qui s'ajoutent à l'estimation de +19€ des dernières augmentations, soit plus de 90€ en 2 ans)

  - **Risques de report voire de renoncement** : application de 4€ par consultation médicale, pourra pousser certaines personnes à reporter avec un risque d'aggravation ou de complication des symptômes nécessitant in fine des soins plus couteux. 2€ par boite de médicaments, Risques de renoncer à prendre des médicaments pourtant prescrits par le médecin, ou d'en prendre moins. Par ailleurs certains médicaments vont de fait être totalement déremboursés, tels que le paracétamol.

- Quel retour pouvez-vous faire sur les prélèvements réalisés par l'assurance maladie sur des remboursements ultérieurs pour récupérer ces F&P dans le cas du tiers-payant (compréhension des assurés, prestations concernés, respect du plafond etc.), ainsi que sur l'envoi d'avis de sommes à payer (modalités, fréquence) ?

- **Incompréhension et sentiment d'injustice** notamment pour les personnes en ALD : pourquoi prélèvement alors que leurs soins sont censés être pris en charge à 100% ; recouvrement différé du fait de l'ALD qui implique parfois l'absence de remboursement de soins hors ALD, surtout pour des franchises et participations sur des années antérieures (jusqu'à 5 ans), voire l'amputation de leurs prestations, telle que la pension d'invalidité ou leurs rentes AT/MP, ce qui est vécu comme une injustice.

  « Je viens d entendre la proposition du gouvernement de doubler les franchises de sécurité sociale. Je suis en ALD et je trouve honteux et injuste de faire payer aux malades la double peine d être malade et d être rançonné. J ai un faible salaire d AESH (1300€) et j'ai peur de devoir un jour renoncer aux soins faute de moyens »

  « Chaque fois que j'achète des médicaments,fait des analyses médicales, va chez le kiné ou chez un médecin etc etc,j'ai des sommes différentes qui restent à ma charge(franchises médicales ou forfait médical). cette retenue peut aller jusqu'à 2 fois 50 euros sur un an. Ma question: Est il possible de suivre ou d'avoir connaissance du total de mes retenues en cours d'année ou en fin d'année civile? »

  « Je viens de recevoir le détail de versement CPAM par la Sécu et notamment les montants forfaitaires. J'en ai pour 120 euros mais je comprends pas, parce qu'en écoutant la TV, je croyais que ça pouvait pas dépasser les 50 euros par an ».

« Bonjour. Le système de franchise des actes médicaux était censé à la base "responsabiliser" les patients et les faire contribuer aux couts du système de santé. Avec les cotisations qui me sont prélevées annuellement (plusieurs milliers d'euros), je pense etre parfaitement conscient de ce cout, et faire un usage responsable (au point de ne parfois pas me soigner) »

« J'ai une ALD exonérante. Qu'est ce que ça veut dire? Pourquoi alors me prélèvent ils des forfaits et des franchises? »

- Sur le plafond nous avons des remontées indiquant que celui-ci n'est pas toujours respecté, notamment en prenant en compte des périodes à cheval sur 2 années alors que le plafond annuel s'applique sur l'année civile :

  « Concernant le plafond de la franchise médicale de 50 €, la CPAM 92 me répond que le plafond est sur 12 mois glissants. Cela est-il vrai ou est-ce sur l'année civile ? Si cela est sur l'année civile, quelle est le texte officiel qui le précise ? »

  « J'ai bien reçu votre mail sur les franchises avec la limite de 50 euros. La sécurité sociale me dit que c'est sur une année glissante. C'est vrai? »

- Pareil nous avons vu des franchises appliquées 3 fois sur une boite de médicaments pour 3 mois (ce qui nous parait contraire à la règlementation)
- Encore des recouvrements tardifs de plusieurs centaines d'euros, ce qui peut mettre en difficultés :

  « Bonjour je viens de m apercevoir que depuis 2021 je dois 400e à la sécurité de franchise. Je suis depuis 9 ans en Ald invalidité 100% et reconnaissance Mdph. »

  « j'ai fait des soins dentaires que je n'ai pas fini, j'ai fait un chèque de 123 euros, et la dentiste a encaissé et m'avait dit que je serais remboursé. mais la cpam m'a dit que je devais plus de 400 euros de participation forfaitaire et franchise mais du coup je ne peux pas continuer à faire mes soins dentaires, je suis sans dent je ne sais plus vers qui me tourner »

- Que pensez-vous de la perspective d'un « paiement au comptoir » de ces F&P, annoncé par la ministre Vautrin à l'été ? Et de la possibilité ouverte par la loi d'un prélèvement sur le compte bancaire des assurés ?

  Au-delà des termes employés, qui semblent faire penser que les usagers vont consommer des soins comme on va au bistrot, ce qui pour nous est une vision totalement biaisée des patients, cela nous parait en plus très compliqué dans la mise en œuvre dans la mesure où ce n'est pas le professionnel de santé qui est bénéficiaire mais l'assurance maladie.

Par ailleurs que se passera t-il pour les personnes qui ne pourrons pas payer directement, notamment les personnes qui jusqu'ici bénéficient du tiers payant ? Va-t-on leur refuser leur consultation, médicament, examen biologique etc. ?

Encore une fois on va pénaliser les personnes les plus en difficultés et creuser les inégalités d'accès aux soins.

- Que pensez-vous de la communication faite à chaque assuré sur les remboursements dont il bénéficie et les F&P qu'il paye (mensuellement, annuellement etc.) et que proposeriez-vous pour l'améliorer, le cas échéant ?

Cela n'est pas clair, la grande majorité des personnes ne comprennent pas et ont du mal à suivre. Particulièrement pour les personnes dont les franchises ne sont pas directement prélevées, très difficile à comprendre.

« Bonjour Madame, Monsieur, Pour mon info, on nous parle d'une franchise Médicale plafonnée à 50 € annuellement, mais quand je vois mes décomptes de la Cpam sur décompte papier et sur mon ccp "sauf erreur de ma part" on a aucun moyen de contrôler cette franchise, qui me parait largement dépassée. »

« Bonjour, Le montant annuel maximum au titre de la participation forfaitaire et de la franchise est de 5O € Comment se fait-il que sur mon compte Ameli on me facture 62€ au titre de la participation et de la franchise? Je trouve cela injuste, d'autant plus que je suis invalide et que je perçois une très faible retraite. »

« La sécu arrête pas de me demander des remboursement pour les franchises, mais j'y comprends rien. » »

Nous pensons qu'il est tout à fait possible d'améliorer le dispositif d'information, de façon à le rendre clair, en indiquant précisément la date et prestation associées à la franchise ou la participation, en arrêtant à chaque année civile avec une mention de ce qui a été recouvrée ou non, et ce qui reste à recouvrer.

En revanche nous pensons qu'il faut être prudent sur la communication, afin de ne pas culpabiliser les personnes qui ont des soins couteux du fait de leur situation de santé. L'idée qui revient assez régulièrement en cas de crise budgétaire consiste à documenter au niveau de chaque usager sa dépense de soins totale (mensuelle ou autres) générée notamment par les prescriptions d'actes et la consommation de produits de santé prise en charge. Cela fait partie des démarches dite de « responsabilisation » des assurés au même titre que l'augmentation des restes à charge et franchises.

Ces mesures peuvent être discutées, mais à ce jour aucune efficacité n'a été démontrée sur ce type d'initiatives, d'autant que les personnes qui ont les dépenses les plus élevées sont les personnes atteintes de maladies chroniques, avec parfois des traitements innovants très chers, ou des personnes en situation de handicap avec des dispositifs médicaux onéreux.

La frontière entre la responsabilisation et la culpabilisation peut être très ténue, d'autant que les assurés ont déjà accès au coût de leurs dépenses via le décompte de remboursement accessible sur leur compte AMELI, ainsi que l'historique des remboursements (sans les montants) dans Mon Espace Santé et dans l'application Dossier Pharmaceutique, et Application carte vitale (avec les montants). L'information est donc officiellement déjà relativement accessible aux assurés. Il convient donc d'avoir une réflexion plus poussée et concertée avec les représentants d'usagers avant d'envisager de nouvelles mesures en ce sens.

- De façon générale, constatez-vous des différences suivant que les assurés relèvent du régime générale de sécurité sociale ou d'un autre régime, notamment agricole ?

  Peu de retour à notre niveau si ce n'est la question des prélèvements sur la pension de retraite pour les assurés MSA :

  « Bonjour. Pour les retraités la CPAM retient les participations forfaitaires sur les remboursements contrairement à la MSA qui les retient sur les retraites. Comment expliquer cette différence de pratique ? La MSA est-elle dans le droit en opérant une compensation entre 2 prestations de natures differentes ? »

  « Est-ce que la MSA a le droit de retirer les participations forfaitaires et franchises de ma pension de retraite ? Je travaillais pour le crédit agricole. Je ne conteste pas le fait de payer les franchises mais je ne trouve pas normal que ce soit prélevé sur ma retraite comme ça. Je leur demande le texte et ils sont incapables de me le donner. Ils ont le droit ? »

  Néanmoins la CPAM retient bien aussi sur les pensions d'invalidités par exemple le montant des franchises et participations dues, ce qui créée des incompréhensions et difficultés également.

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

France Assos Santé

La voix des usagers

Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Document réalisé par le service communication de France Assos Santé. Octobre 2025