

# Doublement des Participations forfaitaires et des franchises médicales Un double obstacle pour l'accès aux soins

## À RETENIR

Le gouvernement a décidé de doubler les Participations forfaitaires et les Franchises médicales sous prétexte de responsabiliser les malades pour « préserver » la Sécurité sociale. Ces restes à charge font obstacle à l'accès aux soins. Leur doublement va accentuer la pénalisation des malades et les effets néfastes à court, moyen et long terme en matière de santé. C'est une mesure contre-productive pour les comptes de la Sécurité sociale. Faire ce choix nous

entraîne dans une spirale mortifère pour notre modèle de société et pour la population.

La santé, c'est d'abord un besoin humain et un droit fondamental.

Des alternatives de financement existent, à commencer par stopper les exonérations de cotisations, la mise à contribution de toutes les richesses à la Sécurité sociale ou encore l'égalité salariale Femmes/Hommes.

|   | Quoi ?  | Combien avant ?   | Combien après ?   | Quand ?    |
|---|---|---|---|------------|
| <b>Participations Forfaitaires (PF)</b> | Consultation médicale et acte médical, examen de radiologie, analyse de biologie (hors hospitalisation)   | 1€<br>Plafond <b>journalier</b> : 4€ pour un même médecin ou un même labo de biologie<br><br>Plafond <b>annuel</b> 50 PF /année civile (soit 50€) <sup>1</sup>  | De 2€<br>Plafond <b>journalier</b> : 8€ pour un même médecin ou un même labo de biologie<br><br>Plafond <b>annuel</b> : 25 PF /année civile (soit 50€) <sup>1</sup>   | 15/05/2024 |
| <b>Franchises (F)</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Médicaments (hors hospitalisation)</li> <li>Acte d'auxiliaire médical (hors hospitalisation)</li> <li>Transport sanitaire (hors urgences)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>0,50€ sans plafond journalier</li> <li>0,50€ Plafond <b>journalier</b> : 2€</li> <li>2€ par trajet Plafond <b>journalier</b> : 4€</li> </ul> Plafond <b>annuel</b> toutes Franchises : 50€ / année civile <sup>1</sup> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1€ sans plafond journalier</li> <li>1€ Plafond <b>journalier</b> : 4€</li> <li>4€ par trajet Plafond <b>journalier</b> : 8€</li> </ul> Plafond <b>annuel</b> toutes Franchises : 50€ / année civile <sup>1</sup> | 31/03/2024 |

**Cas d'exonérations inchangés** : les ayants-droits de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois et à j+12 après accouchement, bénéficiaires de la CSS, de l'AME, les pensionnés invalides civils et militaires et les victimes d'actes terroristes.

<sup>1</sup> Les plafonds annuels de 50€ de participations forfaitaires et de franchises médicales s'additionnent : plafond total de 100€

## LA MÉTHODE ADOPTÉE PAR LE GOUVERNEMENT



Ces augmentations ont été fixées par décrets et non par la loi, un mois après l'adoption du Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale, escamotant tout débat démocratique sur cette mesure injuste.

Le conseil de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, qui devait rendre un avis consultatif, s'est prononcé contre ces augmentations le 1<sup>er</sup> février 2024. La Mutualité a voté contre, seules les organisations patronales ont voté favorablement.

## LES ÉCONOMIES À COURT TERME POUR LA SÉCU ET LE COÛT POUR LES ASSURÉS

Le montant total des participations forfaitaires et franchises était d'environ 1,4 milliard d'€ en 2023. Il serait augmenté de 800 à 850 millions d'€ en année pleine (600 à 650 millions d'€ en 2024).

## UN REcul DE LA PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ces participations et franchises sont déduites des remboursements de l'Assurance maladie à l'assuré.

**Elles font donc baisser le taux de remboursement par la Sécurité sociale. Ainsi, une consultation officiellement remboursée à 70% par la Sécurité sociale n'est, en réalité, prise en charge qu'à 64% (hors plafond sur participation).**

## LES THÈSES AVANCEES

Les participations forfaitaires ont été mises en œuvre en 2005 pour « contribuer au financement du système de santé public français », les

franchises médicales en 2008 visaient « à préserver le système de santé français ».

2024

**Éléments de langage du président de la République E. Macron (conférence de presse 17.01.2024)**

*« Nous sommes dans un pays qui soigne bien mais qui ne prévient pas assez. On doit conjurer une forme de fatalité française qui est qu'on consomme trop de médecine. En même temps, on a une des médecines les plus socialisées du monde : ce n'est pas le consommateur qui la paie mais le contribuable. Au moment où je vois ce que nos compatriotes dépensent pour les forfaits de téléphonie, la vie quotidienne, se dire qu'on va passer de 0,50€ à 1€ pour une boîte de médicaments, je n'ai pas le sentiment qu'on fait un crime terrible. Il faut responsabiliser sur la consommation mais garder un élément de justice [...] avec un plafond de 50€/an pour ce reste à charge. »*

**Communiqué de presse commun du ministre de l'Économie, des Finances, du budget (B. Le Maire) et de la ministre de la Santé, de la prévention et des solidarités (C. Vautrin) (22/01/2024)**

*« ... Afin de poursuivre une prise en charge à 100% dans les cas les plus graves et à la pointe de la recherche pour les maladies lourdes, une plus grande participation et responsabilisation des Français pour les maladies du quotidien est nécessaire ».*

## LES FRANCHISES ET PARTICIPATIONS, OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont déduites des remboursements par la Sécurité sociale et non-remboursables par les complémentaires santé. C'est ce que prévoit la loi. En les augmentant, on augmente donc pour chacun.e le coût de se soigner. Les assurés sociaux ayant des maladies chroniques atteindront le plafond plus rapidement et d'autres l'atteindront alors que ce n'était pas le cas auparavant.

C'est concrètement un frein à l'accès aux soins et un recul de la Sécurité sociale.

## LA « RESPONSABILISATION DES MALADES » NULLE ET NON AVENUE

Sous prétexte de responsabiliser les malades, la conséquence est connue : on crée les conditions pour que les assurés sociaux renoncent à des soins, que leur état de santé se dégrade et qu'ils soient pris en charge plus tard. Alors, les pathologies sont plus graves et les soins plus coûteux.

Pour des économies de bout de chandelles (0,8 Md€ sur 252 Mds€ de budget de l'Assurance Maladie) on va :

- Dégrader les conditions de vie des patients et risquer des pertes de chance ;
- Et payer le prix fort à terme au moment de la prise en charge. C'est un calcul court-termiste qui va à rebours de la logique du « virage préventif » dont on nous rabâche les oreilles et qui alourdira la dépense à l'avenir.

Comble du cynisme, alors que le Président de la République prône une responsabilisation sur la consommation de soins et plus de prévention, le gouvernement envisage l'application de la franchise et participation forfaitaire aux nouveaux Rendez-vous « Mon bilan Prévention » qui se mettent en place !

## LA « RESPONSABILISATION DES MALADES » UN ARGUMENT FRELATÉ



Un rapport de l'IGAS de 1973 - il était alors question du Ticket modérateur - soulignait que créer une part non remboursable des dépenses de santé ne régulait pas le recours aux soins mais le retardait et le renchérisait. L'argument de la « responsabilisation » invoqué lors de la création des participations forfaitaires en 2004, des franchises en 2008 et leur doublement en 2024 est frelaté.

Dit autrement, c'est une **mesure inadaptée** aux besoins de santé, **aux effets pervers** à moyen/long-terme en matière de santé et de dépenses publiques.

## UNE DÉCISION ABSURDE À REBOURS DU DROIT À LA SANTÉ

À force de dire que la Sécurité sociale coûte cher et que la santé est un bien de consommation, des décisions absurdemment court-termistes sont prises. **La santé, c'est d'abord un besoin humain et un droit fondamental.**

Aller chez le médecin, faire des analyses, acheter des médicaments, recourir à un transport sanitaire ce n'est pas faire du tourisme, ce n'est pas un *hobby*. On le fait parce qu'on est malade et qu'on en a besoin. Cela est d'autant plus vrai qu'aujourd'hui, avec la multiplication des déserts médicaux, trouver un médecin est particulièrement difficile.

**Réduire encore les droits des patients pour « préserver » la Sécurité sociale est grossier.** « *En même temps* » qu'il impose ces économies aux assurés sociaux, **les exonérations de cotisations sociales ont doublé depuis l'arrivée d'E. Macron à l'Élysée en 2017, pour représenter 88 milliards d'€ en 2024. Les profits de laboratoires pharmaceutiques ont, eux, atteint des sommets.**

Réduire encore les droits des patients au prétexte de les responsabiliser est un mensonge. Les économies escomptées, par ce doublement des participations et franchises (0,8 Md€), représente 3 fois moins que les exonérations de cotisations sociales non compensées par l'État au détriment de la Sécurité sociale (2,7 Mds€).

En creusant le déficit de la Sécurité sociale par manque de ressources, le gouvernement crée une dette sanitaire qui va peser durablement sur les générations à venir.



## DES ALTERNATIVES EFFICACES EXISTENT

- ✓ **S'attaquer aux maladies plutôt qu'aux malades** par des politiques de prévention sur l'ensemble des facteurs qui impactent la santé.
- ✓ **Nous avons les moyens de la solidarité**, par exemple en faisant contribuer toutes les richesses (y compris celles du capital) à la Sécurité sociale ou encore en appliquant réellement l'égalité salariale femmes-hommes qui apporterait des recettes nouvelles.
- ✓ **La solidarité procure un bénéfice colossal** : Savez-vous quel a été le premier bénéfice visible de la création de la Sécu ? La chute de la mortalité infantile dans les années 50.

La vision obstinément financière de la Sécu et l'assimilation de la santé à une marchandise est une spirale mortifère pour notre modèle de société et pour la population.

**Pôle de Coordination Politique  
de la Fédération des mutuelles de France**

Contact : Lucas Jourdain

[Lucas.jourdain@mutuelles-de-france.fr](mailto:Lucas.jourdain@mutuelles-de-france.fr)

**À propos de la Fédération des mutuelles de France** | La FMF, présidée par Jean-Paul Benoit, regroupe 54 groupements mutualistes, dont 37 mutuelles complémentaire-santé et prévoyance ainsi que 17 unions et mutuelles. L'ensemble de ces groupements protègent 2 millions de personnes et gèrent 270 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Née en 1986 et héritière de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la FMF est membre de la Fédération Nationale de la Mutualité Française depuis l'unification du mouvement mutualiste en 2002.