

Chapitre V

**Les franchises et participations
forfaitaires de l'assurance maladie :**

**des optimisations nécessaires,
des transformations envisageables**

PRÉSENTATION

Les participations forfaitaires et les franchises sont des contributions financières payées par les patients lorsqu'ils consomment des soins. Elles s'ajoutent au ticket modérateur mais, au contraire de ce dernier, ne peuvent pas être remboursées par les complémentaires santé. Les participations forfaitaires sont fixées à deux euros pour chaque consultation médicale, acte de radiologie ou de biologie, dans la limite d'un plafond annuel de 50 €. Les franchises médicales s'établissent quant à elles à un euro par boîte de médicament ou acte paramédical, et à quatre euros par transport sanitaire ; elles sont également plafonnées à 50 € annuels.

Ces deux dispositifs, créés respectivement en 2004 et en 2008, visent à réduire le montant des dépenses de soins et de produits médicaux remboursés par l'assurance maladie afin de responsabiliser les assurés dans leur consommation. Leur rendement s'est élevé à 2,5 Md€ en 2025.

Après une quinzaine d'années sans changement majeur, les montants des franchises et participations ont été doublés en 2024, tandis que leurs plafonds annuels ont été maintenus. De nouvelles mesures, envisagées dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, ont finalement été abandonnées : un nouveau doublement des montants mais aussi des plafonds, un élargissement du périmètre à de nouvelles professions de santé, ainsi qu'une refonte des modalités de recouvrement.

De telles évolutions appellent un réexamen de la pertinence et de l'adéquation de ces dispositifs au regard de leurs objectifs. Leur rôle dans le financement de l'assurance maladie doit s'articuler avec l'impératif de préservation de l'accès de tous à la santé.

En effet, si ces dispositifs présentent un rendement significatif, leur effet de responsabilisation des patients est incertain du fait de la complexité et de la faible lisibilité de leur cadre juridique et de gestion (I). Au-delà d'une optimisation de leurs paramètres et de leur gestion, des pistes d'évolution de moyen terme sont envisageables pour en renforcer la lisibilité, l'équité et, potentiellement, le rendement (II).

Chiffres-clés

- Participations : 2 € par consultation médicale ou acte de radiologie ou biologie, avec un plafond annuel de 50 €.
- Franchises : 1 € pour les actes des auxiliaires médicaux (plafond journalier de 4 €) et les médicaments, et 4 € pour les transports sanitaires (plafond journalier de 8 €) – avec un plafond annuel global de 50 €.
- 48 millions d'assurés concernés.
- Le taux de reste à charge demeure en France (10,2 % en 2023) l'un des plus faibles de l'OCDE.
- 2,5 Md€ d'atténuations de dépenses tous régimes sur les remboursements de soins en 2025.
- Un taux de recouvrement en baisse : 90 % pour la période 2010-2014, 78 % pour la période 2020-2024, soit 1,5 Md€ de créances à ce titre fin 2024 pour l'assurance maladie.
- La tranche entre 46 € et 50 € dus au titre des franchises est atteinte par 33 % des assurés ; pour les participations forfaitaires, le ratio est de 21 %.

I - Un rendement significatif, une responsabilisation des assurés non démontrée

Depuis leur création, les franchises et participations visent à contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et à responsabiliser les assurés. La complexité et la faible lisibilité des dispositifs minorent l'atteinte de ces objectifs, en particulier du second.

A - Des dispositifs complexes et peu lisibles, mais d'un rendement important pour l'assurance maladie

Malgré un régime juridique (montants, périmètres, exemptions) complexe et opaque, les franchises et participations sont une source importante d'atténuation des dépenses de sécurité sociale, tout en ayant un impact modéré en moyenne sur le reste à charge pour les assurés.

1 - Des objectifs imbriqués, des modalités qui diffèrent

La participation forfaitaire²⁰⁸ a été créée par l'article 20 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour « *responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins* »²⁰⁹. Elle s'applique aux consultations ou aux actes réalisés par un médecin, aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale. La franchise médicale²¹⁰ a été créée par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 afin de « *dégager des marges pour financer les priorités de santé publique définies par le Président de la République* »²¹¹. Elle s'applique aux boîtes de médicaments, actes paramédicaux réalisés par les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, et aux transports sanitaires²¹² hors urgence.

Les montants unitaires et les plafonds de ces dispositifs relèvent du domaine réglementaire suivant des modalités différentes. Les participations relèvent d'un décret en Conseil d'État qui fixe une fourchette. La décision de leur montant revient au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie²¹³. En 2024, celui-ci a retenu le montant minimal de la fourchette, soit 2 €. Concernant les franchises, les montants, qui diffèrent en fonction de l'acte ou du produit concerné, relèvent d'un décret simple. La franchise ne peut être supérieure au montant remboursé par l'assurance maladie et est écartée le cas échéant²¹⁴.

²⁰⁸ II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

²⁰⁹ Exposé des motifs du projet de loi. Dans sa décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004, le Conseil constitutionnel n'évoque pas cet objectif, mais « *l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale* ».

²¹⁰ III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

²¹¹ Annexe n°9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, citant le financement de la recherche contre la maladie d'Alzheimer, des soins palliatifs et du plan cancer. Dans sa décision n°2007-558 DC du 13 décembre 2007, le Conseil constitutionnel a repris la même formule que celle citée dans la note n° 2.

²¹² Les transports sanitaires font, quant à eux, l'objet du chapitre VII du présent rapport : Cour des comptes, *Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie : une dépense à réguler, des acteurs à mieux responsabiliser*.

²¹³ L'UNCAM regroupe les représentants du régime général et du régime agricole (MSA) ; son directeur général est également celui de la CNAM.

²¹⁴ Cet écartement n'existe pas pour les participations forfaitaires du fait de leur mode de comptabilisation, en nombre ; en outre, leur montant a toujours été, jusqu'à présent, inférieur à celui remboursé pour les actes et consultations.

Le cas des médicaments dont le prix est inférieur à la franchise

Sans compter les honoraires de dispensation afférents, 740 médicaments ont, depuis 2024, un montant de remboursement moyen inférieur à 1 € : sous réserve de l'exigibilité de la franchise et de l'application du plafond annuel, ces médicaments peuvent ne plus être remboursés. Cela représente le tiers des boîtes de médicaments vendues en 2024, soit 773 millions de boîtes, pour un montant remboursé de 622 M€. En cas de doublement de la franchise à 2 €, cela concernerait 2 090 médicaments, soit 58 % des boîtes de médicaments écoulées en 2024²¹⁵.

Les franchises et participations font l'objet de plafonds journaliers (doublés en 2024), qui ne s'appliquent pas dans les mêmes conditions selon le dispositif et, à l'intérieur de celui-ci, selon les actes ou produits concernés. Ainsi, le plafond journalier des franchises est exprimé en montant (4 € pour les actes paramédicaux, 8 € pour les transports), alors que celui des participations est exprimé en nombre d'actes ou de consultations (4 effectués par un même professionnel par jour, soit 8 €) – tandis que les franchises de médicament n'ont pas de plafond journalier.

En plus de ce plafond journalier, les franchises et participations font, chacune, l'objet d'un plafond annuel, exprimé en nombre pour les participations forfaitaires (25 par an, soit 50 €), et en montant pour les franchises (50 €). Ces plafonds annuels sont restés identiques depuis la création des deux dispositifs.

Les franchises et participations concernent tous les assurés qui demandent le remboursement de frais de santé (sauf exceptions, cf. *infra*), respectant ou non le parcours de soins coordonnés, ayant ou non un médecin traitant, relevant de la branche maladie ou de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, et quel que soit leur état de santé. Les patients en affection de longue durée (19 % de la population assurée) n'en sont pas exemptés et représentent un quart des assurés payant ces dispositifs.

2 - Des exceptions nombreuses, diversement justifiées

Les exceptions s'appliquent en fonction soit du statut de l'assuré, soit de la nature des actes et dispositifs.

²¹⁵ Données Cour des comptes, source assurance maladie, *Open Medic*.

Sont exemptés les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), avec ou sans participation financière²¹⁶, les enfants mineurs, les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées, les assurés relevant de la caisse de sécurité sociale de Mayotte - aucun texte réglementaire ne prévoyant leur application sur ce territoire -, les femmes enceintes, du premier jour du sixième mois de grossesse au douzième jour après l'accouchement²¹⁷, ainsi que les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, qui n'ont pas la qualité d'assurés de l'assurance maladie. Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité et les victimes de terrorisme sont exemptés pour les prestations, actes et consultations résultant de l'invalidité ou de l'acte de terrorisme concerné. Enfin, les détenus sont assujettis mais l'État en assure la prise en charge. Au total, 18 millions d'assurés ne paient ni franchises ni participations forfaitaires.

Les franchises et participations s'appliquent aux soins de ville et, dans les soins hospitaliers, aux consultations externes ou dans les services d'urgence (depuis 2007). Elles ne concernent pas les actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. Les actes et consultations des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ne sont pas concernés car les textes fondant ces dispositifs ne visent que les médecins et les auxiliaires médicaux. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale prévoit que la franchise concerne également les « *prestations effectuées par un pharmacien d'officine* »²¹⁸ mais l'arrêté ministériel devant les définir n'a jamais été pris et la franchise n'est, en conséquence, pas mise en œuvre. Enfin, les dispositifs médicaux²¹⁹ ne sont pas non plus concernés. Au total, les franchises et participations portent sur une dépense totale de soins remboursés de 73 Md€, tandis que 151 Md€ en sont exonérés.

²¹⁶ La C2S est une couverture complémentaire financée par l'État, destinée aux personnes disposant de ressources modestes. Elle est attribuée soit gratuitement (en cas de ressources annuelles inférieures à 10 339 € en 2025), soit en contrepartie d'une cotisation minimale (1 € par jour et par personne au maximum si les ressources annuelles s'établissent entre 10 339 et 13 957 € en 2025).

²¹⁷ Elles ne relèvent pas de l'assurance maladie mais de l'assurance maternité, laquelle ne prévoit pas ces dispositifs.

²¹⁸ Vaccinations, tests rapides d'orientation diagnostique pour les angines et les cystites, bilans de médication, autres missions d'accompagnement etc.

²¹⁹ Pansements, prothèses physiques ou auditives, optique, aides techniques, dispositifs de traitement de l'apnée du sommeil, de contrôle du diabète, etc.

Tableau n° 23 : périmètres des franchises et participations forfaitaires

<i>Personnes</i>	Nombre
<i>Ne relevant pas de l'assurance maladie</i>	
<i>Femmes enceintes (assurance maternité)</i>	627 000
<i>Bénéficiaires de l'aide médicale d'État</i>	466 000
<i>Exemptées</i>	
<i>Enfants mineurs</i>	14 007 000
<i>Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire</i>	7 440 000
<i>Assurés relevant de la caisse de sécurité sociale de Mayotte</i>	217 000
<i>Assurés relevant du régime des entreprises minières et assimilées</i>	70 000
<i>Titulaires d'une pension militaire d'invalidité</i>	1 400
<i>Victimes de terrorisme</i>	Non connu
<i>Soumises aux participations et franchises</i>	
<i>Nombre total</i>	48 000 000
<i>Prestations</i>	en M€
<i>Actes et consultations relevant des franchises et participations</i>	
<i>Médicaments</i>	25 100
<i>Consultations médicales</i>	21 800
<i>Actes d'auxiliaires médicaux</i>	16 300
<i>Transports sanitaires</i>	6 300
<i>Analyses biologiques</i>	3 500
<i>Total dépenses relevant des franchises et participations</i>	73 000
<i>Exemptions</i>	
<i>Séjours à l'hôpital</i>	105 460
<i>Médico-social</i>	31 240
<i>Dispositifs médicaux</i>	8 980
<i>Dentistes</i>	4 470
<i>Actes et consultations des sages-femmes</i>	570
<i>Actes des pharmaciens d'officine</i>	160
<i>Risque sanitaire grave et exceptionnel</i>	pour mémoire
<i>Total dépenses exemptées</i>	150 880

Source : Cour des comptes à partir des données de l'assurance maladie, de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et des organismes concernés

3 - Un rendement significatif, fortement accru en 2024, dont l'effet sur le reste à charge moyen des ménages reste limité

Le rendement des deux dispositifs est resté stable de 2009 à 2020, aux alentours de 1,3 Md€ par an pour le régime général, qui représente plus de 90 % des montants remboursés. Il a augmenté en 2021 et en 2022 du fait des dépenses au titre de la pandémie de Covid. Le doublement des montants unitaires, intervenu en cours d'année, a conduit en 2024 à une hausse de rendement de 580 M€ (+ 40 %). En année pleine 2025, l'augmentation par rapport à 2023 atteint 820 M€ (+ 56 %), dont 470 M€ pour les participations et 350 M€ pour les franchises. Pour l'ensemble des régimes de base, le montant total en 2025 s'établit ainsi à 2,5 Md€, dont 2,29 Md€ pour le régime général.

**Tableau n° 24 : évolution du rendement pour le régime général
des participations forfaitaires et des franchises (en M€)**

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (p)
<i>Participations forfaitaires</i>	589	599	691	664	637	927	1 107
<i>Franchises</i>	798	775	810	832	833	1 127	1 183
Total	1 387	1 374	1 501	1 496	1 470	2 054	2 290

Source : Cour des comptes d'après les données de l'assurance maladie et de la DSS, régime général, France entière

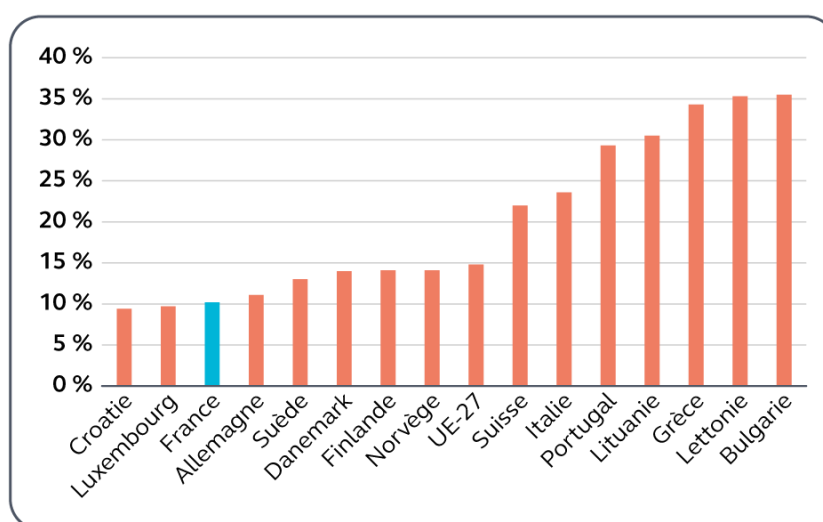
Les participations se répartissent par tiers entre consultations de médecins généralistes, de médecins spécialistes et de biologie. Les franchises relèvent à près de 80 % des médicaments. Depuis le doublement de 2024, leur coût moyen annuel par assuré est de 25 € (participations) et 27 € (franchises), contre 16 et 18 € précédemment.

Ce doublement a contribué en 2024 à une augmentation du reste à charge des patients, lequel s'élève désormais à 292 € en moyenne par habitant, en hausse de 5,8 % par rapport à 2023²²⁰. Le reste à charge diminuait depuis plus de dix ans principalement en raison de l'exonération de ticket modérateur au titre des affections de longue durée, en progression sous l'effet du vieillissement de la population. À cela s'est ajouté l'effet de l'application de nouvelles mesures comme celle du

²²⁰ DREES, *Dépenses de la santé 2024*, édition 2025.

100 % santé²²¹. Le taux de reste à charge en France demeure l'un des plus faibles des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), après la Croatie et le Luxembourg.

Graphique n° 16 : comparaison internationale de la part de la dépense courante de santé au sens international²²² restant à la charge des ménages en 2023 (en pourcentage)



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2024, mise en forme Cour des comptes

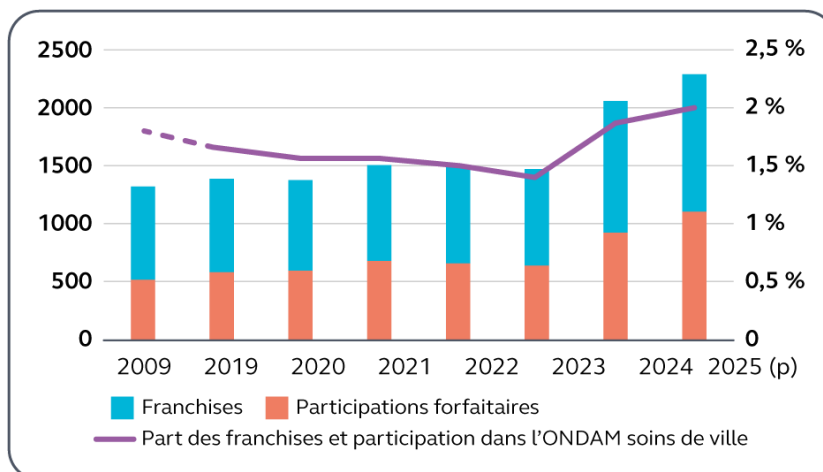
La part des franchises et participations rapportée à l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a diminué depuis leur création, passant de 0,9 % en 2009 à 0,6 % en 2023²²³. Le doublement de leurs montants en 2024 les a fait remonter à 0,8 % de l'ONDAM, soit un ratio proche de celui constaté à leur création. Au sein de l'ONDAM, les franchises et participations représentent un peu plus de 2 % des dépenses de soins de ville en 2024, sur lesquels portent ces dispositifs, soit autant qu'en 2009.

²²¹ Le 100 % Santé est une offre accessible à tous les Français bénéficiant d'une assurance complémentaire santé responsable ou de la complémentaire santé solidaire, grâce à laquelle leurs soins et équipements en audiologie, optique et dentaire, dans un panier déterminé, sont pris en charge à 100%.

²²² Agrégat défini par l'Organisation mondiale de la santé, l'OCDE et EUROSTAT pour comparer les comptes de santé à l'échelle internationale. Il intègre les dépenses liées à la consommation des biens et services médicaux, mais aussi à la gouvernance du système de santé et à la prévention.

²²³ Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2024, annexe n°1, rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale maladie 2025.

**Graphique n° 17 : évolution des franchises et participations (en M€)
et de leur part dans les dépenses remboursées de soins de ville (en %)**



Source : Cour des comptes d'après les données de l'assurance maladie et de la DSS – régime général, France entière

B - Des objectifs de rendement et de responsabilisation diversement atteints

Le rendement des participations et franchises n'est pas optimal et constitue une source d'inégalités entre assurés du fait des modalités de recouvrement. En outre, l'atteinte de l'objectif de responsabilisation n'est pas démontrée.

1 - Un rendement minoré par un recouvrement peu efficient

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ouvre trois voies de recouvrement : la récupération par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir, le paiement direct de l'assuré à l'organisme d'assurance maladie ou le prélèvement sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier. Cette possibilité n'a jamais été mise en œuvre, faute de décret d'application.

D'après une circulaire de mai 2009, le prélèvement sur les flux ultérieurs de prestations concerne l'ensemble des prestations, en nature comme en espèces, de la branche maladie. Toutefois, contrairement aux indus de prestations, les créances de franchises et participations des organismes du régime général ne bénéficient pas du mécanisme de fongibilité interbranches,

qui permet à un organisme des branches famille, vieillesse et maladie de demander le recouvrement de ses créances par compensation sur les prestations versées par une autre branche²²⁴.

Lorsque l'assuré bénéficie du tiers-payant²²⁵ et ne reçoit aucun versement de l'assurance maladie, ou des versements insuffisants par rapport aux sommes dues, l'assurance maladie communique à l'assuré un avis de sommes à payer annuel. Cette situation est devenue plus fréquente avec la montée en puissance du tiers-payant, qui représentait 62 % des actes pris en charge en 2023 contre 47 % en 2017. Or le recouvrement par avis de sommes à payer est peu efficient car, d'une part, les assurés ne peuvent pas être contraints à payer leurs dettes et, d'autre part, l'assurance maladie avait fixé des critères restrictifs pour leur envoi (cf. *infra*). On observe ainsi une baisse du taux de recouvrement, passé de 90 % pour la période 2010-2014 à 78 % pour la période 2020-2024²²⁶.

À la réception d'un avis de sommes à payer, trois modalités de paiement s'offrent à l'assuré : le chèque, le virement bancaire ou le paiement en ligne. Les deux premiers sont les plus utilisés mais le paiement en ligne progresse (38 % des paiements en 2025 contre 28 % en 2019). Lorsque, malgré ces différentes possibilités et après relances, l'assuré n'a pas payé les montants dus, la procédure en reste au stade amiable.

Les caisses de sécurité sociale ne peuvent pas recourir à la saisie administrative à tiers détenteur²²⁷ car elle ne peut être appliquée que par les comptables publics. Elles disposent de la possibilité de procéder au recouvrement sous contrainte²²⁸ mais celui-ci ne s'applique qu'aux cotisations ou aux indus, non aux franchises et participations. En l'état actuel des textes, un recouvrement forcé de ces dernières supposerait une décision de justice et une procédure d'injonction de payer, plus coûteuses que le montant à recouvrer. Aussi, lorsqu'une créance de franchise ou de participation n'est pas soldée à l'expiration du délai de prescription de cinq ans, elle est automatiquement annulée. Le montant des participations forfaitaires et franchises prescrites a quasiment doublé entre 2019 et 2024, passant de 68 M€ à 119 M€.

²²⁴ En revanche, les caisses de mutualité sociale agricole, étant un guichet unique, peuvent récupérer les créances de franchises et participations sur un périmètre plus large que celles de l'assurance maladie, incluant les prestations de retraite, en application de la compensation légale de droit commun des articles 1347 et suivants du code civil.

²²⁵ Le tiers-payant consiste pour l'assurance maladie à payer directement un professionnel de santé sans avance de frais par l'assuré.

²²⁶ Données assurance maladie, 2025.

²²⁷ À ce titre, le comptable public peut, sur simple demande, obliger un tiers à lui verser les fonds dont il est dépositaire, détenteur ou débiteur à l'égard d'un redevable.

²²⁸ La contrainte est un titre exécutoire (art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale) par lequel un organisme de sécurité sociale peut poursuivre le recouvrement forcé de ses créances.

En outre, l'assurance maladie a appliqué des règles restrictives pour l'envoi des avis de sommes à payer, en dehors de tout cadre juridique. Pour émettre un avis, elle a fixé un plancher de 50 € et un plafond²²⁹ de 150 €, relevé à 200 € depuis juillet 2024. Elle n'a pas appliqué ce mode de recouvrement aux assurés de plus de 80 ans, soit au maximum 4,2 millions de redevables potentiels, et un manque à gagner compris entre 200 et 250 M€ selon l'estimation de la CNAM. Il existe, enfin, une limitation technique à l'envoi de plus de 250 plis postaux ou numériques par jour ouvré et par caisse primaire d'assurance maladie. La Cour a déjà relevé que l'application de ces critères restrictifs conduisait à exclure une part importante des créances et à reporter sur l'exercice suivant une autre part des sommes dues, avec un risque accru de non-recouvrement²³⁰.

Pour améliorer l'efficacité du dispositif, l'assurance maladie a décidé en décembre 2025 de supprimer le critère d'âge de 80 ans et d'abaisser le plancher des avis de paiement à 40 €. Elle envisage, en 2026, d'en augmenter le plafond à 300 €. L'ensemble de ces mesures devrait permettre au moins 600 M€ de rendement supplémentaire²³¹.

2 - Un effet de responsabilisation non démontré, qui pâtit de la faible lisibilité des dispositifs

La logique de responsabilisation des assurés a longtemps reposé principalement sur le ticket modérateur, qui existe depuis la création de la sécurité sociale²³². Les franchises et participations s'en distinguent par le fait que les complémentaires santé²³³ ne peuvent pas les rembourser dans

²²⁹ Concernant les assurés ayant plusieurs années de franchises et participations à payer, notamment du fait de l'arrêt des recouvrements durant la crise sanitaire.

²³⁰ « La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre IX.

²³¹ L'abaissement du plancher et l'augmentation du plafond devraient concerner respectivement 1,5 million et 1 million d'assurés supplémentaires, pour des montants respectifs de près de 70 M€ et de près de 300 M€, d'après l'estimation de la CNAM.

²³² Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé qui n'est pas prise en charge par la sécurité sociale.

²³³ Qui peuvent être des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des assureurs.

le cadre des contrats responsables et solidaires²³⁴ ; elles pèsent donc directement sur les consommateurs de soins, dans l'objectif de les responsabiliser, objectif dont l'atteinte effective est difficile à démontrer.

Une faible évaluation des effets de responsabilisation

La démonstration chiffrée d'un effet de responsabilisation par le prix apparaît complexe car elle nécessite d'étudier quelle aurait été la consommation de soins en l'absence de mise en œuvre des mesures. Or d'autres effets influent sur cette consommation, comme le vieillissement de la population ou l'éventuelle modification des pratiques de prescription des professionnels de santé.

Quelques études internationales²³⁵ ont cherché à évaluer la sensibilité aux prix de la consommation des biens de santé. Elle apparaît modérée en général, plus marquée pour les personnes les plus précaires, et s'appliquant sans distinction entre les soins selon qu'ils sont considérés comme nécessaires ou accessoires.

La littérature française en la matière reste limitée : une étude de la DREES en 2005²³⁶ conclut que les comportements de consommation de soins dépendent avant tout de l'état de santé et du profil socio-économique, davantage que du prix direct supporté par l'assuré.

Dans une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé de 2010²³⁷, seuls 12 % des répondants indiquaient avoir modifié leurs comportements à la suite de l'instauration des franchises médicales.

De fait, la consommation des biens et actes concernés n'a pas diminué avec la hausse du montant des franchises et participations en 2024. Le nombre de boîtes de médicaments délivrées a augmenté de 200 millions

²³⁴ Les contrats responsables et solidaires représentent 98 % des contrats d'assurance maladie complémentaire. Ils peuvent être souscrits par l'employeur ou par l'assuré s'il n'est pas couvert par une complémentaire santé d'entreprise, et doivent respecter un cahier des charges : la complémentaire doit prendre en charge intégralement le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les équipements optiques, dentaires et d'aides auditives du panier 100 % santé, mais pas les franchises, les participations forfaitaires, ni les majorations liées au non-respect du parcours de soins.

²³⁵ Pauly (1968), Ehrlich et Becker (1972), Feldstein (1973), *Rand health insurance experiment* (1982).

²³⁶ D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats* n°378, 2005.

²³⁷ B. Chopin et M. Perronnin, *Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?*, 2010.

malgré le doublement du montant unitaire de la franchise intervenu en cours d'année²³⁸, pour atteindre 2,4 milliards en fin d'année.

L'augmentation des dépenses de santé est, en effet, essentiellement liée aux hausses de prix des médicaments innovants prescrits et à l'augmentation du volume des consultations et des consommations résultant de prescriptions par des professionnels de santé²³⁹ ou rendues nécessaires par des maladies graves ou dans le cadre de campagnes nationales de prévention. Les effets volume dus à une consommation de soins à l'initiative des assurés apparaissent limités en comparaison, hormis pour les transports sanitaires.

En outre, les assurés ne disposent pas d'une information claire et compréhensible sur les coûts ainsi mis à leur charge. Le site AMELI de l'assurance maladie présente certes de façon didactique le fonctionnement général de ces dispositifs et de nombreuses informations utiles²⁴⁰. Toutefois, l'assuré n'est pas informé de ce qu'il doit prendre en charge au moment de sa consommation de soins ou de sa consultation. Pour disposer de l'information, il doit consulter *a posteriori* ses relevés de remboursement, reçus par courrier ou déposés sur son espace AMELI lorsqu'il en dispose²⁴¹. L'assurance maladie travaille à améliorer cet espace pour permettre davantage de lisibilité de ces dispositifs²⁴².

Toutefois, l'information fournie par ces relevés n'est pas, aujourd'hui, aisément compréhensible. Pour un soin sans tiers-payant, la franchise ou la participation apparaît sous le remboursement concerné dans le relevé mensuel de l'assuré. Dans le cas contraire, elle apparaît sur le relevé pour information, avec un astérisque indiquant qu'elle sera prélevée sur un remboursement ultérieur, où elle viendra en soustraction, sans rattachement à l'acte qui l'a déclenchée.

Lorsque l'assuré reçoit un avis de sommes à payer, celui-ci mentionne un montant total de créances restant dues, parfois au titre de plusieurs années, ce qui en complexifie la lecture. Un récapitulatif de

²³⁸ Open medic : base complète sur les dépenses de médicaments - 2014 à 2024 [l'assurance maladie]

²³⁹ En France, 78 % des consultations chez le médecin généraliste se concluent par une prescription médicale, contre 53 % au Royaume-Uni ou 30 % en Suède. DREES, « Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques », *Les dépenses de santé en 2023*, édition 2024.

²⁴⁰ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-2-euros>, <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale>.

²⁴¹ 84 % des assurés majeurs disposent d'un tel compte.

²⁴² Le rapport *Charges et produits* de l'assurance maladie de juillet 2025 invitait à une « intensification de l'information des assurés ».

l'ensemble des participations et franchises correspondant à ces créances est annexé au courrier, sans toutefois indiquer le nombre de remboursements des actes ou produits concernés, ni leurs montants.

Enfin, un relevé de compteur des franchises et participations, alimenté au fil de l'eau, est accessible sur l'espace AMELI de chaque assuré. Il permet notamment de suivre l'atteinte des plafonds annuels.

Les patients polypathologiques avec des prescriptions, examens ou analyses fréquents, souvent pris en charge en tiers-payant, sont particulièrement concernés par la faible lisibilité de ces dispositifs et sollicitent fréquemment les services de l'assurance maladie²⁴³. Les principaux motifs de sollicitation identifiés sont l'incompréhension d'assurés en affection de longue durée qui pensaient être exonérés, des interrogations sur le sens du plafond annuel de 50 € lorsque des montants sont prélevés au titre de l'année précédente en sus de ceux de l'année en cours, ou des difficultés financières liées au prélèvement en une fois d'une créance sur le remboursement d'un acte coûteux.

II - Sous condition de préserver l'accès à la santé, une refonte souhaitable pour plus de simplicité et d'efficacité

L'optimisation à court terme des dispositifs de participations et franchises ne peut s'envisager sans prendre en compte le risque de renoncement aux soins et le souci d'équité envers les assurés aux revenus modestes. À moyen terme, il est aussi possible d'envisager leur transformation afin de les rendre plus lisibles et d'en améliorer le rendement.

²⁴³ 39 000 rendez-vous et accueils en libre-service de caisses primaires et près de 400 000 appels téléphoniques entre août 2024 et juillet 2025, soit respectivement 1 % et 1,4 % des sollicitations. L'assurance maladie précise que ces demandes sont résolues en premier niveau à 93 %. Pour sa part, France asso santé a observé cinq fois plus d'appels sur sa ligne « santé info droits » depuis la hausse du coût de 2024 (145 sur 9 000 appels, soit 1,6 %).

A - La préservation de l'accès à la santé, condition nécessaire pour toute évolution

Les évolutions pouvant être envisagées pour augmenter le rendement de ces dispositifs ne doivent pas remettre en cause le principe à valeur constitutionnelle d'accès de tous à la santé.

1 - Des projets de réévaluation de ces dispositifs pour en augmenter le rendement

L'augmentation du montant des franchises et des participations semble contradictoire avec la levée des freins financiers à la santé qui a prévalu ces dernières années et a conduit au développement du tiers-payant ou du panier 100 % santé.

Pour autant, dans un contexte de fort déficit de l'assurance maladie, et alors que leurs niveaux restent limités par rapport à ce que d'autres pays pratiquent (cf. *infra*), ces dispositifs constituent un levier d'atténuation des dépenses.

Le doublement des franchises et participations opéré en 2024 correspond à une forme de rattrapage par rapport à l'inflation et à la dynamique des dépenses d'assurance maladie, après quinze ans sans évolution. Les projets présentés par le Gouvernement, bien que rejetés par le Parlement à l'automne 2025, témoignent d'une volonté d'accroître la participation des patients au financement des dépenses de soins.

Évolutions prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Le gouvernement a présenté en 2025 plusieurs pistes d'évolution des franchises et participations visant à « *responsabiliser les patients pour que le coût de la santé soit plus concret pour nos concitoyens* »²⁴⁴.

Des projets de décrets ont été présentés aux conseils des caisses nationales à l'été 2025, prévoyant un doublement des montants unitaires et des plafonds journaliers et annuels, pour des atténuations de dépenses estimées à 2,3 Md€ en année pleine (1,1 Md€ au titre des franchises et 1,2 Md€ au titre des participations), soit un doublement du rendement total.

²⁴⁴ Premier ministre, conférence de presse du gouvernement relative aux grandes orientations du budget pour 2026, le 15 juillet 2025.

En outre, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoyait plusieurs dispositions pour élargir le périmètre d'application de ces dispositifs : extension aux consultations et actes des chirurgiens-dentistes (gain estimé à 300 M€ en année pleine pour une participation de 4 € et un plafond annuel de 100 €), application de la franchise aux dispositifs médicaux (qui auraient intégré le plafond annuel de la franchise des médicaments et des actes paramédicaux), création d'un nouveau plafond distinct pour la franchise relative aux transports sanitaires. L'effet cumulé de ces deux dernières mesures était estimé à 300 M€ par an, avec un plafond de 50 € pour les transports sanitaires, 400 M€ s'il était fixé à 100 €. L'ouverture d'une nouvelle modalité de recouvrement était également prévue pour les produits et prestations pris en charge en tiers-payant : l'assuré devait acquitter la franchise ou la participation au professionnel de santé, à charge pour ce dernier de reverser le produit à l'assurance maladie, ce qui est qualifié de paiement au comptoir²⁴⁵. Cette mesure devait permettre une meilleure prise de conscience par les assurés du coût de la santé et améliorer le taux de recouvrement en diminuant les émissions d'avis de sommes à payer, pour un gain estimé à plus de 160 M€.

Aucune de ces dispositions n'a finalement été adoptée par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et le gouvernement a indiqué qu'il ne publierait pas les décrets envisagés sans consultation du Parlement.

2 - La nécessaire prise en compte du principe d'accès aux soins

Toute évolution des montants de ces dispositifs doit être analysée en mesurant leurs effets sur l'accès aux soins, particulièrement des personnes les plus précaires, et à l'aune de la responsabilisation limitée qu'ils induisent. À titre d'exemple, à la suite du doublement de 2024, les assurés en affection de longue durée paient désormais 78 € en moyenne de franchises et participations par an, contre 41 € pour les autres ; près d'un tiers des assurés qui saturent les plafonds sont âgés de plus de 68 ans. Une récente étude de la DREES²⁴⁶ a démontré que, pour un même rendement, l'augmentation du plafond annuel de franchises était plus coûteuse pour les ménages les plus âgés et en mauvaise santé qu'une simple augmentation du montant unitaire car ils atteignent plus souvent le plafond annuel. Une augmentation simultanée des montants et des

²⁴⁵ Outre les importantes adaptations des systèmes d'information et des procédures comptables qu'une telle mesure impliquerait, certains professionnels évoquaient le risque d'un moindre recours au tiers payant, pouvant se traduire par un recul de l'accès aux soins.

²⁴⁶ A. Fauchon, O. Bonnet, DREES, *Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? Évaluation des effets d'une hausse des tickets modérateurs, des franchises et des participations forfaitaires sur les coûts supportés par les ménages, selon le niveau de vie, l'état de santé et l'âge*, février 2026.

plafonds aurait un impact deux fois plus lourd sur les ménages en mauvaise santé que sur ceux en bonne santé.

Au-delà de l'âge et des maladies chroniques, l'étude précitée de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé confirmait une plus grande sensibilité aux prix pour les personnes aux revenus inférieurs, avec un risque plus élevé de renoncement aux soins. En 2023, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des examens ou traitements médicaux (hors soins dentaires) dont elles avaient besoin s'élève à 3,2 % pour les 20 % les plus modestes, soit 1,4 point de plus que pour l'ensemble de la population²⁴⁷.

La part des restes à charge et des primes d'assurance versées aux complémentaires santé varie selon les revenus. Elle s'établit en moyenne à 4,5 % mais atteint plus de 5,5 % pour le premier décile, donc pour les revenus les plus bas, contre 2,6 % pour le dernier, correspondant aux revenus les plus élevés²⁴⁸. Les taux d'effort les plus importants concernent des ménages modestes ayant peu recours à la complémentaire santé solidaire (C2S) à laquelle ils auraient pourtant droit et qui les exempterait de franchises et de participations²⁴⁹ : le taux de non recours de la C2S atteint 31 % pour sa version gratuite et 66 % pour sa version participative²⁵⁰. L'étude de la DREES précitée relève que les 20 % de ménages les plus modestes verraient leur taux d'effort progresser plus fortement que celui des ménages les plus aisés en cas d'augmentation du montant des franchises et participations.

Les renoncements aux soins des assurés à faible revenu ne sont pas seulement dues à des motivations économiques : diverses études ont démontré que ces assurés ne se déclarent pas toujours malades quand ils le sont et entament plus tardivement leur parcours de soins, avec en définitive un coût plus élevé pour la sécurité sociale.

Or l'accès à la santé est un principe de valeur constitutionnelle. Toute réforme doit veiller à ce qu'il soit préservé. Le Conseil constitutionnel, comme le Conseil d'État²⁵¹, y compris après le doublement

²⁴⁷ Études précitées *supra* et projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de 2024, annexe *rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale maladie*.

²⁴⁸ *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexe 1 – Maladie*, 2024.

²⁴⁹ DREES, *Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes*, juillet 2025.

²⁵⁰ DSS, *Rapport annuel 2024 sur la C2S*, 2024, données reprises d'une estimation de 2021.

²⁵¹ Décisions précitées du Conseil constitutionnel dans lesquelles il considère que « le montant [de la participation et de la franchise] et le niveau des plafonds devront être fixés de façon telle que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 », et décision n° 493450 du Conseil d'État, 25 février 2025, faisant suite à une précédente décision du 6 mai 2009.

des montants des franchises et participations en 2024, ont souligné qu'au regard de l'exigence d'accès aux soins, ces dispositifs restaient justifiés en raison de leur faible montant et de l'existence d'exemptions et de plafonds.

B - Consolider les franchises et participations pour plus de simplicité, d'équité et de rendement

Les franchises et les participations, pour imparfaites qu'elles soient, sont nécessaires au rééquilibrage des comptes de la branche maladie, dans un contexte financier dégradé. La Cour préconise de les conforter et d'en gommer certains effets indésirables.

1 - Des évolutions paramétriques à adopter à court terme pour améliorer le rendement et l'équité

En premier lieu, il est nécessaire d'améliorer l'efficacité du recouvrement pour en optimiser les résultats et en diminuer les coûts. L'objectif doit être aussi de rétablir une égalité de traitement entre les assurés qui bénéficient peu du tiers-payant et sont directement prélevés sur leurs remboursements, et ceux qui en bénéficient et peuvent ne jamais payer leurs dettes après réception d'un avis de sommes à payer. Pour ce faire, plusieurs mesures pourraient être prises.

Le plancher en-dessous duquel les avis de sommes à payer ne sont pas envoyés pourrait être abaissé, sans atteindre le niveau où le coût d'envoi deviendrait supérieur aux montants concernés. Dans le même ordre d'idées, les limitations journalières d'édition des avis de sommes à payer pourraient être supprimées afin d'accélérer le recouvrement.

Un décret pourrait être pris afin de permettre des prélèvements sur le compte bancaire de l'assuré avec son accord, après transmission de ses coordonnées bancaires²⁵². Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire partielle paient déjà leur contribution selon un tel dispositif. L'application de la mesure nécessiterait toutefois une adaptation préalable des systèmes d'information des caisses et une communication renforcée auprès des assurés²⁵³.

Les procédures existant pour les indus de prestations pourraient être étendues aux franchises et participations, telles que le recouvrement par

²⁵² Cette transmission est déjà requise pour toute nouvelle affiliation à la sécurité sociale.

²⁵³ À plus long terme, ce prélèvement pourrait utilement s'appuyer sur les nouvelles technologies de paiement.

contrainte – sous réserve que les frais de gestion afférents ne soient pas disproportionnés par rapport aux sommes recouvrées. Le recouvrement interbranches, qui nécessiterait l'adoption d'une mesure législative l'autorisant, pourrait être mis en œuvre après une étude de faisabilité technique auprès des différentes caisses et un effort de communication auprès des assurés.

Chacune de ces mesures peut être prise indépendamment des autres. L'amélioration du recouvrement qui découlerait de leur cumul rapporterait entre 0,5 Md€ et 1 Md€ à l'assurance maladie²⁵⁴.

En deuxième lieu, l'assiette des dispositifs pourrait être élargie, en supprimant certaines exemptions non justifiées, comme celles relatives à des catégories d'assurés (résidents à Mayotte²⁵⁵ et affiliés du régime des industries minières). En revanche, il serait justifié de maintenir les exemptions pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'État, dont les plafonds de ressources sont identiques, ainsi que pour les enfants mineurs ou les femmes enceintes.

À l'inverse, la Cour préconise de maintenir dans le périmètre des franchises et participations les assurés reconnus en affection de longue durée, du fait qu'ils sont exonérés du ticket modérateur au titre de cette affection, et que l'assurance maladie couvre en moyenne 91 % de leurs dépenses de soins, contre 66 % pour les autres assurés²⁵⁶.

Le champ des participations forfaitaires pourrait en outre être étendu aux consultations de dentistes²⁵⁷ et de sages-femmes (hors femmes enceintes du premier jour du 6^{ème} mois au 12^{ème} jour après l'accouchement) ainsi qu'aux dispositifs médicaux. Le décret d'application concernant l'intégration des prestations des pharmaciens d'officine dans le périmètre des franchises devrait également être pris. Cette extension de périmètre pourrait permettre plus de 600 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires²⁵⁸.

En troisième lieu, la lisibilité du dispositif pourrait être améliorée. L'ensemble des exemptions d'assurés et d'actes serait rassemblé dans un

²⁵⁴ Cour des comptes, chapitre sur les indus du *RALFSS 2025*, *op. cit.*

²⁵⁵ Sous réserve d'une étude sur les conséquences concrètes d'une telle extension au regard de l'offre de soins locale.

²⁵⁶ Inspection générale des affaires sociales, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée - Pour un dispositif plus efficient et équitable*, septembre 2024.

²⁵⁷ Voir dans ce rapport le chapitre VI, « Les soins dentaires : des réformes aux effets incertains, un pilotage à renforcer ».

²⁵⁸ Dont au moins 300 M€ pour les dentistes (source : projet de loi de financement de la sécurité sociale 2026 si la participation forfaitaire était fixée à 4 €) et 300 M€ pour les dispositifs médicaux (même source, si la franchise était fixée à 2 €).

même titre du code de la sécurité sociale. Les modes de calcul des plafonds seraient unifiés selon une règle de montant et non plus de nombre d'actes comme c'est aujourd'hui le cas pour les participations forfaitaires. Un décret serait requis pour fixer tous les montants unitaires et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n'aurait plus de pouvoir de décision à ce sujet.

L'assurance maladie a déjà engagé des travaux pour améliorer l'information des assurés²⁵⁹. En complément, le relevé annuel de prestations, mis à disposition en juin de l'année n+1 sur le compte AMELI, pourrait indiquer les montants de franchises et de participations versés, en miroir de ces prestations.

2 - Des transformations structurelles à moyen terme pour plus de simplicité et d'équité

Dès lors que les franchises et participations deviendraient un véritable outil de participation des patients au financement de l'assurance maladie, leur modèle, au-delà des évolutions paramétriques évoquées ci-dessus, pourrait évoluer vers davantage de simplicité et d'équité.

Plusieurs pistes pourraient être étudiées en ce sens. La première serait la fusion des deux dispositifs en un seul, qui pourrait être dénommé « franchise médicale »²⁶⁰. L'emploi d'un terme unique serait plus clair et la référence à la logique assurantielle, bien connue des assurés dans leur vie quotidienne, plus compréhensible. Il serait facilement explicable que la prise en charge de l'assurance maladie n'intervienne qu'après application d'une franchise systématiquement déduite du montant à rembourser.

Cette fusion permettrait de faire évoluer le dispositif en l'appliquant non plus à l'acte ou au produit concerné mais à la consultation du professionnel de santé. Ainsi, la franchise ne s'appliquerait plus à la boîte de médicaments, mais à l'acte de dispensation par un pharmacien. Cela permettrait de réduire le risque que certains assurés choisissent, pour minorer le montant dû, de ne pas prendre tous les médicaments prescrits.

Le montant de cette franchise unique et ses plafonds journalier et annuel seraient à fixer à un niveau permettant des atténuations de dépenses supérieures à celles actuellement appliquées. L'assurance maladie a chiffré

²⁵⁹ Nouveau modèle d'avis de sommes à payer en cours de conception pour présenter une dette consolidée.

²⁶⁰ La confusion entre les appellations de « franchise » et « participation » est entretenue depuis l'exposé des motifs de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui vise indifféremment ces deux termes.

à 0,7 Md€ d'atténuations de dépenses supplémentaires l'effet de la mise en place d'un plafond unique de 150 € au lieu des deux plafonds actuels de 50 € chacun pour les participations et les franchises²⁶¹. Il faudrait également harmoniser les montants unitaires perçus. La fixation de ces montants et plafonds devrait tenir compte des enjeux de redistribution entre assurés, notamment pour les malades chroniques qui seraient moins protégés.

Ce scénario présente plusieurs avantages : étant davantage visible car unique et automatique, une telle franchise permettrait une meilleure prise de conscience par les assurés du coût de leur consommation de santé ; tout en limitant le risque de renoncement aux soins en s'appliquant à une assiette plus large.

Toutefois, sa mise en œuvre supposerait au préalable une simulation fine des effets de transfert entre assurés et la définition des modifications nécessaires du système d'information de l'assurance maladie. Ce changement de logique devrait aussi être accompagné d'une communication pédagogique auprès des assurés et des prescripteurs.

Une deuxième piste consisterait en la prise en compte des revenus des assurés, comme cela existe dans d'autres pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

La participation financière des patients à leurs soins dans les pays européens

Parmi sept pays de l'OCDE ayant des systèmes de santé proches de la France, tous prévoient une contribution financière des patients, sous forme :

- d'une franchise forfaitaire en Autriche (7,55 € par boîte de médicaments ou par transport sanitaire, à laquelle s'ajoute une contribution forfaitaire annuelle, sans lien avec la consommation de soins de 25 €), en Belgique (sous le nom de « ticket modérateur », qui correspond en fait à une participation), aux Pays-Bas (participation de 250 € annuels pour les médicaments, 64 € pour des lentilles, et 385 € de franchise annuelle pour les soins) ;

²⁶¹ Inspection générale des affaires sociales, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – Pour un dispositif plus efficient et équitable*, juin 2024.

- d'une franchise en pourcentage du coût comme en Espagne (copaiement, notamment pour les médicaments) ou en Suède ;
- d'un pourcentage du coût et d'une franchise en Suisse (300 francs suisses - environ 320 € - par an, plus une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise) et en Allemagne (10 % du coût pour les soins orthopédiques ou orthophonistes, en plus d'un forfait de 10 € par prescription ; idem pour les transports sanitaires et les médicaments, en plus d'une franchise entre 5 et 10 €).

Certains pays modulent cette contribution selon les revenus : l'Autriche limite son forfait médicaments à 2 % du revenu net annuel ; la Belgique fait varier le maximum à facturer selon les revenus ; l'Espagne module à la fois le taux et le plafond de son copaiement. La Suisse permet, en échange d'une réduction de la prime d'assurance obligatoire, d'opter pour une franchise plus importante allant jusqu'à 2 500 francs suisses, soit environ 2 700 €, au lieu de 300 francs suisses. Tous appliquent des exceptions, liées à la précarité (revenus, minimums sociaux, réfugiés), à la situation de l'assuré (handicap, maternité, maladies chroniques) ou aux types de soins concernés. Les rares pays qui exemptaient les retraités de cette participation financière y renoncent progressivement (Autriche, Espagne).

Plusieurs modalités de paiement existent, principalement auprès du professionnel (forfait en Autriche, ticket modérateur en Belgique et en Suède), mais également au moyen de prélèvements, y compris sur les revenus (Autriche, Pays-Bas) ou sur les remboursements (Autriche pour certains soins).

S'il était décidé d'augmenter le plafond des franchises et participations, cette hausse pourrait être atténuée de deux façons.

Tout d'abord, l'exemption des assurés ayant droit à la complémentaire santé solidaire (C2S) pourrait être élargie à ceux qui en remplissent les conditions sans en être actuellement bénéficiaires. Un tel élargissement permettrait de contourner les situations de non-recours.

En outre, une nouvelle catégorie d'assurés pourrait être créée, aux revenus supérieurs à ceux ouvrant droit à la C2S mais inférieurs à un seuil à définir. Les futures hausses du plafond des franchises et participations ne s'appliqueraient pas à eux, sauf éventuellement pour la prise en compte de l'inflation.

Au total, en cas de hausse de ce plafond afin d'augmenter les recettes de la sécurité sociale, ces règles d'atténuation limiteraient le risque de renoncement aux soins, donc préserveraient l'accès à la santé et permettraient de mieux sécuriser juridiquement la réforme.

Toutefois, pour mettre en œuvre une telle réforme, l'assurance maladie devrait être en mesure de connaître et d'actualiser les ressources des trois catégories d'assurés ainsi créées. Pour les bénéficiaires de la C2S, elle utilise le dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM)²⁶², qui ne couvre pas les revenus des travailleurs indépendants. Le coût et les délais de ce chantier concernant les systèmes d'information devraient donc être analysés au préalable.

²⁶² Le DRM, utilisé pour les demandes de C2S depuis 2022, permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement auprès d'autres administrations ou organismes des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée, des pensions de retraite et allocation chômage, ainsi que des aides et prestations sociales versées aux assurés, sans que ceux-ci doivent en faire la déclaration.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le dispositif des franchises et des participations, complexe et peu compréhensible pour les assurés, poursuit un objectif de responsabilisation incertain et présente un risque de renoncement aux soins pour les plus précaires. Il constitue toutefois un levier important d'atténuation des dépenses de l'assurance maladie, qui peut être amélioré.

Un premier niveau d'amélioration concerne le recouvrement, en adoptant le prélèvement sur compte bancaire et en autorisant les modalités de contraintes déjà utilisées pour les indus de prestations. Un volume d'au moins 500 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires pourrait en résulter. Le périmètre des franchises et participations pourrait être élargi, en intégrant certains assurés exemptés et en assujettissant certains actes et produits, ce qui représenterait plus de 600 M€ d'atténuations de dépenses supplémentaires. Le cadre juridique pourrait enfin être simplifié afin de permettre une meilleure information des assurés.

Un deuxième niveau d'amélioration consisterait à revoir à terme la structure de ces dispositifs. Plusieurs pistes seraient à étudier, comme leur fusion en une franchise unique, exigible pour toute visite chez un professionnel de santé, et non plus par acte ou par produit, avec un seul montant unitaire, un seul plafond journalier et un seul plafond annuel. Une autre piste, qui peut être complémentaire, serait la différenciation des plafonds, donc du reste à charge, au profit des assurés modestes mais non-exemptés au titre de la complémentaire santé solidaire.

Les évolutions structurelles de moyen terme supposent au préalable d'analyser finement leur impact et leurs conditions de mise en œuvre, notamment pour les systèmes d'information de la caisse nationale de l'assurance maladie. Concernant les évolutions de court terme, la Cour formule à l'attention du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées les recommandations suivantes, à mettre en œuvre en perspective du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale :

- 8. mettre en œuvre le prélèvement des franchises et des participations sur le compte bancaire des assurés ;*
 - 9. élargir aux franchises et aux participations la procédure de recouvrement par contrainte des indus de prestations ;*
 - 10. élargir le périmètre des franchises et des participations aux dispositifs médicaux, aux actes et consultations des dentistes, sage-femmes et pharmaciens d'officine, ainsi qu'aux assurés résidant à Mayotte et à ceux relevant du régime des industries minières.*
-