



DOUBLEMENT DES PLAFONDS DES FRANCHISES ET PARTICIPATIONS FORFAITAIRES :

***Qui sont les patients structurellement
concernés ?***

26 Juillet 2026

Sommaire

I. UN DOUBLEMENT QUI DOIT ETRE NOMME CLAIREMENT : DE 100 € A 200 € PAR AN	3
II. CE QUE LES CHIFFRES OFFICIELS MONTRENT DEJA : UN DISPOSITIF QUI PESE SUR LES PLUS GROS CONSOMMATEURS DE SOINS	4
III. LES SEUILS DE CONSOMMATION : UNE CONTRAINTE MECANIQUE, PAS UN CHOIX	5
LA DEMONSTRATION POUR 3 PATHOLOGIES LOURDES	6
IV. COMBIEN DE PATIENTS SONT-ILS REELLEMENT CONCERNES ?	8
V. UN PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE CONVERGENT, FRAGILE ET CAPTIF	8
VI. RENONCEMENT AUX SOINS ET RENDEMENT NET : LA DECOMPENSATION HOSPITALIERE ANNULE L'ECONOMIE ESCOMPTEE	9
MODELISATION SELON DEUX SCENARIOS D'IMPACT	9
CONCLUSION	10
BIBLIOGRAPHIE.....	10

Qui sont les patients structurellement concernés ?

L'objectif de cette étude d'impact est d'analyser, avant publication des décrets annoncés le 23 juillet 2026, le profil des patients qui seront mécaniquement exposés à l'atteinte du nouveau plafond, le risque de renoncement aux soins qui en résulte, ainsi que l'efficacité économique de ces mesures.

I. Un doublement qui doit être nommé clairement : de 100 € à 200 € par an

Le 23 juillet 2026, la ministre de la Santé a confirmé la préparation de décrets doublant, non pas les montants payés à chaque soin (restés inchangés¹), mais les deux plafonds annuels qui limitent le reste à charge lié aux franchises et participations forfaitaires.

Il existe aujourd'hui deux dispositifs distincts, chacun plafonné séparément à 50 € par an et par assuré.

Dispositif	Plafond actuel	Plafond après décret	Ce qu'il finance
Participations forfaitaires	50 €/an	100 €/an	2 € par consultation médicale, acte de radiologie ou analyse de biologie
Franchises médicales	50 €/an	100 €/an	1 € par boîte de médicament ou acte paramédical, 4 € par transport sanitaire
TOTAL cumulé	100 €/an	200 €/an	Reste à charge maximal théorique lié à ces deux seuls dispositifs

Source : Cour des comptes, RALFSS 2026, chapitre V ; Annonces ministérielles les 23 et 24 juillet 2026.

Sur le plan pédagogique et comptable, il s'agit donc d'un doublement croisé : le plafond des franchises double (50 € → 100 €) et, indépendamment, celui des participations double aussi (50 € → 100 €).

L'effet cumulé pour un même assuré est donc un doublement du reste à charge maximal possible sur ces deux dispositifs, qui passe de 100 € à 200 € par an. Ce montant s'ajoute au ticket modérateur et aux dépassements d'honoraires, qui restent dus par ailleurs.

¹ Pour mémoire, ces montants avaient déjà été doublés une première fois en 2024 (participation : 1 € → 2 € ; franchise médicament : 0,50 € → 1 €), sans que les plafonds annuels n'évoluent alors. C'est cette fois-ci le plafond lui-même - c'est-à-dire la durée pendant laquelle un patient continue de payer dans l'année - qui est visé.

II. Ce que les chiffres officiels montrent déjà : un dispositif qui pèse sur les plus gros consommateurs de soins

Avant même tout nouveau relèvement, les données de la Cour des comptes et de la Drees établissent que l'ancien plafond de 100 € (50 + 50) est déjà largement saturé par les patients les plus lourds - ce qui doit alerter sur ce que produira son doublement.

Le tableau ci-dessous montre qu'un tiers des plus de 68 ans sont déjà en 2024 au plafond des 100 euros, que les patients en ALD paient en moyenne deux fois plus de franchises et participations que les autres et que 48 millions de personnes sont soumis aux franchises et participation.

Indicateur	Valeur
Franchises + participations payées en moyenne par un patient en ALD	78 €/an
Franchises + participations payées en moyenne par un assuré hors ALD	41 €/an
Assurés qui atteignent la tranche 46-50 € de franchise (quasi-plafond)	33 %
Assurés qui atteignent la tranche quasi-plafond de participation	21 %
Part des assurés saturant les plafonds âgés de plus de 68 ans	≈ 1/3
Assurés soumis aux franchises et participations (total)	48 M

Source : Cour des comptes – RALFSS 2026

Un patient ALD s'acquitte déjà, en moyenne, de 78 € sur les 100 € de plafond actuel - soit 78 % du Plafond - contre 41 € pour un assuré hors ALD. Les patients en ALD représentent un quart des assujettis alors qu'ils constituent 20 % de la population globale, illustrant une surreprésentation structurelle.

Le doublement du plafond est la mesure paramétrique la plus lourde pour les patients en ALD.

Elle augmente le coût sur un nombre plus restreint de personnes (les plus âgées et les plus malades) par rapport à la hausse unitaire des franchises et participations, comme le rappelle la Cour des Comptes.

« Une augmentation simultanée des montants et des plafonds aurait un impact deux fois plus lourd sur les ménages en mauvaise santé que sur ceux en bonne santé. » - et pour les seuls plafonds : leur hausse « est 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. »

Source : A. Fauchon, O. Bonnet, Drees, Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? février 2026 — citée in Cour des comptes, RALFSS 2026.

III. Les seuils de consommation : une contrainte mécanique, pas un choix

La franchise sur les médicaments n'est pas plafonnée quotidiennement, chaque boîte délivrée dans l'année s'accumule au titre du plafond annuel.

Au tarif de 1 €/boîte en vigueur depuis 2024, il suffit donc de 50 boîtes remboursées dans l'année pour atteindre l'actuel plafond de 50 €, et de 100 boîtes pour atteindre le futur plafond de 100 € - sur les seuls médicaments, avant même de compter une seule consultation².

Or, le volume de prescriptions est directement corrélé à l'âge des assurés, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tranche d'âge	Boîtes/mois (Cnam)	Boîtes/an (estimation)	Position par rapport aux plafonds
Moins de 18 ans	≈ 1	≈ 12	Très en-deçà des deux plafonds
18-44 ans	≈ 2	≈ 24	En-deçà des deux plafonds
45-64 ans	> 3,5	> 42	Proche de l'ancien plafond (50 €)
65-79 ans	> 6	> 72	Dépasse déjà l'ancien plafond, sur les seuls médicaments
80 ans et plus	≈ 9-10	108 (Cnam, janv. 2026) à 110 (Cnam, nov. 2024)	Atteint ou dépasse le NOUVEAU plafond doublé, sur les seuls médicaments

Source : L'Assurance Maladie (Cnam), état des lieux de la consommation de médicaments, novembre 2024 (BVA) ; Cnam - janvier 2026 (données juillet 2024-juin 2025).

Constat clé : La consommation moyenne des personnes de 80 ans et plus (108 à 110 boîtes/an) dépasse à elle seule le nouveau plafond doublé de 100 € sur la seule pharmacie, avant même l'imputation de la moindre consultation, analyse médicale ou séance de soins infirmiers ou de kinésithérapie.

Cette consommation ne relève pas d'un comportement d'opportunité, mais de prescriptions encadrées par des recommandations de bonne pratique (polypathologies, affections cardiovasculaires, traitements antalgiques ou métaboliques au long cours).

Penser responsabiliser les personnes âgées malades par une hausse de leur reste à charge est une contre-vérité structurelle. Leurs dépenses de santé dépendent essentiellement de leurs besoins médicaux réels.

² Nuance méthodologique : la franchise ne peut dépasser le montant remboursé du médicament (règle d'écrêtement) ; 740 médicaments ont un remboursement moyen inférieur à 1 € (Cour des comptes, RALFSS 2026), ce qui peut légèrement minorer le montant réellement prélevé par boîte pour certains traitements. Cela ne change pas l'ordre de grandeur : à raison de 0,80 à 1 € par boîte, 108 à 110 boîtes/an représentent toujours 86 € à 110 € de franchise, soit un plafond doublé atteint ou quasiment atteint.

La démonstration pour 3 pathologies lourdes

Pour les pathologies graves, la cartographie médicalisée de la Cnam (*Points de repère n°59*, juillet 2026) démontre que les dépenses de soins de ville entraînent une saturation mécanique des plafonds.

Pathologie (2024)	Effectif	Dépense moyenne/an	Dont soins de ville
Insuffisance rénale chronique terminale (dialyse, greffe)	102 899	46 530 €	29 % $\approx$ 13 500 €/an
Cancer actif (moyenne toutes localisations)	1 723 100	15 550 €	33 % $\approx$ 5 130 €/an
Insuffisance cardiaque chronique	Inclus MCV chroniques	3 050 €	52 % $\approx$ 1 590 €/an

Source : Cnam, Points de repère n°59, « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2024 : une analyse médicalisée », juillet 2026

Un niveau de soins de ville de plusieurs milliers d'euros par an implique nécessairement la réalisation de dizaines d'actes et de délivrances pharmaceutiques sur 12 mois, soit un volume bien supérieur aux 50 à 100 actes requis pour saturer intégralement le plafond cumulé de 200 €.

Ce sont des patients pour lesquels le protocole de soins impose la fréquence de recours ; il n'y a, par construction, aucune marge de « responsabilisation » possible.

Pour les patients souffrant de pathologies graves (ALD), la consommation de soins découle strictement des protocoles thérapeutiques indispensables et non d'un choix individuel de convenance [Sources : Haute Autorité de Santé (HAS), Guides Parcours de Soins ALD].

Selon les protocoles de soins définis par la Haute Autorité de Santé, le tableau suivant illustre que les plafonds sont quasi systématiquement atteints pour la plupart des patients souffrant de l'une des trois pathologies graves.

Pathologie	Prestations et soins consommés par an (exemples)	Franchises & Participations générées	Atteinte des plafonds
Cancer (ex. traitement oral / chimiothérapie externe)	• 15 à 25 consultations (30 à 50 €) • 20 à 40 analyses/imageries (40 à 80 €) • 80 à 150 boîtes de médicaments (80 à 150 €) • Transports sanitaires récurrents (4 €/trajet)	> 250 € à 400 € / an (avant plafonnement)	Sature immédiatement les 2 plafonds (100 € + 100 € = 200 €) dès les premiers mois.
Insuffisance rénale chronique (dialyse / suivi lourd)	• 156 séances de dialyse/an (hors hôpital complet) • Transports sanitaires récurrents (4 €/transport) • Examens biologiques mensuels (24 €) • Traitements quotidiens (> 60 boîtes/an)	> 500 € / an (avant plafonnement)	Sature instantanément et inévitablement l'ensemble des plafonds (200 €/an).
Insuffisance cardiaque sévère	• Consultations spécialistes + généralistes (12 à 20/an) • Bilan biologique & ECG (10 à 20 actes/an) • Traitements quotidiens multimédicamenteux (> 90 boîtes/an) • Actes d'infirmiers à domicile (1 €/acte)	> 200 € à 300 € / an (avant plafonnement)	Atteinte systématique du plafond cumulé de 200 €/an.

IV. Combien de patients sont-ils réellement concernés ?

Le rendement brut attendu du relèvement des plafonds est évalué à **750 millions d'euros** par le Gouvernement.

Si l'on répartissait théoriquement cette somme sur l'ensemble des 48 millions d'assujettis, le coût moyen serait présumé de 15 € à 18 € par personne. Toutefois, la réalité distributionnelle est différente:

- Entre 21 % et 33 % des assurés (soit 10 à 16 millions de personnes) atteignent déjà les plafonds actuels (cf. II) ;
- Post-réforme, l'effort financier supplémentaire de 100 € sera concentré sur **7 à 8 millions de personnes** qui saturent les nouveaux plafonds du fait de leur état de santé (patients en ALD, personnes âgées polypathologiques).

V. Un profil socio-économique convergent, fragile et captif

Le recoupement des données Drees, Cnam et Cnav met en évidence un profil d'assurés particulièrement vulnérable aux prélèvements forfaitaires :

1. Surreprésentation des affections chroniques chez les ménages modestes :

Les 10 % des ménages les plus modestes présentent un risque relatif de développer une ALD nettement supérieur aux 10 % les plus aisés ($\times 2,8$ pour le diabète, $\times 2,2$ pour les affections hépatiques/pancréatiques, $\times 1,4$ pour les maladies cardio-neurovasculaires - Drees, *Études et Résultats* n°1243).

2. Un reste à charge préexistant plus élevé en ALD :

Les rapports IGF/IGAS rappellent que le reste à charge global des assurés en ALD est déjà **1,8 fois supérieur** à celui des assurés hors ALD, dont 82 % concerne des soins de ville non exonérés (précisément le périmètre des franchises et participations).

3. Niveau de ressources contraint :

Un tiers des personnes atteignant le plafond sont des retraités de plus de 68 ans. Or, la pension moyenne de droit direct s'établit à **1 541 € nets/mois** fin 2023 (et **1 180 €** pour les femmes - Drees, éd. 2025). Pour ces ménages, dont l'effort consacré à la santé dépasse déjà 5,5 % de leur revenu, un surcoût de 100 € par assuré constitue un arbitrage budgétaire direct au détriment de la continuité des soins.

VI. Renoncement aux soins et rendement net : la décompensation hospitalière annule l'économie escomptée

L'hypothèse budgétaire d'un gain net de 750 M€ repose sur une élasticité-prix nulle de la demande de soins chez les malades chroniques. Or, la littérature médico-économique démontre qu'un surcoût non modérable sur des budgets contraints génère du **renoncement ou du retard aux soins de première ligne**.

Afin de mesurer l'impact budgétaire réel pour l'Assurance Maladie, la présente modélisation évalue le coût d'une décompensation médicale entraînant une hospitalisation d'urgence à la suite d'un renoncement aux soins de ville (sur la base d'un tarif journalier de prestation - TJP - moyen en service de médecine de **1 370 €/jour**, soit **6 850 € pour un séjour de 5 jours** - Source : ATIH / Échelle Nationale des Coûts).

Modélisation médico-économique d'impact budgétaire

- **Population ciblée par le surcoût maximal** : 7 500 000 assurés (saturation des plafonds)
- **Gain brut théorique escompté** : 750 millions d'euros

Modélisation selon deux scénarios d'impact

Indicateur médico-économique	Scénario A (Prudent)	Scénario B (Critique)
Taux de renoncement / retard de soins	30 % (2 250 000 patients)	50 % (3 750 000 patients)
Taux de décompensation exigeant l'hôpital	1 % des renonçants (22 500 patients)	3 % des renonçants (112 500 patients)
Coût moyen par hospitalisation (5 jours)	6 850 €	6 850 €
Surcoût total pour l'Assurance Maladie	154,1 Millions €	770,6 Millions €
Gain brut théorique escompté	750 Millions €	750 Millions €
RENDEMENT NET REEL DE LA MESURE	+ 595,9 Millions € (-20,5 % d'efficacité)	- 20,6 Millions € (DÉFICIT NET)

Analyse de l'impact : Il suffit que **3 %** des patients contraints au renoncement subissent une complication aiguë dans l'année (insuffisance cardiaque décompensée, poussée aiguë de BPCO, récurrence métastatique ou crise rénale) - nécessitant 5 jours d'hospitalisation - pour que l'économie théorique de 750 M€ soit **intégralement annulée** et se traduise par un **déficit net de 20,6 millions d'euros** pour l'Assurance Maladie.

Conclusion

Le doublement des plafonds de franchises et participations ne constitue pas une mesure de responsabilisation comportementale : les assurés concernés consomment des soins sous la contrainte stricte de leur état de santé et des protocoles médicaux.

L'analyse objective des données démontre que :

1. Les personnes de plus de 80 ans et les patients atteints de pathologies graves (ALD, cancers, insuffisances rénales ou cardiaques) saturent déjà et satureront mécaniquement les nouveaux plafonds doublés (200 €/an) ;
2. La mesure ne se traduit pas par un effort partagé de 18 € par français, mais par un **prélèvement concentré de 100 € supplémentaires sur 7 à 8 millions de citoyens vulnérables** et aux ressources modestes ;
3. Sur le plan budgétaire, le transfert de charge de la médecine de ville vers l'hôpital public induit par le renoncement aux soins présente un risque majeur de **rendement net négatif** pour les finances publiques, dès 3 % de décompensations médicales.

Bibliographie

1. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) 2026, chapitre V, mai 2026.
2. Cnam, Points de repère n°59, « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2024 : une analyse médicalisée », juillet 2026.
3. A. Fauchon, O. Bonnet, Drees, Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ? février 2026.
4. L'Assurance Maladie (Cnam), état des lieux de la consommation de médicaments en France, communiqué de presse, 14 novembre 2024.
5. Cnam - données de consommation de médicaments juillet 2024-juin 2025, communiqué janvier 2026.
6. Déclarations de la ministre de la Santé Stéphanie Rist (RMC, 23 juillet 2026) et de Matignon (24 juillet 2026) ; Les Échos (chiffage à 750 M€).
7. Institut Santé, Document sur « quel avenir du système de santé français et de son financement », 2026.
8. Drees, Études et Résultats n°1243, « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie », octobre 2022.
9. IGF/IGAS, Revue de dépenses relative aux affections de longue durée, 2024.
10. Drees, « Les retraités et les retraites — édition 2025 », juillet 2025 (données fin 2023) ; Cnav, données régime général 2025.