

DOUBLEMENT DES FRANCHISES MÉDICALES

Ce que le décret change vraiment pour les Français

Institut Santé — Synthèse grand public — 27 juillet 2026

Le 23 juillet 2026, le Gouvernement a annoncé son intention de doubler le plafond annuel des franchises médicales et des participations forfaitaires. Une mesure présentée comme légère et largement partagée. Notre étude d'impact montrent une réalité très différente.

Ce qui change concrètement

Chaque acte médical génère déjà une petite retenue : 1 € sur une boîte de médicament, 2 € sur une consultation ou un examen, 4 € sur un transport sanitaire. Ces retenues sont plafonnées chaque année. Le décret double ce plafond annuel, qui passe de 100 € à 200 € par personne.

	Plafond actuel	Plafond après décret
Participations forfaitaires (consultations, examens)	50 € / an	100 € / an
Franchises médicales (médicaments, transports)	50 € / an	100 € / an
Total maximal par personne	100 € / an	200 € / an

Une mesure présentée comme indolore... mais qui ne l'est pas

Le Gouvernement annonce 18 millions de personnes exemptées, un surcoût moyen de 18 € par assuré, et 750 millions d'euros d'économies. Ces chiffres donnent l'image d'un effort partagé par tous. L'examen des données officielles montre une tout autre réalité : ce sont les malades les plus lourdement atteints qui paieront, et bien plus que 18 €.

7 à 8 M de personnes réellement concernées, sur 48 millions d'assurés	100 € de surcoût réel par personne concernée — pas 18 €	1/3 des plus de 68 ans atteignent déjà l'ancien plafond
--	--	--

Qui sont-ils ? – Les plus malades et les plus âgés

Ce ne sont pas des consommateurs occasionnels de soins. Ce sont des patients dont le traitement est imposé par leur état de santé et encadré par des protocoles médicaux stricts :

- ▶ les personnes de 80 ans et plus, qui consomment en moyenne plus de 100 boîtes de médicaments par an — cela suffit à elles seules à atteindre le nouveau plafond ;
- ▶ les patients en affection de longue durée (cancer, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque...), dont le protocole de soins impose des dizaines de consultations, d'examens et de traitements chaque année ;
- ▶ les retraités modestes : la pension moyenne s'élève à 1 541 € nets par mois (1 180 € pour les femmes), et ces ménages consacrent déjà plus de 5,5 % de leur revenu à leur santé. Pour ces foyers, 100 € de dépenses de santé supplémentaires représentent un arbitrage budgétaire direct au détriment de leur reste à vivre.

Pour un patient sous chimiothérapie ou en dialyse, le nouveau plafond de 200 € est atteint mécaniquement, souvent dès les premiers mois de l'année. Il n'existe, pour ces malades, aucune marge de « responsabilisation » : ils ne choisissent pas leurs soins, ils les subissent.

Une économie qui peut se transformer en déficit

L'argument budgétaire est lui aussi fragile. Quand une personne malade recule ou renonce à des soins de ville faute de moyens, son état peut s'aggraver au point de nécessiter une hospitalisation en urgence. Or une seule hospitalisation de 5 jours coûte en moyenne 6 850 € à l'Assurance Maladie.

Nos calculs montrent qu'il suffirait que 3 % des patients contraints à renoncer à des soins connaissent une complication grave dans l'année pour que l'économie de 750 millions d'euros annoncée par le Gouvernement soit intégralement annulée — et se transforme en déficit net pour l'Assurance Maladie. Cette économie est bien **une illusion budgétaire**.

3 % de complications suffisent à transformer 750 millions d'euros d'économies en déficit net pour l'Assurance Maladie.

Ce que défend l'Institut Santé

Depuis 1945, notre système de santé repose sur un principe simple : la maladie ne doit pas conduire à la précarité. Faire payer davantage les personnes déjà les plus malades ne réduit pas la dépense de santé, elle la déplace — de la médecine de ville vers l'hôpital, plus coûteuse pour tous.

Cette mesure détruit le principe de la solidarité, au cœur du modèle social de 1945. Il détruit la capacité du système à ne plus craindre de s'appauvrir en cas de maladie.

L'équilibre budgétaire est un impératif pour conserver le modèle soutenable ; l'Institut Santé propose la règle d'or d'inscrire cette obligation de l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale sur le moyen terme (5 ans) dans la constitution.

L'Institut Santé propose de redresser les comptes de l'Assurance Maladie par une autre voie : une réforme systémique fondée sur la prévention, une meilleure organisation des soins, un usage massive des innovations technologiques, un financement unique solidaire par prestation, et une gouvernance plus efficace.

Le PLFSS 2027 peut initier cet esprit de la réforme : un contre-budget publié dès novembre 2025 identifiait 10 milliards d'euros d'économies structurelles, sans peser sur les malades.

L'Institut Santé a envoyé une appel solennel à La Ministre de la Santé pour lui demander de renoncer à la publication des décrets, du fait des résultats de cette étude d'impact. Si vous le pensez également, agissez également auprès de vos élus locaux et vos Parlementaires.

« La grandeur de l'action publique s'évalue à la capacité des responsables politiques à renoncer aux arbitrages délétères lorsque la réalité des faits exige de choisir une autre voie. » — Pr. Frédéric Bizard, Président de l'Institut Santé

Pour aller plus loin : La lettre à la Ministre, l'étude d'impact complète, le contre-budget 2026 et le programme de refondation de l'Institut Santé sont disponibles sur **www.institut-sante.org**