



ASSEMBLÉE NATIONALE

17ème législature

Franchises médicales : quel impact pour les patients en ALD ?

Question écrite n° 17932

Texte de la question

Mme Christine Loir appelle l'attention de Mme la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées sur le projet de relèvement des plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires. Après avoir envisagé de porter leur montant cumulé maximal de 100 à 200 euros par an, le Gouvernement a annoncé y renoncer avant de présenter un nouveau projet prévoyant de relever chacun des deux plafonds de 50 à 70 euros, soit un reste à charge potentiel pouvant atteindre 140 euros par assuré et par an. Il est en outre envisagé que ces plafonds soient désormais régulièrement réévalués en fonction de l'inflation. Si la situation financière de l'assurance maladie impose de rechercher des économies et d'améliorer l'efficacité de notre système de santé, le choix de faire davantage contribuer les assurés en fonction du nombre de soins, de médicaments, d'actes paramédicaux ou de transports dont ils ont besoin pose une difficulté particulière. En effet, ce mécanisme ne permet pas de distinguer une consommation de soins qui pourrait être évitée de soins rendus indispensables par l'état de santé du patient. Les personnes atteintes d'une affection de longue durée, bien que leurs soins en rapport avec cette affection soient pris en charge à 100 % sur la base des tarifs de l'assurance maladie, demeurent ainsi redevables des franchises médicales et des participations forfaitaires. Lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, le Gouvernement avait d'ailleurs indiqué que le doublement alors envisagé de ces dispositifs aurait représenté un surcoût moyen de 42 euros pour les assurés concernés, mais de 75 euros pour les patients en ALD, reconnaissant ainsi que l'effort demandé aurait été sensiblement plus important pour les personnes ayant le plus besoin de soins. Cette situation appelle d'autant plus à la vigilance que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a récemment souligné qu'une augmentation des franchises médicales et des participations forfaitaires était susceptible d'accroître le renoncement à certains soins, notamment parmi les ménages modestes, et de dégrader l'observance des traitements prescrits. Parallèlement, l'assurance maladie identifie elle-même, dans son rapport *Charges et Produits pour 2027*, 3,9 milliards d'euros de pistes d'économies reposant notamment sur l'amélioration de la pertinence des soins, la juste prescription, la prévention, la régulation des prix et la lutte contre les fraudes. Elle souhaite donc connaître l'évaluation précise réalisée par le Gouvernement de l'impact du relèvement de 100 à 140 euros sur les assurés atteints d'une affection de longue durée ainsi que le rendement financier attendu de cette mesure. Elle lui demande également si le Gouvernement envisage, afin que les patients dont la consommation de soins est directement imposée par leur pathologie ne supportent pas de manière disproportionnée l'effort de redressement des comptes sociaux, de maintenir pour les assurés en ALD les plafonds actuellement en vigueur et de les exclure du mécanisme d'indexation envisagé.

Données clés

Auteur : [Mme Christine Loir](#)

Circonscription : Eure (1^{re} circonscription) - Rassemblement National

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 17932

Rubrique : Assurance maladie maternité

Ministère interrogé : [Santé, familles, autonomie et personnes handicapées](#)

Ministère attributaire : [Santé, familles, autonomie et personnes handicapées](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [8 septembre 2026](#), page 8090