

Franchises médicales : un doublement injuste pour les patients

Pour réduire le déficit de la Sécurité sociale, le Gouvernement envisage de doubler le plafond des franchises médicales. Une mesure que dénonce la Fédération, qui aurait pour conséquence de pénaliser en premier lieu les personnes vivant avec une maladie chronique.

Le Gouvernement a annoncé son intention de doubler le plafond annuel des franchises médicales et des participations forfaitaires. Derrière cette mesure technique se cache une réalité très concrète : les personnes qui ont le plus besoin de soins, notamment les personnes vivant avec une maladie chronique comme un diabète, devront supporter un reste à charge plus important pour accéder à des soins dont elles ne peuvent se passer. Pour la Fédération Française des Diabétiques, cette mesure constitue une ligne rouge.

Une mesure qui vise directement les patients les plus malades

Aujourd'hui, [les franchises médicales](#) et [les participations forfaitaires](#) s'appliquent à la majorité des assurés sociaux, y compris aux personnes reconnues en affection de longue durée (ALD). Elles concernent notamment les consultations médicales, les examens de radiologie, les analyses biologiques, les médicaments, les actes paramédicaux, et les transports sanitaires. Actuellement, les plafonds sont fixés à 50 € par an pour les franchises médicales, et 50 € par an pour les participations forfaitaires, soit 100 € maximum par an de reste à charge visible.

Le Gouvernement a pour projet de porter ces plafonds à 100 € chacun, soit 200 € par an au total. Les montants prélevés à chaque consultation ou à chaque délivrance de médicament ne changeraient pas, mais les patients continueraient à payer plus longtemps avant d'atteindre la protection offerte par les plafonds. Autrement dit, les personnes qui consultent fréquemment leur médecin, réalisent de nombreux examens ou prennent des traitements toute l'année, seraient les premières concernées.

Les personnes vivant avec un diabète en première ligne

Avec plus de 4,4 millions de personnes concernées, vivre avec un diabète constitue aujourd'hui la première affection de longue durée en France. Les personnes touchées par un diabète n'ont pas la possibilité de réduire librement leur consommation de soins puisqu'elles ne choisissent pas la fréquence de leurs consultations, leurs examens biologiques, leurs traitements, ou leurs dispositifs médicaux. Leur parcours de soins est dicté par les besoins de leur état de santé.

Présenter cette mesure comme un levier de responsabilisation des patients n'a donc aucun sens. Elle ne modifiera pas les comportements de soins. Elle augmentera simplement la facture supportée par celles et ceux qui sont déjà confrontés à une maladie chronique.

L'ALD protège certes les patients d'une partie des dépenses liées à leur pathologie, mais les franchises médicales et les participations forfaitaires restent dues. Pour un grand nombre de personnes vivant avec un diabète, les plafonds actuels sont atteints chaque année. Le montant moyen des franchises atteint d'ailleurs environ 78 € par an pour les personnes en ALD, contre 41 € pour les personnes hors ALD. Demain, elles pourraient être amenées à payer jusqu'à 200 € par an, soit un doublement du reste à charge visible.

La position de la Fédération reste inchangée

Nous avons déjà eu l'occasion de nous opposer fermement à cette mesure, que le Gouvernement avait envisagé de faire adopter en 2025. Un an plus tard, la Fédération Française des Diabétiques le réaffirme : **faire des économies sur les personnes atteintes de maladies chroniques n'est ni une politique de prévention ni une politique de santé publique.**

La Fédération s'oppose fermement à toute augmentation des plafonds des franchises médicales et des participations forfaitaires, et demande au gouvernement de renoncer à cette mesure et de préserver les principes de solidarité sur lesquels repose notre système de protection sociale.

Les personnes vivant avec un diabète ne doivent pas devenir la variable d'ajustement des finances publiques parce qu'en France, l'accès aux soins ne doit jamais dépendre de la capacité des personnes malades à payer davantage.

À noter : cette mesure, évoquée récemment par le Gouvernement dans les médias, demeure à ce stade une simple hypothèse de travail. Aucune décision n'a été prise à ce jour et aucun calendrier de mise en œuvre n'a été communiqué. La Fédération Française des Diabétiques s'oppose fermement à ce projet et se mobilisera pour empêcher son adoption. Si cette mesure devait malgré tout être retenue, nous informerions les personnes vivant avec un diabète de ses conséquences concrètes sur leur accès aux soins et leur quotidien.

Pour consulter nos positions passées sur ce sujet, [rendez-vous ici](#).