

Restes à charge : décryptage des mesures annoncées

Hausse des restes à charge, franchises médicales, nouveaux décrets... Qui est concerné et quelles conséquences pour les personnes vivant avec un diabète ? La Fédération vous éclaire.

Depuis plusieurs mois, les annonces s'enchaînent autour du financement de notre système de santé. Hausse des franchises médicales, augmentation du ticket modérateur, nouvelles économies demandées à l'Assurance maladie : à l'approche de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027, le Gouvernement multiplie les mesures destinées à réduire les dépenses publiques de santé.

Dans ce contexte, la publication le 22 août dernier de quatre décrets relatifs aux soins dentaires, aux transports sanitaires, à certains médicaments et aux dispositifs médicaux marque une nouvelle étape. Ces textes organisent un transfert d'une partie des remboursements de l'Assurance maladie vers les complémentaires santé, pour un montant estimé entre 1,4 et 1,5 milliard d'euros.

Mais que signifient concrètement ces mesures pour les personnes vivant avec un diabète ? Faut-il s'attendre à une augmentation de votre reste à charge ? Voici notre décryptage.

Une précision essentielle : si vous êtes en ALD pour votre diabète, la prise en charge des soins liés à cette pathologie reste inchangée.

Les décrets prévoient expressément le maintien de la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des soins et dispositifs médicaux liés à la pathologie ayant justifié l'inscription en [affection longue durée \(ALD\)](#).

Pour les personnes atteintes de diabète reconnues en ALD, les soins, traitements et dispositifs liés à cette affection continueront donc à être pris en charge dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui. Le Gouvernement affirme également qu'il n'y aura pas de reste à charge supplémentaire pour les patients en ALD concernant les transports sanitaires.

Autrement dit, si vous êtes reconnu en ALD pour votre diabète, ces décrets ne modifient pas directement votre couverture pour les soins liés à votre pathologie. Ainsi, vos dépenses de santé en rapport avec votre pathologie ne sont pas concernées par ces évolutions. En revanche, les soins ou dispositifs prescrits pour une autre pathologie pourront être soumis aux nouvelles règles de prise en charge.

Qui est réellement concerné par ces mesures ?

Même si les décrets préservent la prise en charge des soins et dispositifs médicaux liés à une affection de longue durée (ALD), cela ne signifie pas que les personnes vivant avec un diabète seront systématiquement protégées de leurs effets.

En réalité, les nouvelles règles peuvent concerner :

- les personnes vivant avec un diabète qui ne bénéficient pas d'une ALD ;
- mais aussi les personnes reconnues en ALD pour leur diabète lorsque les soins, traitements ou dispositifs médicaux concernent une autre pathologie ou un autre problème de santé que le diabète.

Concrètement, les décrets prévoient une diminution de la part prise en charge par l'Assurance maladie sur plusieurs catégories de dépenses : transports sanitaires, dispositifs médicaux, soins dentaires et certains médicaments. Cette part sera transférée vers les complémentaires santé. Pour les personnes disposant d'une

mutuelle, l'impact immédiat pourra donc sembler limité puisque celle-ci prendra en charge une partie plus importante des remboursements.

Cette évolution renforce toutefois l'importance de disposer d'une complémentaire santé adaptée. Pour les personnes qui n'en ont pas, ou dont le contrat offre une couverture limitée, le risque d'un reste à charge plus élevé est bien réel.

Cependant, il faut rappeler qu'une dépense transférée de l'Assurance maladie vers les complémentaires ne disparaît pas : elle est financée autrement. Plusieurs acteurs du secteur ont déjà averti que cette évolution pourrait se traduire à terme par une hausse des cotisations des contrats de complémentaires santé. Pour les personnes qui ne disposent pas d'une complémentaire ou qui ont un contrat peu couvrant, le risque est donc celui d'une augmentation du reste à charge.

Franchises médicales : le Gouvernement revoit sa copie, mais le signal reste préoccupant

Ces décrets s'inscrivent dans un contexte plus large de recherche d'économies sur les dépenses de santé. Le Gouvernement avait initialement annoncé en juillet dernier son intention de doubler le plafond annuel des franchises médicales et participations forfaitaires, en le faisant passer de 100 à 200 € par an. Face aux nombreuses critiques exprimées par les associations de patients [dont la Fédération](#), les professionnels de santé et de nombreux acteurs du système de santé, la ministre de la Santé a finalement indiqué renoncer à ce doublement et privilégier une hausse limitée, indexée sur l'inflation. 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. Selon les dernières annonces, le plafond annuel atteindrait finalement environ 140 €, soit une augmentation de 20 € pour chaque plafond, passant ainsi de 50 à 70 €.

Si cette révision constitue un recul par rapport au projet initial, elle reste une mauvaise nouvelle pour les personnes vivant avec un diabète. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ont davantage recours aux soins, aux consultations, aux examens biologiques et aux médicaments que la moyenne de la population. Elles atteignent donc plus facilement les plafonds annuels de franchises et participations forfaitaires.

Concrètement, un relèvement de 100 à 140 € signifie qu'un patient pouvant déjà atteindre aujourd'hui le plafond annuel pourrait devoir supporter jusqu'à 40 € supplémentaires par an. À l'avenir, le Gouvernement souhaite que ces plafonds soient désormais revalorisés chaque année sur la base de l'inflation.

Pris isolément, ce montant peut sembler limité. Mais il s'ajoute à une série de mesures qui ont toutes le même effet : augmenter progressivement la part des dépenses de santé supportée directement ou indirectement par les patients.

La Fédération Française des Diabétiques reste opposée à toute augmentation du reste à charge pour les patients.

Depuis les premières annonces du Gouvernement, la Fédération a exprimé son opposition à toute hausse du reste à charge pour les personnes vivant avec une maladie chronique et continuera à le faire, notamment lors des discussions à venir sur le budget 2027 de la Sécurité sociale.

La Fédération réaffirme donc sa conviction : les contraintes budgétaires ne doivent pas conduire à faire peser davantage le coût de la santé sur les personnes malades.

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

Pour toute question concernant vos droits et vos démarches liées au suivi de votre diabète, contactez Jeanne, juriste au service Diabète et Droits par mail à l'adresse juriste@federationdesdiabetiques.org ou bien par téléphone lors d'une permanence juridique, le mardi de 8h à 12h30 et le jeudi de 13h30 à 18h au 01 40 09 24

