



Article

Mai 2026

Dérembourser sans se tromper de cible

EURO
GROUP
CONSULTING

Face à un déficit croissant de l'Assurance maladie, les mesures de déremboursement des soins occupent une place centrale dans les arbitrages actuels du système de santé. Derrière ce terme générique se cachent des mécanismes très différents, aux effets économiques et sociaux contrastés. Entre impératif budgétaire, acceptabilité politique et justice sociale, leur mise en œuvre appelle une lecture fine et mesurée.

1. Un déficit structurel qui relance le débat

La dégradation des comptes de l'Assurance maladie se poursuit : son déficit est estimé à 16 milliards d'euros en 2025 et pourrait atteindre 41 milliards d'euros d'ici 2030¹. Cette dynamique s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population et de progression des pathologies chroniques, alors même que l'Assurance maladie obligatoire continue de financer environ 80 % des dépenses de santé². Sous l'effet de ce déficit croissant, les pouvoirs publics actionnent des leviers paramétriques de déremboursement, consistant à transférer une partie du coût des soins que l'Assurance maladie prend en charge vers les assurés sociaux ou leurs complémentaires.



2. Des mécanismes de déremboursement aux logiques distinctes

Historiquement, plusieurs mesures successives ont renforcé la participation financière des assurés sociaux et de leurs complémentaires :

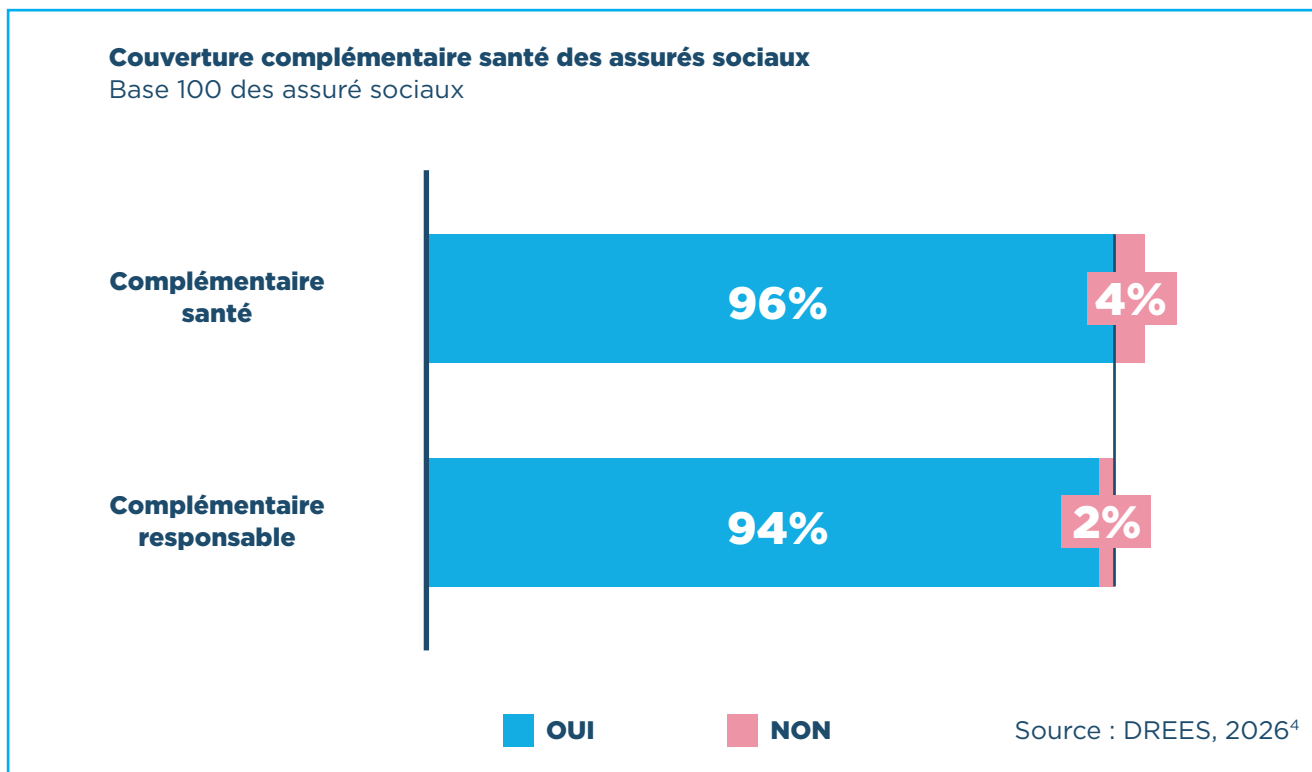
- **2023** : Hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires, passé de 30 % à 40 % ;
- **2024** : Doublement de la participation forfaitaire sur les consultations médicales, les actes de radiologie et les analyses de biologie, portée à 2 euros ;
- **2024** : Relèvement des franchises médicales à 1 euro par boîte de médicament, 1 euro par acte paramédical et 4 euros par transport sanitaire ;
- **PLFSS 2026** : Volonté initiale de l'exécutif d'amplifier ces dispositifs, avec l'annonce d'un nouveau doublement par décret, non retenue dans la LFSS 2026.

Cette chronologie met en exergue la sensibilité du sujet : sous le terme unique de « déremboursement », se cachent des arbitrages et des réalités très différentes, dont les conséquences ne sauraient être minimisées.



3. Le ticket modérateur : un coût mutualisé et peu visible pour l'assuré

Le premier type de déremboursement est une hausse du ticket modérateur à savoir une augmentation du reste à charge pour l'assuré social ou sa complémentaire santé. La hausse du ticket modérateur est, en pratique, largement absorbée par les complémentaires santé, la quasi-totalité des assurés étant couverte par un contrat dit « responsable »³ (voir graphique).



Dès lors, lorsque l'Assurance maladie réduit sa part de prise en charge, le surcoût est largement transféré aux organismes complémentaires, qui le répercutent dans les cotisations⁵ payées par tous. Ainsi, le Sénat estime⁶ que la hausse, en 2023, du ticket modérateur sur les soins dentaires a entraîné une augmentation estimée à 1,1 % des cotisations de l'ensemble des assurés. Ce mécanisme présente une caractéristique essentielle : il est peu visible au moment du soin, mais se traduit par une hausse différée des cotisations, répartie sur l'ensemble des assurés.

4. Franchises et participations : un coût direct et ciblé

À l'inverse, le second type de déremboursement, la hausse des franchises médicales ou des participations forfaitaires augmente directement le reste à charge des patients. Non prises en charge par les contrats responsables, elles touchent prioritairement les individus qui consomment effectivement des soins.

Autrement dit, le ticket modérateur fait croître la cotisation, tandis que les franchises font croître le reste à charge.

Ces constats méritent toutefois d'être éclairés :

- La France conserve un reste à charge relativement faible (440 euros en moyenne par habitant en 2023, contre 580 euros en moyenne dans l'UE), même si ce dernier est en hausse de 5,8% entre 2023 et 2024⁷ ;
- Certaines populations sont protégées : les 7,45 millions de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont exonérés de toute mesure de déremboursement.



5. La hausse du ticket modérateur : une mesure politiquement acceptable mais peu efficiente

La hausse du ticket modérateur est souvent privilégiée car moins visible et donc moins impopulaire. Dans un pays où la quasi-totalité des assurés est couverte par une complémentaire santé, le surcoût est absorbé par celle-ci et réapparaît plus tard dans la cotisation dont l'assuré s'acquitte. Pour lui, la mesure est plus indolore qu'une franchise ou une participation forfaitaire explicitement laissée à sa charge. Ce côté indolore est renforcé par le fait que les salariés et les fonctionnaires n'ont l'effet des variations de leurs cotisations que de façon différée et sur leur bulletin de paie (qui reste globalement incompris des Français).

Plusieurs motifs en limitent toutefois la portée :

- Cette « invisibilité » limite fortement la responsabilisation des patients qui ne perçoivent pas le coût réel de leurs soins ;
- La mutualisation du coût dans les cotisations conduit à une répartition peu ciblée, indépendante de la consommation individuelle, ne permettant aucun signal-prix.

6. Franchises : un levier plus efficace mais socialement sensible

Les franchises et participations apparaissent plus cohérentes d'un point de vue économique : elles rendent explicite le coût des soins et font davantage contribuer les consommateurs.

Elles présentent néanmoins un risque de renoncement aux soins, notamment pour les publics les plus fragiles. Leur acceptabilité repose donc sur une protection claire des ménages modestes, une bonne lisibilité des prélèvements et un ciblage adapté.

Il est toutefois à rappeler que, du fait de la C2S, les 20% de ménages les moins aisés supportent en moyenne un coût deux fois inférieur à celui des 20% les plus aisés à la suite d'un déremboursement⁸.

Qui peut contribuer davantage ?

Les plus de 65 ans concentrent 39 % des dépenses de santé alors qu'ils représentent 22 % de la population.

En moyenne, les retraités disposent par ailleurs d'un niveau de vie supérieur, à l'ensemble de la population⁹, d'un patrimoine plus élevé que les actifs¹⁰ et d'une capacité d'épargne positive¹¹.

Ces éléments peuvent nourrir le débat sur la répartition de l'effort contributif, même si la protection des plus fragiles doit rester centrale.

Ainsi, une politique de déremboursement optimale doit croiser soins, capacité contributive et maintien de la protection des plus fragiles.

7. Au-delà du déremboursement : agir sur la pertinence des soins

Bien sûr, la soutenabilité du système ne repose pas uniquement sur des mécanismes financiers. Face à l'équation budgétaire, la question de la pertinence des soins devient centrale. Pour exemple, une part importante des prescriptions d'inhibiteurs de pompe à protons serait injustifiée^{12 13}, tandis que la consommation d'antibiotiques reste trop élevée¹⁴. Améliorer la qualité des prescriptions devient donc une nécessité.

Les politiques de déremboursement ne peuvent être envisagées indistinctement comme la seule solution pour faire face au déficit de l'Assurance maladie. Leur efficacité dépend tout à la fois de leur conception, de leur lisibilité et de leur ciblage. Par ailleurs, cette difficulté à allier responsabilisation des citoyens et la protection des populations les plus fragiles constitue un argument majeur pour les promoteurs du bouclier sanitaire.

Entre acceptabilité politique, efficacité économique et justice sociale, l'enjeu n'est pas seulement de réduire les remboursements, mais bien de le faire sans se tromper de cible.



1. Assurance Maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 (Paris : Caisse nationale de l'Assurance Maladie, juillet 2025).
 2. Ibid.
 3. Un contrat responsable est une complémentaire santé réglementée offrant une prise en charge renforcée des dépenses de soins.
 4. Alexandre Fauchon et Odran Bonnet, Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?, Les Dossiers de la Drees, no 135 (Paris : DREES, 18 février 2026).
 5. Dans le secteur des complémentaires santé, les cotisations sont aussi couramment appelées « primes ».
 6. Xavier Iacovelli, Les complémentaires santé et leur impact sur le pouvoir d'achat des Français, rapport d'information n° 770 (2023-2024) (Paris : Sénat, 26 septembre 2024).
 7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Les dépenses de santé en 2024 : résultats des comptes de la santé - édition 2025, Panoramas de la DREES (Paris : DREES, 30 septembre 2025).
 8. 20 euros contre 40 euros. Alexandre Fauchon et Odran Bonnet, Dérembourser des soins pour maîtriser la dépense de santé : qui paie ?, Les Dossiers de la Drees, no 135 (Paris : DREES, 18 février 2026).
 9. Vie publique, Quel est le niveau de vie des retraités en France ?, Vie-publique.fr, 2025
 10. Ibid.
 11. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Niveau de vie et pauvreté selon l'activité, Insee, 2025
 12. 80% des IPP seraient prescrits inutilement. Haute Autorité de santé. « Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). », 2022.
 13. Le coût total des IPP pour l'Assurance maladie obligatoire était de 423 M€ en 2016. Tuppin, P., et al. "Burden of Drug Use for Gastrointestinal Symptoms and Functional Gastrointestinal Disorders in France." Therapeutic Advances in Gastroenterology, 2019.
 14. Par rapport aux pays européens les plus vertueux, la France surconsomme 441 M€ d'antibiotiques par an. Carlet, J., and P. Le Coz. Tous ensemble, sauvons les antibiotiques. Ministère de la Santé, 2015.
-



Matthieu SAINTON
Associé

matthieu.sainton@eurogroupconsulting.com



Pauline BAILLEUX
Directrice

pauline.bailleux@eurogroupconsulting.com



Camille DUGELAY
Manager

camille.dugelay@eurogroupconsulting.com



Samuel PERARDEL
Consultant

samuel.perardel@eurogroupconsulting.com

- **Eurogroup Consulting est le 1er cabinet de conseil en stratégie, organisation et management français 100% indépendant.**
- **Créé en 1982, il compte 400 collaborateurs en France et développe son rayonnement à l'international depuis plus de 10 ans.** Eurogroup Consulting est notamment membre fondateur du réseau international Nextcontinent. Présent dans 30 pays, avec plus de 3000 consultants, il est reconnu auprès des dirigeants des entreprises de tous les secteurs d'activités privés et publics partout dans le monde.
- Dans un contexte d'accélération des grandes transitions, **les équipes d'Eurogroup Consulting s'engagent aux côtés des femmes et des hommes qui font les organisations**, pour générer des transformations positives et durables.
- Nos experts vous accompagnent sur la maîtrise des transitions énergétiques avec pragmatisme opérationnel et engagement durable, au service de la performance et de la résilience des acteurs du secteur. Chaque mission répond à des enjeux critiques et vise un résultat concret : **garantir un impact mesurable et durable.**