

---

## OPINION

# La baisse du taux de remboursement des médicaments, un mauvais coup pour les ménages

LE 04 DÉCEMBRE 2024 ⌚ 7 min



**Nathalie Coutinet** (<url:/users/nathalie-coutinet>)

Maitresse de conférences en sciences économiques, Université Paris 13

Offrir cet article

En ouverture des débats sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale en 2025 au Sénat, la ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq, avait annoncé une diminution de 5 points de pourcentage du taux de remboursement des médicaments. Cette annonce devait, selon la ministre, permettre à la Sécurité sociale d'économiser 900 millions d'euros, et s'inscrivait dans un objectif global de réduction des dépenses de produits de santé de 1,2 milliard d'euros.

Si cette disposition a été abandonnée avant même la censure du gouvernement Barnier, le futur exécutif pourrait la ressortir des tiroirs – d'autant qu'elle s'inscrit dans une politique de longue haleine consistant, en particulier, à transférer le financement de la Sécurité sociale aux complémentaires santé.

Concrètement, elle signifierait une réduction du niveau des trois taux de remboursement (65 %, 30 % et 10 %). Ainsi, une boîte de paracétamol payée 2,18 euros serait remboursée 70 centimes

par la Sécurité sociale <sup>1</sup> ([url:#footnote1\\_7cfz5x3](#)) ! La réduction de 5 points de pourcentage annoncée serait compensée par une hausse du remboursement par les assureurs complémentaires.

---

## La newsletter d'Alternatives Économiques

Chaque dimanche à 17h, notre décryptage de l'actualité de la semaine

Adresse email

Votre adresse email ici

### S'INSCRIRE

En vous inscrivant vous acceptez [les conditions d'utilisation](#) ([url:/conditions-generales-de-vente-et-dutilisation-070720168674.html](#)) et [la politique de confidentialité d'Alternatives économiques](#). ([url:/politique-de-protection-donnees-personnelles-0806201885023.html](#))

---

Pour les patients, cette mesure se serait ajoutée au doublment, depuis le 31 mars, de la franchise médicale ([url:https://www.alternatives-economiques.fr/nicolas-da-silva/hausse-franchises-medicales-lirresponsable-nest-patient/00108004](https://www.alternatives-economiques.fr/nicolas-da-silva/hausse-franchises-medicales-lirresponsable-nest-patient/00108004)) et de la participation forfaitaire pour une consultation médicale. Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont des sommes qui ne sont pas remboursables par les mutuelles et qui restent, sauf exceptions, à la charge des patients. Pour les médicaments, le montant de la franchise est plafonné à 50 euros par an et par personne. La mesure impliquerait un passage de 0,50 à 1 euro par boîte de médicaments<sup>2</sup> ([url:#footnote2\\_1ap8ekc](#)).

## Un désaccord unanime

Association de patients, assureurs complémentaires, pharmaciens et laboratoires pharmaceutiques, pourtant souvent opposés sur ce sujet, ont exprimé leur désaccord unanime. Les associations de patients, par la voix de Gérard Raymond, président de France assos santé, se sont dites inquiètes des répercussions sur les personnes les plus défavorisées, celles qui n'ont pas d'assurance complémentaire et qui seraient les plus fortement touchées.

Les assureurs complémentaires, ont, de leur côté, indiqué qu'ils devraient augmenter les primes de leurs adhérents. Au journal *Le Monde*, le 20 novembre ([url:http://www.lemonde.fr/economie/article/2024/11/20/baisse-du-remboursement-des-medicaments-les-traitements-pris-en-charge-a-100-par-la-secu-ne-seront-pas-concernes\\_6404177\\_3234.html](http://www.lemonde.fr/economie/article/2024/11/20/baisse-du-remboursement-des-medicaments-les-traitements-pris-en-charge-a-100-par-la-secu-ne-seront-pas-concernes_6404177_3234.html)), Eric Chenut, président de la Fédération nationale de la Mutualité française, a en effet déclaré :

« Ce transfert d'une partie des dépenses de l'Assurance maladie aux complémentaires de santé ne sera pas neutre. Pour préserver l'équilibre du secteur, nous serons obligés, à un moment, de les répercuter sur les cotisations demandées aux assurés. Les contrats individuels des retraités, qui, en raison de leur avancée en âge, ont davantage de pathologies, et donc une consommation plus importante de médicaments, seront les plus touchés. »

Les pharmaciens regrettent l'absence de cohérence de la politique de santé et dénoncent l'empilement continu de mesures (*Capital*, le 19 novembre). Enfin, les laboratoires pharmaceutiques, sans doute les plus virulents, ont quant à eux déclaré qu'une telle mesure mettrait à mal le secteur en entraînant une baisse des activités de recherche et développement, voire un départ vers l'étranger de ces activités.

Les laboratoires craignent également une augmentation de la clause de sauvegarde, mécanisme qui les contraint à verser une contribution à l'assurance maladie lorsque leur chiffre d'affaires augmente au-delà d'un certain niveau. Or, après négociation avec le gouvernement, ils ont obtenu, en contrepartie d'engagements flous, une stabilité de son montant à 1,6 milliard d'euros.

Selon cet accord, les entreprises se sont engagées à réduire de 600 millions la dépense de médicaments. Une des pistes pour y parvenir est, selon ces laboratoires, d'élargir la liste des médicaments que les patients peuvent se procurer sans ordonnance et qui de ce fait ne peuvent être remboursés. Ces médicaments seront, dans ce cas, à la charge des patients et non remboursables. Les économies pèseront sur les patients sans affecter les profits des entreprises pharmaceutiques.

## Quid des affections longue durée ?

Face à ces protestations, la ministre s'était voulue rassurante et avait précisé, sur RTL le 21 novembre, que les médicaments pris en charge à 100 % dans le cadre des affections longue durée (ALD) ne seraient pas concernés. Elle indiquait que ce sont des médicaments très onéreux, réservés à des maladies graves comme les cancers.

Quel serait l'intérêt d'une telle mesure ? Selon l'assurance maladie ([url:https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-ald-2022#:~:text=En%202022%2C%2013%2C8%20millions,rembours%C3%A9e%20par%20l'assurance%20maladie.)

[ald-2022#:~:text=En%202022%2C%2013%2C8%20millions,rembours%C3%A9e%20par%20l'assurance%20maladie.](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-ald-2022#:~:text=En%202022%2C%2013%2C8%20millions,rembours%C3%A9e%20par%20l'assurance%20maladie.)), en 2022, 13,8 millions de personnes bénéficiaient de ce dispositif ALD soit 20,1 % de la population et 66,1 % de la dépense totale remboursée par l'assurance maladie (124,7 milliards d'euros).

Par ailleurs, parmi les soins de ville, le premier poste de dépense des patients en ALD est la dépense de médicaments avec une dépense totale de 22,4 milliards d'euros, soit 40 % des dépenses de soins de ville, dépense 2,3 fois supérieure à celle des patients sans ALD.

Cet écart s'explique surtout, comme l'a souligné Geneviève Darrieussecq, par le prix élevé des

médicaments prescrits pour les pathologies de ces patients. Dans ce contexte, ne vaudrait-il pas mieux réduire le prix de remboursement de ces molécules, prix bien souvent exorbitant et sans commune mesure avec les dépenses réelles de recherche et développement des laboratoires ? Pourquoi préférer créer des inégalités d'accès aux soins ?

## Un transfert vers les assureurs complémentaires

Plus largement, les mesures successives prises par le gouvernement depuis deux ans (baisse du taux de remboursement des soins dentaires, baisse du remboursement de la consultation médicale et aujourd'hui baisse de remboursement des médicaments) constituent un transfert de financement de la Sécurité sociale vers les complémentaires ([url:https://www.alternatives-economiques.fr/nicolas-da-silva/secu-subventionne-complementaires-sante/00112825](https://www.alternatives-economiques.fr/nicolas-da-silva/secu-subventionne-complementaires-sante/00112825)) (qui ont pris en charge 12,6 % des dépenses de santé en 2022, d'après la Drees 2024 ([url:https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710\\_Panorama\\_ComplementaireSante2024](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024))).

Elles vont inmanquablement entraîner une hausse des primes d'assurance. Celles-ci sont déjà élevées pour une partie de la population : les familles nombreuses et les retraités notamment<sup>3</sup> ([url:#footnote3\\_tk4kkci](#)). Il paraît probable que beaucoup devront y renoncer ou réduire leur niveau de couverture.

En outre, le niveau de couverture complémentaire est fortement lié à la situation sur le marché du travail. Les personnes les moins bien couvertes sont les salariés des petites entreprises et ceux du secteur public qui ne disposent pas de complémentaire d'entreprise.

L'assurance complémentaire, et dans une moindre mesure les mutuelles, étant plus inégalitaire que la Sécurité sociale, le transfert de financement accroît les inégalités, en particulier pour les 12 % de la population appartenant au premier décile de niveau de vie, principalement des salariés précaires, des retraités modestes, des chômeurs et des étudiants.

Ce décile, qui n'a pas d'assurance complémentaire, verra ses dépenses de santé augmenter d'après la Drees. Les mesures décidées par les gouvernements depuis plusieurs mois vont peser sur les ménages et creuser les inégalités. Les laboratoires pharmaceutiques ayant réussi à protéger leurs profits.