



Déremboursements et franchises médicales : le gouvernement s'attaque encore aux malades

Selon les informations des Echos du 23 juillet, l'exécutif prépare un nouveau train de mesures pour « faire des économies sur les médicaments » : doublement des plafonds de franchises, baisse des taux de remboursement, transfert de charges vers les complémentaires santé. Le CODEF dénonce une opération de communication qui habille en « responsabilisation » ce qui n'est, en réalité, qu'un nouveau prélèvement sur la santé des malades — et en premier lieu sur celle des patients chroniques.

Ce que prépare le gouvernement

- Un ciblage explicite des malades les plus lourds. Le Premier ministre entend « demander un effort à ceux qui achètent plus de 50 boîtes de médicaments par an ou vont plus de 25 fois chez le médecin par an » (Public Sénat). Derrière la formule technocratique, ce sont les patients en affection de longue durée (ALD), les malades chroniques et les personnes âgées polypathologiques qui sont visés : eux seuls dépassent, par nécessité et non par choix, ces seuils ;
- Un doublement des plafonds annuels de franchises et de participations forfaitaires. Le plafond des franchises médicales (médicaments, actes paramédicaux, transports sanitaires) et celui des participations forfaitaires (consultations, radiologie, analyses) passeraient chacun de 50 à 100 euros, portant le reste à charge annuel maximal de 100 à 200 euros par patient — un seuil resté inchangé depuis vingt ans (Le Monde, France 24) ;
- Une baisse organisée des taux de remboursement. Pour les médicaments à service médical rendu « faible », aujourd'hui remboursés à 15 %, la prise en charge par l'Assurance Maladie pourrait tomber entre 5 et 10 %. Pour ceux à service médical « modéré », remboursés à 30 %, elle pourrait descendre entre 10 et 20 % (Les Echos) ;
- Un transfert de charge vers les complémentaires santé. Ce que la Sécurité sociale n'assumera plus serait reporté sur les mutuelles et assureurs privés, qui anticipaient déjà en juin un transfert de coûts de 1,5 à 2 milliards d'euros — avec, à la clé, une hausse mécanique des cotisations des mutuelles répercutée sur tous les assurés (Les Echos).

Une propagande qui ne trompe personne

Le discours gouvernemental présente ces mesures comme un rappel à la « responsabilité » des patients, comme si aller vingt-cinq fois chez le médecin ou consommer cinquante boîtes de médicaments par an relevait du confort ou du caprice. Personne ne va aux urgences par plaisir, personne ne s'entasse en salle d'attente pour le loisir, personne ne prend un traitement chronique « au chocolat ». Ce discours de la surconsommation coupable est la même rhétorique, recyclée depuis des années, qui a déjà servi à justifier chaque vague de déremboursements depuis 2008.

Les Echos eux-mêmes reconnaissent un « risque de pénaliser particulièrement les portefeuilles des personnes souffrant de maladies chroniques ». Le CODEF le dit sans détour : ce n'est pas un risque, c'est une certitude programmée. Il est déjà établi que les patients en ALD supportent un reste à charge annuel considérable ; le doubler reviendrait à sanctionner financièrement la maladie elle-même.

Ce que le gouvernement ne dit pas

Il est faux de prétendre que la France « dépense trop » pour la santé de ses habitants. Ce discours comptable ignore une réalité que l'actualité vient pourtant de rappeler brutalement : Santé Publique France a recensé 5 764 décès en excès entre le 17 juin et le 2 juillet, lors de l'épisode de canicule le plus meurtrier depuis 2003 (Santé Publique France). Cette surmortalité massive n'est pas seulement le produit du dérèglement climatique : elle révèle aussi la fragilité d'un système de santé déjà exsangue, moins capable d'absorber les chocs sanitaires.

Les mesures que prépare Sébastien Lecornu produiront, elles aussi, une surmortalité — simplement plus diffuse, plus lente et donc plus difficile à mesurer statistiquement qu'un pic de chaleur. Retarder une consultation, renoncer à un médicament, écourter un traitement faute de moyens : c'est la mécanique connue et documentée du renoncement aux soins, qui tue silencieusement, sans jamais apparaître dans une communication ministérielle.

Le CODEF exige :

- Le retrait pur et simple de ce nouveau plan de remboursements et de doublement des franchises médicales ;
- La fin du ciblage des malades chroniques et des patients en ALD, qui ne « surconsomment » pas mais suivent des traitements vitaux prescrits par leurs médecins ;
- La transparence totale sur les études d'impact chiffrant les effets de ces mesures sur le renoncement aux soins et la santé publique, avant toute décision par décret ;
- Une réorientation complète de la politique de financement de la Sécurité sociale, fondée non sur la réduction des droits des malades mais sur des recettes nouvelles (cotisations sociales, taxation des profits des laboratoires et des assureurs privés).

Face à cette logique de rationnement des soins, le CODEF réaffirme son objectif : aller vers le 100 % Sécu, en particulier pour l'ensemble des médicaments prescrits, seule garantie d'un égal accès aux soins pour tous, malades chroniques ou non.

24 Juillet 2026