



Madame Stéphanie RIST
Madame La Ministre de la Santé, des
Familles, de l'Autonomie et des
Personnes Handicapées
Ministère de la Santé
14 , Avenue Duquesne
75007 Paris

Le 27 juillet 2026

Objet : Appel solennel concernant le projet de doublement du plafond des franchises et des participations financières

Madame La Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées,

Vous avez annoncé, ce jeudi 23 juillet 2026, votre intention de signer prochainement des décrets visant à doubler le plafond des franchises et des participations financières. Ces dispositions s'inscrivent dans un ensemble de mesures d'économies ciblant de manière disproportionnée nos concitoyens les plus lourdement touchés par la maladie.

Au nom de L'[Institut Santé](#), nous vous adressons un appel solennel.

Nous vous exhortons à suspendre cet arbitrage et à prendre le temps de la réflexion avant d'accomplir un acte politique lourd de conséquences sociales, économiques, politiques et sanitaires pour notre Nation.

Pour justifier ces arbitrages, trois arguments ont été avancés : l'exemption de 18 millions de personnes, un surcoût moyen limité à 18 euros par assuré, et une économie attendue

de 750 millions d'euros pour l'Assurance Maladie. Une analyse approfondie des faits démontre toutefois le caractère spécieux de ces assertions.

En premier lieu, les 18 millions de personnes présentées comme « *exemptées* » regroupent essentiellement des mineurs, des femmes enceintes et des personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Ni la jeunesse ni la maternité ne constituant des pathologies, ces populations ne subissent pratiquement pas le poids des franchises. De même, 70% des bénéficiaires de la C2S ont moins de 40 ans (seulement 7% ont plus de 60 ans). Ainsi, derrière une apparente protection globale, l'écrasante majorité des assurés effectivement exposés demeure démunie face à cette majoration.

Le fardeau de cette mesure ne sera pas équitablement réparti entre les 48 millions de payeurs potentiels : il pèsera presque exclusivement sur une minorité de concitoyens, parmi les plus fragiles de notre société. L'étude circonstanciée et sourcée que nous joignons à la présente – intitulée « *Qui sont les patients structurellement concernés par le doublement du plafond des franchises ?* » (Annexe n°1) – en apporte la preuve irréfutable.

Qui est concerné par vos mesures envisagées ?

La réalité factuelle est la suivante : ce doublement pèsera de manière concentrée sur 7 à 8 millions de personnes, principalement âgées, souffrant d'une ou plusieurs Affections de Longue Durée (ALD), dont le reste à charge est déjà 1,8 fois supérieur à celui de la moyenne des assurés.

La réalité économique n'est donc pas une charge mesurée de 18 € répartie sur plus de 40 millions d'individus, mais un prélèvement effectif avoisinant les 100 € concentré sur environ 7,5 millions de malades.

Parmi les victimes, on observe une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles d'employés et d'ouvriers, retraitées. Ces personnes ont donc un budget contraint et une épargne nulle. Imposer un tel surcoût à des ménages vulnérables entraînera inévitablement un renoncement aux soins de première nécessité.

Notre modèle de Sécurité sociale a été fondé sur un principe d'équité consubstantiel à la République : la solidarité verticale (des plus aisés vers les plus modestes) et la solidarité horizontale (des bien-portants vers les malades), concrétisée par le remboursement à 100 % des affections lourdes. Cet édifice, déjà ébranlé en 2008, se trouve aujourd'hui directement menacé.

Il apparaît en outre une incohérence majeure dans les choix de santé publique. Alors que le dispositif du « *Reste à charge zéro* » (optique, dentaire, audioprothèse), voté en 2018 et conforté depuis, a engagé des milliards d'euros de dépense publique et des complémentaires en déresponsabilisant la consommation de soins courants, votre Gouvernement choisit de pénaliser financièrement la consommation de soins lourds.

Pourtant, ces soins ne relèvent d'aucun confort : ils sont subis par les patients et strictement encadrés par des protocoles médicaux.

Remplacer la responsabilité civique par une sanction financière sur la maladie rompt définitivement avec l'esprit fondateur de 1945.

Les conséquences politiques d'une telle rupture dépassent le cadre ministériel et engagent directement la responsabilité du Gouvernement et de la Présidence de la République.

Une mesure financièrement contre-productive

Sur le plan budgétaire, cette décision s'avérera contre-productive et correspond à une illusion budgétaire.

La sociologie des patients touchés montre que le renoncement aux soins engendrera des complications médicales graves, entraînant des surcoûts d'hospitalisation ultérieurs qui annuleront l'économie escomptée.

Il suffirait que 3 % des personnes fragilisées subissent une seule complication majeure pour que l'opération se solde par un bilan financier négatif pour l'Assurance Maladie.

Ignorer ces effets de bord médicaux et économiques relève d'une gestion comptable de court terme qui remet en cause le principe cardinal selon lequel la maladie ne doit pas conduire à la précarité.

Vous pouvez prendre toute hypothèse qu'il vous plaira (les nôtres sont fondées sur les études existantes), mais ignorer de telles implications serait-il responsable ?

Vos propositions remettent en cause un principe fondateur de notre système de santé depuis 1945 : **permettre à toute personne malade de se soigner sans risquer de s'appauvrir !**

Les faits sont têtus, Madame La Ministre. Notre [étude d'impact](#) démontre cette remise en cause.

C'est précisément cette logique de gestionnaires à vue qui a conduit à la dégradation inédite des comptes de l'Assurance Maladie, marquée par un déficit structurel de 16 milliards d'euros en 2025 et une projection à 18 milliards pour 2029 (LFSS 2026), un niveau d'impasse financière inconnu depuis 1945, hors période de crise majeure.

Le transfert de 2 Milliards d'euros vers les complémentaires santé serait la double peine

À cela s'ajoute le transfert annoncé ce 23 juillet de 1,5 à 2 milliards d'euros de dépenses vers les organismes complémentaires par le biais de baisses de taux de remboursement.

Ce jeu de vases communicants dégrade la lisibilité de notre système de financement, alourdit les frais de gestion et constitue une double peine pour les retraités en ALD.

Leurs cotisations individuelles subiront des hausses insoutenables pour la plupart, après avoir déjà progressé de 20 % entre 2022 et 2024.

Alors qu'il faut clarifier les rôles en dissociant les champs de couverture de l'Assurance Maladie et des assureurs privés ([cf annexe 2](#)), vous rendez le système encore plus flou, encore plus coûteux en frais de gestion improductifs, encore plus inefficace en couverture du risque.

Cet acharnement sur les quelque 7 à 8 millions des plus fragiles rendrait vos décrets politiquement très périlleux.

Seule une réforme systémique rendra le système de santé soutenable financièrement

L'Institut Santé travaille depuis 2018 sur la conception d'un [programme de refondation](#) de notre système de santé, finalisé et dans le domaine public depuis 2022, et largement partagé avec les responsables politiques de ce pays ([pièce jointe N°2](#)).

Face à un changement structurel de l'environnement démographique, épidémiologique et technologique du secteur de la santé, seule une réforme systémique peut rendre le système de nouveau performant et soutenable.

Trois déterminants nourrissent la dérive structurelle des comptes de l'Assurance Maladie : la hausse de la prévalence des pathologies chroniques (20 % de la population, +400 000 cas par an, 2/3 de la dépense publique, 80 % de sa croissance) ; la faible productivité du système, plombée par un retard numérique colossal - IA comprise ; et des dépenses administratives record (6 % de la dépense contre 3 % dans l'UE), nourries par un financement à deux étages et un millefeuille bureaucratique qui étouffe l'initiative individuelle.

Les arbitrages annoncés le 23 juillet sont au mieux hors sujet, au pire aggravants. Tant que l'État et la CNAM n'attaqueront pas sérieusement ces leviers d'efficience, la situation se dégradera et les plus fragiles en paieront le prix fort.

Le Pouvoir en place semble penser que nous avons le temps d'attendre, que « *ce n'est pas le moment pour réformer* », ce qui nourrit logiquement le déclin du système.

Il n'y a, dans la situation actuelle, ni hasard ni fatalité. Seule fait défaut la volonté politique: la réforme, elle, est prête.

Le PLFSS 2027 peut s'engager sur la voie du redressement et non du pourrissement

Si vous estimez, comme cela a été soutenu ces dernières années, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est pas un bon support pour instiller la voie de la réforme, nous vous joignons un [contre-budget 2026 publié en novembre 2025 par l'Institut Santé \(P.j. N°3\)](#).

Vous verrez qu'il est possible de réaliser 10 milliards d'euros d'économies sans prendre des mesures comptables déclinistes, mais en commençant à emprunter la voie de la réforme vers un futur système de santé adapté à ce nouvel environnement.

Sur ces 10 milliards d'euros d'économies en 2026, 3 milliards pouvaient être réinvestis pour engager le redressement du système.

Sans surprise, le débat sur vos propositions actuelles de décret était déjà présent dans nos travaux en 2025, ce qui montre que le choix de la facilité comptable l'emporte encore sur toute recherche de mesures plus ambitieuses.

Dès connaissance du PLFSS 2027, qui n'est toujours pas accessible au Parlement, l'Institut Santé travaillera sur le contre-budget 2027 et vous en communiquera le contenu.

Madame la Ministre, la grandeur de l'action publique s'évalue à la capacité des responsables politiques à renoncer aux arbitrages délétères lorsque la réalité des faits exige de choisir une autre voie.

Avant de signer ces décrets, nous vous invitons solennellement à examiner les éléments objectifs réunis dans ces documents.

Nous espérons qu'ils vous convaincront qu'il est encore temps de renoncer à ces décrets et de choisir, pour notre système de santé et le bien commun, une autre voie que la facilité comptable.

« Il n'y a de honte qu'à persévérer dans l'erreur », disait Cicéron.

Veuillez agréer, Madame la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées, l'expression de notre haute considération.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a long, sweeping horizontal stroke.

Pr. Frédéric Bizard
Président de l'Institut Santé

p.-s. : Une copie de cette lettre et de ses annexes est adressée à Monsieur Le Premier Ministre et à Monsieur Le Président de la République.

p.j. : Annexes :

1/ Étude d'impact: « *Qui sont les patients structurellement concernés par le doublement des plafonds ?* » - , 26 juillet 2026 – Institut Santé

2/ Programme de refondation en santé : « Quel avenir pour notre système de santé français et son financement ? » - 2026 – Institut Santé

3/ PLFSS 2026 – « Contre budget santé de l'Institut Santé » - 3 novembre 2025 – Institut Santé