

**Le bouclier dit sanitaire, une injustice sociale et une atteinte au système  
solidaire français d'accès aux soins et à la santé  
ou critique du bouclier et des autres propositions de Martin Hirsch (1)**

par Patrick Dubreil, secrétaire, et les membres de la Commission exécutive du SMG

**Chapitre 1 - Martin Hirsch contre la franchise ? Un faux couac gouvernemental**

Pour M. Hirsch, les franchises sur les soins :

A) C'est « **un système de co-paiements mal adapté à notre système de santé** », un « étage supplémentaire » aux dispositifs actuels de co-paiements.

B) C'est « **un nouveau prélèvement obligatoire ...** avec un effet clairement anti-redistributif puisqu'elle pèse uniformément sur tous les ménages, quelles que soient leurs ressources »... « Les franchises remettent ainsi en cause les principes de financement de l'Assurance maladie ».

C) « **Peuvent être particulièrement contre-productives** si elles rationnent le recours à des soins dont l'utilité médicale est importante, notamment les premiers recours au système de soins ».

D) **Posent « la question (problématique) de leur prise en charge par les organismes complémentaires »....** » en risquant d'accroître très sensiblement les difficultés financières des ménages ».

E) « **Pourraient accroître de façon substantielle les restes à charge des ménages pauvres** » et de citer « l'hospitalisation d'enfants en service de soins intensifs pour lesquels ne jouent pas les mécanismes d'exonération au titre des Affections Longue Durée (ALD) », les « actes coûteux (régime du K50) »... ou « les bénéficiaires du minimum vieillesse qui n'ont pas accès à la CMU Complémentaire »...pouvant « se voir amputer de près de 15 % de leur revenu mensuel de 1100 euros » en cas de dépenses de soins subies (chiffre CNAMTS).

Par ailleurs M. Hirsch se dit hostile à la franchise sur chaque boîte de médicament (2)

A ce stade, on se dit que cet homme a parfaitement raison : il se positionne clairement et affirme la nécessité « de solutions alternatives aux franchises ».

Mais lisez la suite...

**Chapitre 2 - Principe du bouclier dit *sanitaire***

Le principe du bouclier dit *sanitaire* est le suivant : il s'agit « d'instaurer un mécanisme de plafonnement en fonction du revenu, du reste à charge, qui puisse être un mécanisme universel, équitable et dont les barèmes peuvent être fixés en fonction des objectifs d'équilibre de l'Assurance maladie ».

Le bouclier limite les sommes annuelles restant à la charge des assurés et est, à la différence des franchises, fonction des revenus : « sans doute entre 3 et 5 % du revenu fiscal des ménages » selon M. Hirsch.

Plus loin : « Le dispositif proposé consiste à déclencher une prise en charge à 100 % automatiquement, dès lors que le reste à charge supporté par un assuré (franchise, forfaits et tickets modérateurs) dépasse un certain montant au cours d'une année civile. Comme le bouclier fiscal créé récemment, un bouclier contre le risque sanitaire se mettrait en oeuvre au-delà d'un plafond de reste à charge ».

De plus, le gouvernement demande à des « experts » d'examiner l'articulation « du bouclier avec le système de tickets modérateurs et de franchises » (3).

### **Chapitre 3 - Critique du discours sur le bouclier dit *sanitaire***

#### **A) Critique de la sémantique**

"Les mots sont trompeurs. Le « bouclier » que propose Martin Hirsch n'a évidemment rien de « sanitaire ». Au mieux, il limitera des dépenses. C'est donc un « bouclier financier », « économique », « social » au mieux si on veut insister sur le fait qu'il est censé protéger les personnes à bas revenus, mais il n'est en aucun cas « sanitaire » " selon Pierre Volovitch, chercheur à l'IRES, franchises et bouclier : des mesures injustes et inefficaces, in *Pratiques* n°39, partie magazine, à paraître : [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

#### **B) Un discours néolibéral à l'encontre du principe de solidarité**

M. Hirsch en préambule constate que l'Assurance maladie est « en déficit depuis (seulement) 20 ans ». Il n'a pas du bien lire l'histoire du reste à charge (cf. **Chapitre 4** - Franchise sur les soins : histoire du reste à charge - document SMG).

M. Hirsch par une pirouette de langage, reprend à son compte cette fameuse prise en charge automatique à 100 % de l'Assurance maladie solidaire mais la détourne de son vrai sens puisqu'il entérine en amont le reste à charge après avoir critiqué la franchise en fustigeant le système de co-paiements quelques lignes auparavant. Qu'on ne s'y trompe, **Martin Hirsch avalise la franchise sur les soins promulguée par M. Sarkozy.**

M. Hirsch écarte donc l'idée initiale des fondateurs de la Sécurité sociale solidaire : pas de reste à charge, remboursement des soins à 100 %.

De plus, **il place l'accès à l'Assurance maladie sous conditions de ressources.** Pour lui les plus pauvres doivent être mieux couverts que les plus riches mais sa proposition de bouclier sanitaire diminue la solidarité car il remet en cause le principe de l'Assurance maladie solidaire où les assurés, à état de santé égal, sont pris en charge de la même manière, la solidarité s'exprimant en amont au niveau des cotisations.

Avec le système de bouclier sanitaire, à revenu égal, les plus malades paieront plus de leur poche, puisque chaque année, la totalité du montant du bouclier restera à leur charge. Et comme les plus malades sont les plus vieux, on rentre dans un système où, à revenu égal, les plus jeunes ne payent plus ou payent moins (car très peu malades) pour les plus vieux. Malheur aux vieux !

Avec le système de bouclier sanitaire, à état de santé égal, plus les assurés auront des revenus élevés, plus ils mettront de temps à atteindre le plafond du bouclier et donc à être pris en charge. Ceci pourrait sembler sur le papier plus juste, car permettant une couverture plus favorable aux plus pauvres (en notant toutefois que 3 ou 5 % d'un revenu faible est en réalité une charge plus lourde que 3 ou 5 % d'un revenu élevé). Mais dans les faits, les plus riches, pour continuer à être pris en charge tout de suite, se tourneront encore plus vers le système des assurances complémentaires et à terme, ils remettront en question leur participation au système public d'Assurance maladie.

**Toute la comparaison européenne montre que plus les prestations sont ciblées sur les plus pauvres, plus on est dans des situations inégalitaires.**

### **C) La question de la morale ou la mauvaise conscience de nos gouvernants**

A peine M. Hirsch s'est-il faussement et apparemment opposé au principe de la franchise sur les soins, qu'aussitôt le voilà « rassuré par le président et la ministre de la santé qui lui donnent l'assurance que les personnes en difficultés seraient prises en compte dans le cadre de l'instauration des franchises »(4). Un mélodrame dont on se serait bien passé, preuve que décidément les propositions concernant le bouclier (et les franchises) ne sont pas totalement assumées par nos gouvernants, d'où la dimension morale qui leurs sont données.

Qui oserait, face à l'inquiétude affichée du Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, remettre en cause le bouclier, et les franchises qui exonèrent les personnes en difficulté ? Le pouvoir ne les instrumentalisent-elles pas en se servant de leur souffrance pour augmenter le reste à charge des autres malades qui, eux, ne seraient pas en difficulté ? Mais qui fera le tri entre les malades ? N'est-ce point là une politique de division et de stigmatisation allant à l'encontre de l'Egalité républicaine ?

M. Hirsch va plus loin dans sa pensée contradictoire : il s'attaque désormais aux patients relevant de l'ALD.

### **D) La stigmatisation des personnes relevant du régime des Affections Longue Durée (ALD) et de la CMU**

Toujours dans la lettre du gouvernement aux deux experts chargés de plancher sur le bouclier, on peut lire : « Le nombre de personnes intégralement couvertes augmente, notamment les personnes atteintes d'une ALD pour ce qui relève de leur pathologie ou les personnes éligibles à la CMU ; les nombreux niveaux de tickets modérateurs entraînent une baisse des taux de remboursement pour certains assurés, tandis que ceux qui sont exonérés de ticket modérateur conservent à leur charge une part de dépenses en moyenne quatre fois inférieure... Il convient de rendre le système de prise en charge de nos dépenses de santé plus juste, simple et rationnel tout en respectant le principe de solidarité qui le fonde » (3).

Dans cette lettre, Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé de la jeunesse et des sports, M. Martin Hirsch et M. Eric Woerth, Ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, tout en jurant aux grands dieux qu'il faut respecter la solidarité, trouvent injuste, compliqué et irrationnel que les plus malades (personnes en ALD) et les plus pauvres (sous CMU) bénéficient de la gratuité des soins. Pour eux, le régime des ALD et de la CMU est une

injustice envers ceux qui n'en bénéficient pas. C'est le renversement du principe de solidarité qu'ils prétendent respecter. Ils veulent rendre le cercle carré.

Martin Hirsch enfonce le clou : « Le bouclier répondrait aux multiples défauts actuels (sic!) du régime des ALD, dont il faut rappeler qu'il représente 58 % de la dépense totale des régimes de base et explique les 2/3 de sa croissance »... Relever de l'ALD a des implications économiques pour M. Hirsch, et aucune implication en terme de maladie, de souffrance, de morbidité, de décès prématurés.

Rappelons à M. Hirsch et consorts que les personnes atteintes d'une ALD (liste de trente maladies) bénéficient de l'exonération du TM (cf. **Chapitre 4** franchise sur les soins : histoire du reste à charge - document SMG) et sont donc prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie solidaire. Le nombre de maladies chroniques augmentant, le nombre de personnes bénéficiant de cette prise en charge augmente : 70 % des montants de remboursement devraient être concentrés sur les ALD en 2015, contre 60 % actuellement et 50 % en 1992. Le gouvernement ne se pose-t-il donc pas la question de savoir pourquoi il y a autant de maladies chroniques relevant de l'ALD et quelle pourrait en être leur traitement préventif ?

### **E) Vers la suppression du régime des ALD**

La solution « radicale », constituant une « étape décisive », et faisant l'objet de l'énoncé du paragraphe 2) de la contribution de M. Hirsch est : « un bouclier **pour remettre à plat les régimes d'exonération existant** ».

« L'idée consiste à substituer aux régimes actuels des ALD, de la 31ème maladie (31ème jour d'hospitalisation ?) et du K50 (actes coûteux) un plafonnement unique du reste à charge, fonction du revenu de la personne ». Autrement dit, le régime des ALD serait purement et simplement supprimé et le système de soins financé par l'impôt et non plus par la cotisation sociale.

Ce dispositif de l'ALD constitue un frein considérable à la privatisation de l'Assurance maladie, il est donc logiquement attaqué par la droite au pouvoir.

M. Hirsch poursuit : « une autre limite du régime des ALD en terme d'équité tient au fait que l'exonération, qui est appréciée par le médecin, n'est pas appliquée de façon homogène ». Et de citer l'inégalité paradoxale des taux d'ALD, plus élevés dans le Sud et le Centre de la France que dans le Nord « qui présente pourtant une surmortalité notamment liée à l'incidence des cancers ». Jusque là rien à redire. Cette inégalité devrait bien entendu être corrigée et les médecins mieux formés sur le système des ALD, mais M. Hirsch n'en dit pas un mot.

Lisez la suite :

Tout en s'apitoyant à l'aide d'un graphique sur « les catastrophes sanitaires des ménages les plus pauvres » ... « que les régimes d'exonération actuels ne suffisent pas à protéger », il affirme sans honte que « l'exonération au titre des ALD est parfois accordée mal à propos. 8 % des patients en ALD (soit 650 000 personnes) ont une dépense moyenne remboursable de 20,3 euros par mois ». Ce qui semble peu. Et alors ? Tant mieux si ces patients consomment peu. Mais pourquoi remettre en cause leur prise en charge au titre de l'ALD ? Dans le cas du diabète par exemple, elle permet la prise en charge précoce et peu coûteuse de la maladie (modifications alimentaires) fondamentale pour ralentir son évolution.

Nous poursuivons la lecture de sa contribution : « Les économies (de la création du bouclier) seraient liées à deux éléments :

1- « **La suppression des exonérations de ticket modérateur (TM) pour les patients en ALD en dessous du seuil du bouclier** ».

Les malades sous ALD et consommant peu seraient donc sanctionnés par le paiement du TM et uniquement en raison de critères économiques.

« Pour ne pas faire de perdants, la mise en œuvre de cette mesure pourrait être envisagée dans un premier temps en préservant les situations acquises, jusqu'au renouvellement des protocoles ALD ». Beau joueur, M. Hirsch leur accorde un répit de quelques mois... avant la clôture des droits.

2- « L'accroissement des copaiements existants, par exemple en créant une franchise d'ordre public (de 1 ou 2 jours) en matière d'indemnités journalières maladie". M. Hirsch ne craint pas de se contredire (cf. **Chapitre 1** et infra : franchise sur les indemnités journalières).

**F) Repenser le rôle des complémentaires ?**

Pour M. Hirsch, « le bouclier sanitaire pourrait constituer un puissant levier pour repenser le rôle des complémentaires »... « De façon paradoxale près des deux tiers des personnes exonérées de ticket modérateur au titre des ALD ont une complémentaire ». M. Hirsch n'imagine pas que c'est à cause de l'ordonnance bizone créée par le plan Séguin en 1986 et qui restreint les remboursements (cf. **Chapitre 4** - Franchise sur les soins : histoire du reste à charge - document SMG).

Extraits du discours de M. Hirsch sur les complémentaires :

« L'existence d'un bouclier sanitaire supprimerait ce motif de recours aux complémentaires et clarifierait la spécialisation de ce marché (nous soulignons) sur certains risques (optique, dentaire et médicaments)... A noter que la création d'un plafond de reste à charge selon les revenus devrait logiquement conduire les complémentaires à moduler leurs primes et cotisations selon les revenus et ainsi à réduire le prix de leurs produits pour les ménages les plus modestes... La création d'un bouclier sanitaire gagnerait néanmoins à être entreprise de façon combinée avec la mise en œuvre de la proposition du président de la République consistant à étendre les aides proposées pour l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)... Une approche plus innovante pourrait consister à ouvrir le droit à toute personne d'adhérer à la CMUC comme à toute autre complémentaire. Le taux de cotisation pratiqué serait fonction des niveaux de ressources de la personne avec une aide implicite correspondant au crédit d'impôt ».

M. Hirsch prend ses désirs pour la réalité. Cette approche bien naïve sur les complémentaires santé ne tient pas du tout compte de la réalité et notamment de l'effet de seuil du modèle CMU : injustice pour ceux qui sont au dessus du seuil, création d'une population « stigmatisable » pour ceux qui sont en dessous. De plus cette approche fait l'impasse sur l'existence des puissantes et influentes assurances privées.... qui entrent en concurrence avec les mutuelles.

Les mutuelles ne font au contraire qu'augmenter leurs tarifs et elles vont faire payer plus ceux qui auront les plus grosses franchises, non pas potentiellement les plus riches mais réellement les plus malades. Donc la prise en charge des franchises par les complémentaires sera un puissant

incitatif à augmenter les tarifs pour ceux qui risquent le plus d'être malades, à savoir les personnes âgées. Cela se fait déjà, cela devrait se faire encore plus.

Enfin, les dispositifs (crédits d'impôts) mis en place pour permettre aux plus modestes d'accéder à une complémentaire sont, pour le moment, un échec. Pour en savoir plus lire Pierre Volovitch, chercheur à l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES) : « Le mensonge de la complémentaire pour tous », page 70-74, *Pratiques* n° 36, 1er trimestre 2007 et page 126, *Pratiques* n°37/38, été 2007.

### **G) Une référence fantasmagorique à l'Allemagne**

La mise en place du bouclier dit sanitaire prétend s'appuyer aussi sur l'exemple de l'Allemagne où existe un plafonnement du reste à charge.

La comparaison est erronée (comme dans le cas de la franchise) : en Allemagne, les caisses ont la capacité de plafonner l'impact de la franchise en fonction du revenu des plus modestes. La réforme entrée en vigueur au 1er janvier 2004 a limité le montant des dépenses financées directement par le patient à 2% de son revenu annuel brut (1 % pour les malades chroniques). De plus en Allemagne il n'existe pas de complémentaire santé et le prélèvement ne s'effectue pas au niveau des actes.

En France, les caisses d'assurance maladie sont dans l'incapacité totale de réaliser le plafonnement de la franchise en fonction des revenus, le directeur de l'Assurance maladie, Frédéric Van Roekeghem l'a reconnu lui-même en juillet 2007. Quelle modification de la chaîne informatique faut-il entreprendre ? Et à quel coût ? Tant que personne ne dira comment on réalise cette opération, il manquera un élément au raisonnement.

H) « Le bouclier sanitaire a du plomb dans l'aile » (5)

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) adresse aussi une mise en garde dans un rapport annuel (publié le 13 juillet 2007). Le HCAAM ne juge « pas pertinent d'envisager de faire varier les franchises avec le revenu...les frais de gestion de la base ressources seraient élevés ; la mise en place de la collecte des déclarations de revenu reculerait la mise en place des mesures. La CFTC a suggéré de reporter le bouclier sanitaire à 2010 lors d'un entretien avec Roselyne Bachelot » selon le Quotidien du médecin.

Autre remarque et de taille : dans cette nouvelle société dans laquelle les heures supplémentaires sont exonérées d'impôts et de cotisations sociales, le revenu sur lequel est calculé ce bouclier, quel est-il ? Le « revenu fiscal des ménages », comme proposé par M. Hirsch ? Le revenu réel net des ménages ? Le revenu avec ou sans heures supplémentaires ? Calcule-t-on le bouclier sur le revenu de l'année dernière ? Et si la situation sociale a changé depuis l'an dernier, par exemple, par une période de chômage, comment calcule-t-on ce bouclier ? Bref, la gestion de cette nouvelle usine à gaz risque d'être très complexe.

## **Chapitre 4 - Critique des autres propositions de Martin Hirsch**

### **A) Franchise sur les indemnités journalières (IJ)**

Pour M. Hirsch, les IJ sont un « coût élevé (5,4 milliards d'euros en 2006) et source d'abus et d'inégalités ».

Pour M. Hirsch, ce système d'IJ est « inéquitable » puisqu'en cas d'arrêt de travail, certains travailleurs (convention collective) bénéficient d'une absence de délai de carence et d'autres ont ce délai de carence de trois jours, c'est-à-dire qu'ils ne touchent pas ou peu de salaire.

M. Hirsch ne propose pas d'étendre les conventions collectives à tous afin que tous n'aient pas ce délai de carence.

M. Hirsch, *décrète* que le système des IJ est « inflationniste et soumet les médecins, notamment les généralistes à une pression très vive de la part de leur patients » (sous entendu pour se faire mettre en arrêt de travail)

Outre la stigmatisation des travailleurs (supposés fainéants ?), M. Hirsch oublie de signaler le montant des sommes que doivent les employeurs au régime général de la Sécurité sociale au titre des Accidents de travail et maladies professionnelles non déclarés comme tels et pris en charge par la branche maladie du régime général, ce qui théoriquement ne devrait pas être le cas. De plus M. Hirsch connaît mal la pratique de la médecine générale et ne parle pas du renforcement des contrôles d'arrêt de travail mis en place par la réforme Douste-Blazy du 13 août 2004 pour *faire des économies sur le dos des travailleurs*. S'il allait plus sur le terrain, ou s'il lisait les rapports des associations de médecins du travail ou la presse généraliste, il s'apercevrait que les conditions de travail se dégradent et que les patients refusent souvent de s'arrêter, alors que leur état de santé le mériterait, par peur de subir du harcèlement au travail ou d'être licencié.

Non, il vient plutôt à l'idée de M. Hirsch de créer un « mécanisme original *d'un premier jour d'indemnités journalières avec franchise d'ordre public...non pris en charge, ni par l'employeur dans le cadre des conventions collectives, ni par une assurance complémentaire* ». Comme proposition tordue, qui dit mieux ?

Cette mesure originale aurait un effet « dissuasif » (pour empêcher les personnes de s'arrêter de travailler).

Plus loin : « *Ce mécanisme jouerait par définition comme une franchise modulée en fonction des revenus* ».

« *Si un tel mécanisme pouvait être retenu, il conviendrait de l'assortir :*  
- de l'obligation de l'employeur d'accepter des RTT pour le premier jour,  
- de la possibilité de lever l'ordre public, sur demande de l'assuré, quand il s'avérerait que c'est le premier jour d'une grave maladie »

Cette proposition choisit de remplacer les jours d'arrêt de travail (arrêt maladie) en RTT, ce qui est un déni du droit d'être en arrêt pour maladie.

Seraient exonérés de la franchise d'ordre public, les personnes atteintes d'une *grave maladie*. Encore une démarche administrative pour défendre son droit d'être *gravement malade*. Qui choisira entre ceux gravement malades et les autres moins gravement malades ?

« *Un tel mécanisme pourrait être conjugué avec la possibilité de transférer le pouvoir de prescrire les arrêts maladie aux médecins conseils, ce qui pourrait être expérimenté dans une région* », continue M. Hirsch.

Les médecins généralistes apprécieraient-ils ce transfert de pouvoir à des médecins, jugés arbitrairement par M. Hirsch, plus compétents qu'eux en la matière ? Des dérives d'abus de pouvoir et des accidents chez les travailleurs malades ne manqueraient pas d'apparaître pour absence d'arrêt de travail.

## **B) Une taxe nutritionnelle : taxe sur la junk food**

Pour M. Hirsch, il s'agit aussi de penser aux « objectifs de santé publique » (enfin...) en créant une taxe « cohérente avec le problème majeur de la prévention de l'obésité et des déséquilibres alimentaires ».

Extraits :

« Cette piste est proposée par la Direction de la Sécurité Sociale. Elle est inspirée des modèles étrangers. Certains pays, parmi lesquels le Canada et 18 Etats américains, ont en effet déjà mis en œuvre une telle forme de fiscalité ciblée. Il peut s'agir de mettre en place une taxe sur la « junk food » ciblant quelques aliments jugés non satisfaisants sur le plan nutritionnel (boissons sucrées gazeuses, snacks salés et sucrés...). Un groupe de travail inter-administratif s'est réuni au début de l'année 2006 pour déterminer les conditions d'élaboration de cette taxe. Son rapport envisage positivement une telle idée et souligne la faisabilité juridique et technique d'une telle mesure, notamment au regard du droit communautaire. Plusieurs scénarios techniques ont été envisagés : création d'une taxe sur les seules boissons sucrées ; création d'une taxe sur les produits solides dits de « grignotage » ; création d'une taxe sur les produits en fonction de critères nutritionnels. »

Pourquoi pas, mais cette mesure serait plus conjoncturelle que structurelle et nul doute que les lobbies industriels de l'alimentation s'y opposeraient farouchement.

## **Chapitre 5 - Bilan financier des propositions de M. Hirsch :**

Bouclier sanitaire	500 M euros à 1 Mds euros
Franchise d'ordre public sur les IJ	180 à 250 M euros
Taxe nutritionnelle	200 M euros à 1 Mds euros
Amélioration de la CMUC	0 M euros

Le tableau ci-dessus est présenté tel quel dans la contribution de M. Hirsch. Comme on le voit, les économies envisagées sont dérisoires et ne combleraient pas le déficit de l'assurance maladie.

## **Chapitre 6 - Conclusion**

**Comme les franchises dites médicales n'ont rien de médical, le bouclier dit sanitaire n'a rien de sanitaire. Ces deux mesures sont financières et ponctionnent encore plus le portefeuille des usagers. Elles sont un cautère sur une jambe de bois, car :**

- 1) Elles ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé
- 2) La question n'est pas celle du niveau des dépenses, mais de leur évolution : la franchise et le bouclier sanitaire ne peuvent agir sur cette évolution



3) Les dépenses de santé sont, une année donnée, concentrées sur une petite partie de la population et sur des maladies chroniques : la franchise et le bouclier en aucun cas ne diminueront ces dépenses concentrées : rendre plus difficiles les recours aux soins n'a pas de sens en terme de maîtrise des dépenses.

4) Une des propositions de M. Hirsch consiste à faire payer les patients en ALD 30 ce qui est une régression fondamentale de plus de la solidarité.

**Alors NON au bouclier, OUI à la solidarité !**

**Une résistance s'organise...**

**(cf. document SMG : La franchise sur les soins, une injustice sociale et une atteinte au système solidaire français d'accès aux soins et à la santé).**

### **Bibliographie**

(1) « Contribution aux réflexions sur l'Assurance maladie : propositions d'un schéma alternatif à la franchise pour atteindre les objectifs fixés » - Martin Hirsch, Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté - 2007.

(2) La « franchise » poursuit son chemin en douce - *Le Canard enchaîné* - 1er août 2007

(3) Lettre du gouvernement du 10 juillet 2007 à M. Bertrand Fragonard, Président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et M. Raoul Briet, Président de la commission de périmètre des biens et services remboursables (nous soulignons) de la Haute Autorité de santé, (ancien directeur de la Sécurité sociale au ministère), demandant, pour fin août 2007, une première synthèse de leurs travaux portant sur l'analyse des enjeux et des modalités techniques de la proposition de bouclier « sanitaire » de Martin Hirsch. Le président de la République coupe l'herbe sous le pied de son propre gouvernement en décidant la création de la franchise dès le 31 juillet 2007. Le 4 septembre, le Quotidien du médecin annonce que le rapport Fragonard/Briet est reporté à la mi-septembre selon le Ministère de la santé sans aucune explication....à suivre....

(4) Dépêche de l'AFP - *Libération* - 22 mai 2007

(5) *Le Quotidien Du Médecin* - N°8202 - Jeudi 19 juillet 2007.