

La franchise sur les soins, une injustice sociale et une atteinte au système solidaire français d'accès aux soins et à la santé

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

Ordonnance du 04 octobre 1945 (extrait) : « *La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes...La Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre...* »

Article 1er de la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 : « *Le Gouvernement souhaite réaffirmer les principes sur lesquels l'Assurance maladie a été fondée. Notre système est obligatoire, universel et solidaire. L'accès à des soins de qualité est garanti à tous les assurés sociaux.* »

« *Je ferai tout après parce que j'ai tout dit avant* » (Nicolas Sarkozy) (1)

Chapitre 1 - Une franchise dite *médicale*

A) Ses caractéristiques

1) « Une franchise de 50 centimes d'euros est prévue sur l'achat de chaque boîte de médicaments et sur chaque acte paramédical (infirmières, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, podologue). Pour les transports par ambulance, elle s'élèvera à 2 euros » **(2)**.

2) Elle est individuelle et n'est pas fonction du revenu.

3) Elle devrait être mise en place à partir du 1er janvier 2008, et sera intégrée dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2008. Ce PLFSS sera examiné en première lecture à l'Assemblée nationale **du 23 au 26 octobre 2007**.

4) Des mesures associées sont censées apporter trois garanties :

a) Comme pour le forfait de 1 euro mis en place en 2004 sur les consultations médicales et les analyses, les enfants de moins de 16 ans, les femmes enceintes (estimées à 800 000 chaque année), les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (quelque 4,7 à 6 millions de personnes) et de l'Aide médicale d'Etat seraient exclus de ce système de franchises" (2) Ce qui fait dire à la ministre de la santé que cette réforme est « juste ».

b) Un *plafond global annuel* par assuré social de 50 euros sera institué, « pour protéger les plus malades », selon la ministre de la santé. Autrement dit, les assurés paieront une franchise de 50

euros par « accumulation »... « environ 4 euros par mois » (plus précisément 4,17 euros par mois = 50 euros divisé par 12 mois). Au delà de 50 euros, en principe aucun forfait n'est appliqué.

c) La franchise sera non remboursable par les mutuelles ... ou remboursable en partie mais les mutuelles seront alors pénalisées financièrement.

Le chef de l'Etat souhaite que cette franchise puisse être « prise en charge par les assurances complémentaires santé ». Le ministère de la santé indique quant à lui que la prise en charge par les complémentaires santé serait « possible, mais limitée par un mécanisme de *contrat responsable* » (2). Autrement dit, si les mutuelles remboursent la totalité de la franchise, elles perdront toute une série d'exonérations fiscales et sociales, dont bénéficient les « contrats RESPONSABLES ».

Il s'agit ici d'un leurre pour rendre complexe le système de financement qui en réalité aboutit à un constat simple : le reste à charge des patients augmentera toujours plus, directement par la franchise ou indirectement par l'achat toujours plus coûteux d'une mutuelle (40% de hausse des cotisations des mutuelles au cours des quatre dernières années) (3).

5) La franchise s'ajoutera aux autres frais restant à charge pour les usagers (cf. **Chapitre 4**).

6) Un seuil annuel de dépenses de soins sera fixé par le gouvernement en dessous duquel l'assurance maladie ne rembourse rien.

La franchise sera *modulable* en fonction du niveau du déficit de l'Assurance maladie : « c'est le Parlement qui en décidera dans le cadre du débat démocratique » (4). Cependant le candidat de l'UMP à la présidentielle a déjà tranché : « si l'Assurance maladie est équilibrée, on baisse la franchise, si elle n'est pas équilibrée on augmentera la franchise » (5). Comme le déficit ne cesse d'augmenter, le montant de la franchise augmentera automatiquement.

7) L'économie visée est de 850 millions d'euros (dont 700 millions sur la franchise des boîtes de médicaments), 1 milliard d'euros selon un journal satirique (6). En additionnant les co-paiements et autres déremboursements, l'addition atteindra 1,5 milliards d'euros pour les assurés en 2008 (cf. **Chapitre 4**).

8) La franchise servira à financer de nouveaux besoins :

Contrairement à ce qui était prévu, « l'objectif n'est plus de combler le déficit de l'Assurance maladie, mais de financer de nouveaux besoins, à savoir la prise en charge des personnes âgées dépendantes : la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer et le financement des soins palliatifs par le doublement de leurs structures » (2) (7). C'est un coup paradoxal et *tordu* puisque le gouvernement donne dans la main de certains malades ce qu'il prend dans la main de tous les malades (8).

B) Une franchise dite *médicale*, ou un vernis scientifique pour un projet commercial

En quoi cette franchise est-elle « médicale » ? N'est-il pas donné un vernis scientifique à un projet commercial ? N'est-ce pas là un « nouvel art du mensonge ?...L'assemblage des deux mots crée un effet démultiplicateur car, en guise de médecine, c'est *le coup de grâce* » (9)

L'objectif réel de cette franchise n'est-il pas de réduire les dépenses publiques et d'ouvrir la protection sociale solidaire française au marché ?

La franchise est une fourberie pour ne pas dire un vol... et elle n'a rien de *médicale* car seulement de prétention économique (cf. **Chapitres 5 et 6**).

C) Une franchise présentée comme inéluctable

La loi du 13 août 2004 de Douste-Blazy portant réforme de l'Assurance maladie crée un *comité d'alerte* sur les dépenses de santé, composé de technocrates libéraux, dont la mission est de réagir dès que les dépenses de santé dépassent de 0,75 % l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM).

« Jusqu'ici, la tendance était de dire que... les dépenses étaient maîtrisées grâce à la réforme Douste-Blazy. Mais juste après la présidentielle, le 29 mai 2007, le *comité d'alerte* annonce que les dépenses repartent à la hausse et qu'il y a 2 milliards de dépassement... Pour la première fois depuis sa mise en place, ce *comité* déclenche **une procédure automatique** selon laquelle le gouvernement, le Parlement et la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) sont sommés de prendre dans le mois suivant les mesures nécessaires afin de redresser les comptes de la Sécurité sociale »... (10)

L'intervention du *comité d'alerte* a servi de justification à la décision du président de la République de créer une franchise sur les soins, suivant ainsi son programme de campagne.

Chapitre 2 - Une cinquième branche de la Sécurité sociale, non solidaire

Parallèlement à la décision de créer une franchise sur les soins, « M. Sarkozy confie le dossier de la création d'une 5^e *branche* de la Sécurité sociale au ministre du travail Xavier Bertrand. Avec un impératif, sa mise en oeuvre dès 2008 » (2).

Les quatre branches existantes sont : maladie, vieillesse, accidents du travail et famille. La 5^e branche envisagée est : la dépendance.

Le chef de l'Etat parle de la prise en charge de la dépendance comme d'un « objectif de civilisation » (11) : les franchises annoncées initialement comme un moyen de renflouer les caisses de l'Assurance maladie lui seraient destinées. Son financement et sa gestion seraient multiples. La 5^e branche relèverait de l'Etat mais aussi des collectivités locales et du système assurantiel complémentaire.

Il n'y a pas de frontière entre soins et prise en charge de la dépendance, alors pourquoi l'Assurance maladie ne prendrait-elle pas en charge la dépendance ? Avec cette 5^e caisse, à laquelle le gouvernement risque de transférer de plus en plus de charges pour les patients, on s'éloigne du système d'Assurance maladie solidaire. Drôle de mission civilisatrice que de confier à des intérêts privés le sort des personnes âgées parmi les plus handicapées de notre société...

Chapitre 3 - Critique de la franchise et du discours sur la responsabilisation des « assurés » sociaux

« Un homme cherche sa montre sous un réverbère. Un autre homme lui pose la question : "c'est là que vous l'avez perdue ?". Et le premier répond : "non, mais ici il y a de la lumière". Penser une autre organisation du système de soins, c'est un peu obscur pour ceux qui nous dirigent. Alors que faire payer plus, ils savent le faire (ou croient le savoir), ils vont sous le réverbère (créent des franchises), là où il y a de la lumière et où ils croient trouver la solution, plutôt que d'aller vers ce qu'ils ne connaissent pas ou moins (le système de soins), mais où ils retrouveraient leur montre. »
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

A) Une franchise infondée sur tous les plans : éthique, médical, politique et économique

Syndicat de la Médecine Générale, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60 e-mail : syndmedgen@free.fr – site : <http://smg-pratiques.info>

« **Il ne faut pas envisager ces franchises sous l'angle d'un rationnement des soins mais sous celui d'une responsabilisation des patients** » (Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports) (12)

« **Nous parlons d'assurance maladie ... Y a-t-il une seule assurance sans franchise ?** » (Nicolas Sarkozy - convention santé de l'UMP - 27 juin 2006).

Escamotant habilement le mot *solidaire*, M. Sarkozy traite la protection sociale comme une simple question d'assurance commerciale (1). Et en effet, la franchise est une idée qui vient du monde de l'assurance. Selon les assureurs, l'assuré dépense plus parce qu'il sait qu'il est assuré, il faut donc lui faire supporter une partie du coût pour le *responsabiliser*... Le discours assurantiel prétend utiliser cet outil de la franchise comme moyen d'agir sur l'évolution des dépenses de santé.

L'augmentation de ces dépenses serait liée au comportement *irresponsable* des patients. D'où une pénalisation financière des assurés sociaux pour qu'ils consomment moins ou que la Sécurité sociale rembourse moins. A chaque nouvelle participation financière de l'usager, c'est la même *antienne* qui est mise en avant : *la responsabilisation*. La franchise sur les soins repose uniquement sur les patients au nom de leur *responsabilisation*. Mais cette idée oublie plusieurs choses :

1) La distinction entre assurance et solidarité :

La consommation de soins n'est pas du même type que d'autres consommations, elle est une consommation subie et non choisie. La question essentielle est de savoir si le soin est une marchandise ou relève d'un projet de société. L'assurance individuelle automobile, incendie, dégâts des eaux, d'abonnement à Internet ou à la téléphonie mobile est une chose. Se soigner grâce à l'Assurance maladie solidaire, c'est autre chose. Etre responsable c'est d'abord se soigner, le mieux et le plus vite possible. Et se soigner, c'est un Droit de l'Homme inscrit dans la Constitution. La Haute autorité de lutte contre les discriminations l'a réaffirmé en 2007.

2) Les malades ne sont pas entièrement responsables des prescriptions des médecins :

Etre responsable pour un professionnel de santé, c'est prescrire à moindre coût, à meilleure efficacité et à moindre toxicité (*primum non nocere* : premièrement ne pas nuire), donc se former de manière indépendante, et mettre à disposition du malade tous les moyens que propose le système de soins.

3) Les malades ne sont pas entièrement responsables des décisions politiques, administratives et sanitaires :

Etre responsable pour un décideur politique ou sanitaire, c'est organiser le système de soins avec le moins d'obstacles possible pour l'accès aux soins et une information claire et transparente sur l'offre de soins, les tarifs pratiqués, l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé.

4) L'augmentation du *reste à charge* pour les ménages ne permet pas de réduire les dépenses de santé (et le déficit de l'assurance maladie) et ceci pour trois raisons :

a) Les pays qui maîtrisent le mieux leurs dépenses de santé sont ceux qui les *socialisent* le plus (Royaume Uni, Suède, Danemark) : plus la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé est forte (77 % en France, seulement 42 % aux USA), plus les dépenses totales de santé en % du produit intérieur brut (PIB) sont faibles (11,1 % en France en 2006, plus de 15,3 % aux USA). Autrement dit, quand la part du reste à charge (franchises, forfaits, ticket modérateur) est importante, les dépenses totales de santé peuvent être importantes. **La meilleure façon de maîtriser les dépenses de santé, c'est d'être solidaires** et de limiter au maximum, voire supprimer le *reste à charge*.

b) Les dépenses de santé sont très fortement concentrées sur un très petit nombre de patients : une année donnée, les 5 % de personnes qui consomment le plus sont à l'origine de la moitié des dépenses (10 % de personnes qui consomment le plus sont à l'origine de 2/3 des dépenses) alors que la moitié de la population est à l'origine de 5 % des dépenses (source CNAM-EPAS). La franchise vise les petits consommateurs mais s'attaque aux dépenses de santé là où elles sont peu importantes. La franchise ne pouvant en aucun cas agir sur la consommation des personnes gravement malades, les dépenses de soins et de santé continueront d'augmenter. Le chef de l'Etat vise totalement à côté de la cible. L'augmentation des dépenses de soins est liée en partie à la désorganisation du système de soins, aux modes inflationnistes de consommation et de rémunération des professionnels, à leur dépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques et à l'absence de prévention des maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, allergies, etc...). **La question des dépenses de santé est donc une question d'organisation du système de soins, d'indépendance professionnelle et de prévention en amont des maladies, pas une question de responsabilisation des patients.**

c) En limitant l'accès aux soins primaires, la franchise va renforcer les inégalités de santé mais également augmenter la dépense de santé : en effet, si les personnes retardent ou renoncent à avoir recours aux soins, les pathologies dont elles souffrent s'aggravent. Elles ont recours aux soins plus tard. Les soins sont plus onéreux (pathologies plus graves) pour un résultat sanitaire moins bon. Ce phénomène existe déjà, il est connu : les catégories modestes utilisent moins la médecine ambulatoire (les dépenses de médecine ambulatoire des cadres sont supérieures de 16% à celles des ouvriers) et ont un recours plus important à la médecine hospitalière (les dépenses de médecine hospitalière des ouvriers sont supérieures de 13% à celle des cadres). Ce qui entraîne un retard de soins des patients les plus modestes et une dépense de santé plus importante. Pour une consommation moyenne de 100, celle des cadres est de 91, celle des ouvriers non qualifiés de 118. Les mêmes constats sont faits pour l'optique et le dentaire. (source : les déterminants individuels des dépenses de santé - Etudes et résultats n°378 - février 2005 - Direction de la Recherche des Etudes et de la Statistique (DREES) - Ministère de la santé). **En retardant l'accès aux soins, aucune économie n'est faite, au contraire les dépenses de santé augmentent et les inégalités sociales face à la santé se dégradent.**

B) Une référence *fantasmagorique* à l'Allemagne

La mise en place de la franchise prétend s'appuyer sur l'exemple de l'Allemagne où existe une franchise. Trois remarques pour montrer que la comparaison est erronée :

1- L'existence d'une franchise en Allemagne ne prouve pas que c'est une bonne mesure. Si l'objectif est de maîtriser les dépenses de santé, s'appuyer sur l'un des rares pays d'Europe (avec les USA) plus dépensier que les autres est une idée curieuse (dépenses totales de santé une année donnée : 10,6 % du PIB en Allemagne; 9,3 % en France ; source OCDE). En 2006, le chiffre est à 11,1 % pour la France, nous n'avons pas le chiffre allemand, mais celui-ci a du aussi augmenter.

2- En Allemagne, l'accès au médecin généraliste est gratuit (tiers payant intégral), la franchise ne s'applique pas à ce niveau, contrairement au projet français de M. Sarkozy.

3- 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). En France, les caisses d'assurance maladie sont dans l'incapacité totale de réaliser ce type de plafonnement, le directeur de l'Assurance maladie, Frédéric Van Roeykeghem 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.

C) Un discours néo conservateur à l'américaine qui nie l'histoire sociale des solidarités

« Aux Etats-Unis, à la fin des années 1960....les républicains réussissent à faire passer la ligne de fracture économique, non pas entre riches et pauvres, capitalistes et ouvriers, mais entre salariés et assistés, Blancs et minorités raciales, travailleurs et fraudeurs ». C'est le « populisme de droite » (13).

Le discours néo conservateur américain dont M. Sarkozy est l'héritier lui a permis d'accéder au pouvoir en France. Ce discours trompe et divise le peuple, il crée des peurs irrationnelles et tend à nous faire croire qu'il existe des barrières infranchissables entre bien portants et malades, entre travailleurs et personnes assistées, entre français et immigrés, etc. Cette société figée est fantasmée. Imposée, elle est porteuse de ressentiments et de haines entre catégories sociales et est dangereuse pour les droits, la démocratie et les libertés de chacun et de tous.

Selon François Ewald, idéologue libéral proche du patronat, cité par Julien Duval, la Sécurité sociale serait « impuissante à couvrir les nouveaux risques (comme l'exclusion)... Le citoyen de l'Etat-providence serait un être humain, décidément trop humain, qui *profite des solidarités* mais oublie qu'il a des devoirs en contrepartie. Il a beau être surprotégé, il en demande toujours plus » (14). Le citoyen profiterait et abuserait du système de protection sociale. C'est bien de ce dogmatisme dont se nourrissent nos gouvernants politiques : une dénonciation constante de l'assuré *irresponsable*.

Le discours sur la *responsabilisation* des assurés sociaux est un discours populiste *culpabilisant et stigmatisant* les malades, visant à mieux faire accepter les sacrifices par la réforme de la franchise, alors même que les bénéfices de l'industrie pharmaceutique et du secteur privé de la santé sont florissants (cf. **Encadré**).

En réalité être bien portant est relatif, la maladie peut survenir à tout moment, les politiques d'aides publiques se sont multipliées créant des revenus d'assistance, des sans emploi peuvent devenir employés et vice versa, le clivage réel se fait entre riches et pauvres. C'est un terreau pour toutes les tentations politiques démagogiques.

Surtout, les néolibéraux nient l'histoire solidaire de la société française au travers les combats et les idéaux de la Résistance, les combats collectifs du monde ouvrier et paysan et de la gauche, pour la justice sociale et l'épanouissement des individus. Les néolibéraux nient **la conquête exemplaire qu'est la création de la Sécurité sociale**, ils ont une vision infantilissante et méprisante des citoyens.

D) La question de la morale ou la mauvaise conscience de nos gouvernants face à une *double peine*

« Mais enfin ... on a voté pour lui ... mais pas pour ça (le système de franchise sur les soins) » me dit une patiente de 72 ans. Mais si. Vous avez voté contre l'Autre, celui que l'on vous a désigné responsable de tous les maux (le malade, l'assuré social, l'usager). Et vous découvrez, brutalement, que dans l'esprit des puissants, l'Autre, c'est vous" (15).

« Le 31 juillet, à Dax, Nicolas Sarkozy annonce des mesures en faveur des personnes âgées dépendantes par de nouvelles franchises pour les assurés sociaux » (2) en posant devant les caméras au côté du personnel de l'hôpital de Dax-Côte d'argent et en serrant les mains des résidents âgés. Autrement dit, les téléspectateurs assistent à un habillage compassionnel qui joue sur l'émotion, ficelle habituelle chez M. Sarkozy destinée à masquer l'impopularité et l'injustice des mesures qu'il prend. Sa ministre de la santé n'est pas en reste : « ... quant aux soins palliatifs, je vous assure que quand nous sommes allés à ... avec le président de la République, c'était terriblement émouvant. Lui et moi avons les *larmes aux yeux* devant la dignité de ces familles et des personnels soignants » (16).

Toujours le 31 juillet, Nicolas Sarkozy nomme le Professeur de médecine et de santé publique Joël Ménard à la tête de la commission chargée de mettre en place « *le plan Alzheimer, un chantier présidentiel !* » Cette commission doit rendre ses propositions le 21 septembre prochain, date de la journée mondiale de lutte contre la maladie, « qui, demain, peut concerner chaque famille » affirme la larme à l'oeil notre président (11).

L'argumentaire gouvernemental pour justifier la franchise est donc empreint d'une morale paternaliste, de charité, de bons sentiments déballés sur la place publique. Nous avons à faire à une campagne médiatique bien orchestrée.

Et c'est finalement le plus étonnant de cette triste histoire : **les propositions concernant les franchises ne sont pas totalement assumées d'où la dimension morale qui leurs sont données.** En effet le gain concernant ces franchises sera affecté à des causes chargées de dimension humaine voire tragique, nous l'avons dit : la maladie d'Alzheimer, la recherche contre le cancer, le développement des soins palliatifs.

Qui oserait, face aux larmes de souffrance affichée de notre président, remettre en cause la franchise ?

S'offusquer contre ces nouveaux prélèvements, c'est dès lors apparaître comme un individualiste immonde, et osons le dire « un salaud ».

Mais effectuer un geste comme celui de M. Sarkozy, qui se veut moral dans un but très intéressé, n'est-ce pas l'expression même d'une immoralité ? Les malades d'Alzheimer et les cancéreux ne reçoivent-ils pas *une double peine*, le pouvoir les instrumentalisant en se servant de leur souffrance pour augmenter *le reste à charge* des malades dont ils font parti ?

E) Un amalgame entre pauvreté et irresponsabilité

« La maladie d'Alzheimer a bon dos » écrit un journaliste du *Canard enchaîné* le 22 août 2007 face au discours gouvernemental de minimisation des coûts pour les usagers.

La franchise est d'un montant *modeste* selon le communiqué présidentiel. Un reste à charge ? *Ah bon ?* s'étonne notre Roselyne Bachelot nationale : « Quelle est la personne qui ne peut pas payer 4 euros par mois sur des objectifs (plan Alzheimer) aussi importants ? » interroge-t-elle ainsi dans un entretien à *Sud Ouest* accordé lors de ses vacances à Biarritz (17). « De nombreuses personnes ne peuvent pas payer » lui rétorque la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH).

Le discours du pouvoir feint d'ignorer les personnes aux revenus les plus bas qui ont du mal à *joindre les deux bouts*, ceux pour qui 1 euro compte et qui n'ont pas les moyens de payer 10, 20, 30, 40 euros par mois pour l'achat d'une mutuelle. Ce que le gouvernement ne dit pas c'est que les co-paiements se multiplient (cf. **Chapitre 4**). Et puis n'oublions pas que la franchise est INDIVIDUELLE : « la note sera donc d'autant plus *salée* que la famille est nombreuse » (6).

A chaque fois que l'on lit le mot *responsable* sur les contrats ou que l'on entend le mot *responsabiliser* dans les discours, c'est toujours une ponction de plus au portefeuille des malades.

Une fois de plus, les seules personnes *responsabilisées* seraient celles pour qui le coût des soins poserait un problème : une fois de plus, l'amalgame entre pauvreté et irresponsabilité est entretenu.

F) Un simple effet d'annonce ?

Le *plan Alzheimer* annoncé par M. Sarkozy est « le troisième en six ans » (2).

« Les objectifs des plans précédents n'ont jamais été atteints, le nombre de places d'accueil reste insuffisant. L'association *France Alzheimer* craint que ce nouveau plan privilégie la recherche au détriment de la prise en charge des malades et des familles. Elle demande si les moyens seront à la hauteur » (18).

En attendant, on assiste plutôt à des fermetures de lits à l'hôpital public, notamment en gériatrie et à une pénurie de personnels soignants.

G)-La responsabilisation des malades à toutes les sauces

« On devra responsabiliser les malades à travers le dossier médical personnel partagé (en réalité : Dossier médical personnel informatisé) qui permettra de le transmettre à tous les médecins ayant affaire à un malade, permettant d'éviter de refaire des examens inutiles » (Roselyne Bachelot) (17)

Les malades ont bon dos, les contribuables aussi : cf. **Encadré**, coût du DMP informatisé ; voir aussi le site du SMG : <http://www.smg-pratiques.info/> rubrique analyse : **DMP informatisé, dix bonnes raisons de l'abandonner** - 18 mai 2007.

H) Conclusion, les franchises c'est un cautère sur une jambe de bois, car

1) Sauf à être fixées à un niveau inacceptable, elles ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé (cf. **Encadré**)

2) La question n'est pas celle du *niveau* des dépenses, mais de leur *évolution* et les franchises ne peuvent agir sur cette *évolution* (cf. **Encadré**)

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

Chapitre 4 - Des franchises qui ne disent pas leur nom, des franchises d'exclusion ou une histoire du *reste à charge*

Bref Historique : 40 ans de démantèlement de l'Assurance maladie obligatoire solidaire et de mise à contribution financière individuelle des malades et des citoyens

-1945, création de la Sécurité sociale par le Conseil national de la Résistance et promotion des Ordonnances par le Général De Gaulle.

-1967, création du Ticket modérateur avec pour objectif de diminuer la surconsommation médicale et réduire le déficit de la Sécu, objectif jamais atteint.

-1976, plan **Barre** qui dérembourse les médicaments dits « de confort » (création des vignettes de couleur sur les boîtes de médicaments).

-1977-1978, plan **Veil** qui fait cotiser les retraités.

-1979, projet de **Barre** de la création du ticket modérateur d'ordre public (Tmop)

-1980, création par le gouvernement **Barre** du secteur 2 à honoraires libres avec dépassements non remboursés par l'Assurance maladie. Parallèlement, le secteur 1 est créé = tarifs opposables qui sont fixés par la convention et remboursés par l'Assurance maladie (hors ticket modérateur).

Le gouvernement retire son projet de Tmop, notamment après la grande manifestation du 13 juin

1980 qui rassemble des milliers de personnes.

-1981, abrogation par le gouvernement Mauroy le 1er juillet du Tmop.

-1982-1983, plan **Bérégovoy** qui instaure le budget global à l'hôpital, baisse les remboursements de médicaments et crée le forfait hospitalier.

-1986, plan **Séguin** qui limite les prises en charge à 100 % pour les Affections Longue Durée (ALD).

-1990, **Rocard**, premier ministre, instaure la Contribution Sociale Généralisée (CSG) qui se substituera à des cotisations maladie.

-1993, nouveau plan **Veil** qui augmente la CSG et baisse les remboursements de l'Assurance maladie de 70 % à 65 %.

-1995, étape décisive du plan **Juppé** qui instaure la « maîtrise comptable » des dépenses de soins par le biais d'un Objectif national de dépense de l'Assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement. Parallèlement, création de « préfets sanitaires » avec les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) qui a pour but de resserrer les dépenses et donc l'offre hospitalière.

-2003, suppression de la prise en charge à 100 % des soins post-opératoires + rapport **Chadelat** qui inspire la loi de privatisation de l'Assurance maladie (Douste-Blazy).

-2004, « *C'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer* ». C'est par ce slogan que la Loi **Douste-Blazy** instaure le forfait de 1 euro par acte de soins, de biologie et de radiologie et une pénalisation financière si le patient ne choisit pas de *médecin traitant* ou ne rentre pas dans le *parcours de soins coordonné*, nouvellement créés.

-2005, la convention médicale crée plus de treize tarifs différents avec multiplication des dépassements, autorisés y compris pour les spécialistes de secteur 1.

-Nouveaux prélèvements imposés par l'élargissement de l'assiette de la CSG.

-2007, annonce par **Sarkozy**, nouveau Chef de l'État, de la franchise dite *médicale* dont la mise en place doit se faire au 1er janvier 2008.

-Aux 1ers janvier 2008 et 2009, la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) augmentera, ce qui revient à faire payer les générations futures (plus de 60 milliards sont déjà transférés sur elles) (19).

Un membre de l'UMP affirme : « La franchise sera l'occasion de remettre à plat ces différents prélèvements (forfaits) et de leur substituer un mécanisme pérenne plus cohérent et plus lisible » (4). Ce n'est pas vraiment ce qui se passe puisque le reste à charge pour les patients s'élève déjà entre 400 et 500 euros en moyenne par an et par personne (20), jusqu'à 1000 euros par an pour près d'un million de personnes. Ce chiffre descend à 110 euros pour ceux qui peuvent se payer une mutuelle à peu près correcte (21).

Listons ce reste à charge pour les usagers de l'Assurance maladie :

A) Le ticket modérateur (TM) : une discrimination

Chaque assuré paie ce TM - partie non remboursée par la Sécurité sociale. Les plus aisés payent des mutuelles complémentaires qui remboursent plus ou moins bien ce TM. Les plus pauvres bénéficient, dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU), créé par la gauche en 2000, d'une complémentaire gratuite (CMU-C). Le versement de la CMU est subordonné à des conditions de ressources, comme le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), créé aussi par la gauche en 1988 (14).

Reste 10 à 20 % de la population sans droit à la CMU, qui est soit sans complémentaire, soit avec une mauvaise complémentaire, et qui supporte ce TM.

Dans les années 1990, le constat qui a conduit à la mise en place de la CMU était que ce TM était en réalité un ticket d'*exclusion* des soins des plus modestes. **La franchise sur les soins, c'est le retour du ticket d'exclusion**, avec la même absence d'effet sur l'évolution des dépenses de santé.

De plus, dans le cadre du **plan de redressement de l'Assurance maladie**, un décret du 2 août 2007 fixe la participation des patients qui ne respectent pas le *parcours de soins coordonné*. Le taux de

remboursement de la Sécurité sociale baisse de 60 à 50 % pour les assurés hors *parcours de soins coordonné*, autrement dit, **une augmentation du TM de 40 à 50 %**, mesure actée par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie, (UNCAM) le 28 août 2007, applicable au 1er septembre 2007 (sous réserve de sa parution au Journal Officiel). Coût pour les assurés indisciplinés : 150 millions d'euros (22). En réalité, comme 90 % des personnes ont déjà choisi un *médecin traitant*, l'étiquetage *hors parcours de soins coordonné*, est du le plus souvent à des erreurs d'écriture des caisses ou des médecins, mais pas au comportement des patients !

B) Multiples co-paiements restant à charge

1) Le forfait hospitalier journalier :

Initialement à 20 francs par jour (= **3,05 euros**) en 1983, il ne cesse d'augmenter : 50 francs ou 7,62 euros (1991), 13 euros (2004), 14 euros (2005), enfin **16 euros par jour depuis janvier 2007**. Combien en 2008 ?

« Je ne considère pas que le forfait hospitalier soit une franchise » explique le candidat UMP à la présidentielle, pour justifier le maintien de ce forfait (**5**). On n'est pas à un mensonge de plus, près.

2) Les patients sans mutuelle et qui ne peuvent bénéficier de la CMU : non remboursement du ticket modérateur

Les Français dans ce cas sont autour de 4 millions. Le TM ne leur est pas remboursé : cette franchise qui ne dit pas son nom existe déjà pour eux. La nouvelle franchise de quelques euros pèsera lourd pour eux, elle créera une zone grise, potentiellement non couverte, entre Sécurité sociale et organismes complémentaires. La démutualisation augmentera pour les revenus les plus bas.

3) Les patients relevant de l'ALD : non remboursement du ticket modérateur pour les actes hors du champ de l'ALD

En 1986, le plan Séguin et l'ordonnance *bizone* ont tenté de durcir l'application de ce dispositif de prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie en imposant aux professionnels de différencier les prescriptions relevant de la maladie de longue durée (*1^e zone*), de celles relevant de pathologies intercurrentes ou associées (*2^e zone*) obligeant beaucoup de patients en ALD à cotiser pour une mutuelle. De plus, les patients en ALD doivent payer le forfait de 1 euro par acte (loi du 13 août 2004).

4) Les patients avec une mutuelle de faible niveau : faibles niveaux de remboursements

5) Les déremboursements de médicaments, de transports, de matériels médicaux :

En 2003 et 2004 est opérée une baisse du remboursement de 65 % à 35 % de nombreux médicaments.

6) Honoraires médicaux des généralistes et surtout des spécialistes : augmentation des tarifs

L'augmentation des honoraires des médecins entraîne mécaniquement un reste à charge plus important pour les patients. La question du niveau de rémunération des médecins ne devrait pas influencer sur le niveau de prise en charge des patients.

7) La généralisation des dépassements d'honoraires (non remboursables par l'Assurance maladie)

Pour mettre un terme à la dérive des dépassements d'honoraires, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) propose, dans un rapport rendu public le 23 avril 2007, de les « supprimer en totalité ou partiellement ».

Le Code de déontologie médicale prévoit que les honoraires médicaux doivent être déterminés avec « tact et mesure » (art. 53). Pour l'IGAS, cette « notion » ne permet pas de « contenir les excès » et les sanctions sont rarissimes. « Contenue » chez les généralistes, « cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes ». En secteur 2, la part des consultations facturées au tarif de la Sécurité sociale (tarifs opposables) s'élève à 3 % chez les gynécologues, 4 % chez les dermatologues, 5 % chez les ORL...

En secteur 2, ces dépassements ont doublé entre 1990 et 2004. En 2004, plus de 8 chirurgiens sur 10, plus de la moitié des gynécologues et des ophtalmologistes sont en honoraires libres (23).

Les dépassements peuvent représenter entre 20 et 60 % du prix total de l'acte et même davantage selon l'IGAS ; quelques exemples : (24).

8) Le forfait de 1 euro par acte de soins, de biologie et de radiologie :

Il est instauré le 1er janvier 2005, sauf pour les enfants (de moins de 16 ans), les femmes enceintes ou les bénéficiaires de la CMU. Ce forfait n'est désormais plus plafonné à 1 euro par jour mais à 4 euros par jour (décret du 3 août 2007) ce qui coûtera aux assurés 650 millions d'euros par an (+ 200 millions environ). Il reste plafonné à 50 euros par an et par patient.

Ex : un patient qui subit 4 actes médicaux dans la même journée acquitte dorénavant 4 euros, alors qu'il ne payait qu' 1 euro auparavant.

9) Le forfait de 18 euros pour tout acte supérieur à 91 euros (instauré en 2005).

10) Dépassements d'honoraires illégaux :

Ils sont réalisés le plus souvent en toute impunité.

11) Incitation mercantile à l'automédication :

Cette incitation est réalisée par les firmes pharmaceutiques qui s'immiscent dans la formation des médecins mais aussi l'information des malades.

12) Projet de *secteur optionnel* :

Des négociations discrètes se mènent actuellement entre les syndicats libéraux de médecins (spécialistes, chirurgiens) dont l'influente Confédération des syndicats de médecins français (CSMF), les caisses d'Assurance maladie et les complémentaires santé pour la création de ce secteur afin d'étendre le champ des dépassements d'honoraires non remboursables à tous les médecins.

Rappelons que la CSMF est favorable à la franchise sur les soins (25).

La FMF (syndicat de spécialistes) demande le 17 avril 2007 la création d'un « Secteur Unique à Honoraires Librement Modulables »...

Au final, la déliquescence du tarif opposable rend l'accès aux soins de plus en plus coûteux et sans possibilités de contrôle par l'usager.

C) A cela s'ajoute

1) Les économies d'indemnités journalières

Elles sont faites *sur le dos* des travailleurs malades par le non versement d'indemnités journalières (IJ) d'arrêts de travail du fait du renforcement du contrôle des arrêts de travail par la Sécurité sociale et par les médecins *MEDEF*, embauchés par des sociétés privées pour *fliquer* les salariés. Pourtant les conditions de travail ne cessent de se dégrader.

2) Les personnes sans droits :

Cela concerne les personnes qui devraient avoir accès à leurs droits mais qui ne le savent pas, qui en sont empêchées ou qui sont laissées dans l'ignorance.

- a)-Droit à l'Aide médicale d'Etat pour les étrangers, AME, remise en cause depuis 2002.
- b)-Droit à la Couverture Maladie Universelle (CMU).
- c)-Droit à la prise en charge au titre de l'Affection Longue Durée (ALD), etc.

3) Personnes dépendantes de la CMU :

a) Refus illégaux de soins

Plusieurs enquêtes ont fait état du refus par certains médecins, surtout des spécialistes, de recevoir ces personnes.

Ces refus surviennent alors que les **4,5 millions bénéficiaires** du dispositif CMU sont en **moins bon état de santé que le reste de la population**. Ainsi, ils sont 1,8 fois plus nombreux à âge et sexe identique, à être en ALD et une surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Les écarts de prévalence les plus importants s'observent pour la tuberculose, pour les maladies chroniques du foie (cirrhoses) et pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures... Le taux de décès annuel est de 2,5 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C en ALD, alors qu'à structure d'âge et de sexe identique il est de 1,8 % dans le reste de la population en ALD (source CNAMTS - *Points de repère* n° 8 - août 2007).

b) Application illégale des dépassements d'honoraires :

« En France métropolitaine, 1,6% des consultations en direction des personnes bénéficiant de la CMU ont donné lieu à des dépassements d'honoraires alors qu'ils sont en principe interdits », dénonce l'IGAS. Ce taux global atteint des proportions plus importantes dans de nombreuses spécialités : 8 % (anesthésie, dermatologie, gynécologie, chirurgie orthopédique), 13 % (chirurgie générale, urologie).

Des disparités régionales sont également révélées par l'IGAS : certaines régions « *concentrent ces dépassements* » (Ile de France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) (23).

4) Le blocage des budgets des hôpitaux publics (26) et la réforme de la tarification à l'activité (T2A), imposée aux hôpitaux privés et publics (plan hôpital 2007), qui restreint l'accès aux soins pour tous et oblige les hôpitaux publics à prendre en charge les patients jugés « non rentables » (27).

La liste est longue... **A chaque nouvelle mesure, l'utilisateur devient client et son accès aux soins est de plus en plus déterminé par sa situation socio-économique.**

Cette franchise est une régression supplémentaire dans un système de santé et de protection sociale déjà mis à mal par ces multiples co-paiements instaurés depuis une quarantaine d'années.

A l'avenir, il est probable que soient cumulés d'une part le forfait de « 1 euro sur les actes médicaux » avec un plafond de 50 euros par an et d'autre part les franchises de M. Sarkozy avec un deuxième plafond de 50 euros, soit **un total de 100 euros de plafond** ce qui revient à déboursier de sa poche au minimum 100 euros par an pour se soigner.

La franchise est un donc un nouvel impôt socialement injuste. Le pouvoir complexifie le système de financement, construit une usine à gaz pour placer un écran de fumée qui masque le changement de paradigme : la fin programmée de la solidarité et le début de l'assurance privée.

Chapitre 5 - Mise en place de la franchise et conséquences

A) Un passage en force

Cette réforme de la franchise est entreprise sans négociation, ni concertation, ce que dénoncent un certain nombre de syndicats, notamment de professionnels de santé. M. Sarkozy avait dit qu'il appliquerait son programme, il le fait. C'est une réforme unilatérale qui ne répond pas aux véritables enjeux du système de soins et de santé publique.

La ministre de la santé concède une concertation avec les syndicats et les complémentaires santé, mais uniquement « en septembre et pour affiner les modalités techniques » (16).

B) Une cacophonie gouvernementale

1) Pendant la campagne électorale, une franchise globale annuelle :

« Dans son projet initial, l'UMP envisageait de laisser à la charge des patients ou de la famille une somme comprise entre 50 et 100 euros par an. Une piste délaissée après qu'une note de la direction de la Sécurité sociale, révélée par le *Canard enchaîné*, avait mis en garde contre les dégâts économiques et sociaux que pouvait occasionner la mise en place d'une franchise trop élevée. Certains estiment même qu'une franchise de 100 euros pouvait empêcher 27 % des patients de toucher le moindre remboursement de l'Assurance maladie, leurs dépenses annuelles étant inférieures à ce plafond » (5).

Un forfait total annuel de 100 euros représente trois jours de salaire d'un smicard.

Vu le tollé soulevé et le seuil des 100 euros étant jugé dangereux politiquement, « s'ensuit alors une formidable dégringolade chiffrée. En janvier 2007, la franchise ne fait plus que *40 euros par an*. En février, *quelques centimes d'euros à quelques euros par acte* ». Lors de la présentation de son projet présidentiel « Ensemble... tout devient possible », le 2 avril 2007, M. Sarkozy propose « 4 franchises de quelques euros sur la consultation d'un médecin, sur l'achat de médicaments, sur les examens médicaux et sur l'hospitalisation ». On ne sait pas si c'est par foyer ou par individu. Et à quelques jours de la présidentielle, mystère total, le projet « franchise » est présenté sans chiffres (28).

2) Après la campagne, le choix d'une franchise par acte :

Fin mai Mme Bachelot indique que la franchise sur chacun des quatre postes pourrait s'élever « à 10 euros par an et par foyer ». Mais Nicolas Sarkozy balaie ces fausses pistes pendant l'été et choisi finalement une franchise :

a)-de quelques euros,

b)-calculée à l'acte, et non plus annuelle, donc individuelle.

c)-sur trois postes : les médicaments, les actes paramédicaux et les transports (cf. **Chapitre**

1).

C) Contradictions économiques avec le tiers payant et l'objectif de réduction des coûts du système de soins, instrumentalisation des professionnels de santé

1) La perception de la franchise sur les médicaments :

Syndicat de la Médecine Générale, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60 e-mail : syndmedgen@free.fr – site : <http://smg-pratiques.info>

Qui va prélever le forfait de 50 centimes par boîte de médicament ?

Ni les pharmaciens, ni la Sécurité sociale ne souhaitent avoir à gérer ce forfait non remboursé. Et pour cause, le tiers payant est généralisé pour l'achat de la majeure partie des 2,6 milliards de boîtes de médicaments vendus en France chaque année, sauf pour les patients refusant un générique. « Or, les pharmaciens, remboursés directement par les caisses d'assurance maladie, refusent d'être lésés financièrement et rechignent à servir de caisses enregistreuses afin que les patients s'acquittent de la franchise sur les médicaments » (29).

« Les patients ont pris l'habitude de ne pas payer à l'officine. Et, techniquement, nous ne saurions pas gérer les exonérations et le plafond annuel », concède Pierre Leportier, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France. La question s'était posée lors de la création du 1 euro par acte de soins ou de biologie en 2004. Comme peu de patients bénéficient du tiers payant, cette question avait été vite résolue sous la pression des syndicats libéraux de médecins. Depuis, la majorité des patients continue à payer la consultation (pas de tiers payant) et l'Assurance maladie prélève ce 1 euro en ne le remboursant pas au patient. Cependant, pour la minorité de patients en tiers payant, « la CNAM reconnaît ne pas parvenir à récupérer sa créance dans un peu moins de 10 % des cas ».

Donc, l'Assurance maladie aura beaucoup de mal à récupérer en totalité les forfaits sur les médicaments. Les 850 millions d'euros d'économies escomptés pour 2008 ne seront sans doute pas au rendez-vous.

2) La franchise sur les transports sanitaires :

Une franchise de 2 euros « représente environ 2 % du coût total d'un transport », selon Bernard Bocard, président de la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA). De même que pour les médicaments, presque tous les patients qui ont recours à une ambulance bénéficient du tiers payant. « Comment les caisses vont s'y prendre pour récupérer cette taxe de 2 euros par transport ? Si elles devaient soustraire cette somme de la facture qu'elles doivent verser aux sociétés d'ambulances, beaucoup d'entre elles ne s'en remettraient pas. Notamment en milieu rural » (29).

3) La franchise par acte paramédical :

« Demander à un patient qui a souvent besoin de soins infirmiers quotidiens de payer à chaque fois une franchise de 50 centimes d'euro alors que l'acte infirmier est de 3 euros est vraiment choquant » explique Philippe Tisserand, le président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI). Et de rappeler que « **mettre en place des franchises sur un poste (soins infirmiers ambulatoires) qui permet au système de protection sociale de faire des économies (par rapport au coût de revient d'une hospitalisation) est quand même une décision paradoxale** ». Au total, infirmiers et ambulanciers semblent vouloir refuser de « jouer les collecteurs de franchises et d'impôts pour le compte de l'Assurance maladie et du gouvernement » (29).

D) Défaite de la solidarité et champ libre pour les assurances privées

« La mise en place de la franchise n'a rien à voir avec la privatisation de l'assurance maladie qui n'a jamais été le projet de Nicolas Sarkozy, au contraire » (4)

Le principe de l'Assurance maladie, héritée des idéaux de la Résistance, a une logique solidaire : **chaque usager cotise selon ses revenus et chaque patient reçoit selon ses besoins de santé**. Les dépenses de santé sont prises en charge par la collectivité au nom de la solidarité, une dose de redistribution entre les classes sociales est organisée. Principe intermédiaire, dans la majorité des régimes complémentaires, la cotisation est la même pour tous et augmente avec l'âge.

Avec le développement de la franchise, c'est la fin du principe de solidarité de la Sécurité sociale :

- 1) Les riches sont exemptés du devoir de solidarité.
- 2) Les assurances privées avec leur logique individualiste ont le champ libre : **chaque client paye selon son état de santé et se soigne selon ses moyens.**

Les assurances privées font du bénéfice sur la santé des populations. C'est la marchandisation du corps et de l'esprit. « Lorsque les actionnaires des compagnies privées engrangeront des dividendes, les dépenses de santé ne seront plus clouées au pilori » (9), comme c'est le cas actuellement. Il suffit de constater la multiplication des campagnes publicitaires des compagnies d'assurance privées sur la santé pour craindre une dérive à l'américaine. Pour les néolibéraux, l'Assurance maladie, c'est une assurance comme les autres.

La franchise n'est que la poursuite du renversement du principe de solidarité de l'Assurance maladie déjà amorcé depuis une quarantaine d'années et qui pénalisera financièrement les malades.

E)-Volonté de libéralisation des biens et services affichée par la Commission européenne et l'Organisation mondiale du commerce (OMC)

En 1992, les directives CEE 92/49 et 92/96 ont progressivement mis en place un marché unique de l'assurance. Ces directives englobent les assurances de personnes et comportent des règles relatives aux accidents, à la maladie, au décès. Les directives européennes indiquent que ne sont pas concernées « les assurances comprises dans un régime légal de Sécurité sociale » (30). Mais jusqu'à quand ?

En effet selon certaines sources, juridiquement, rien n'interdit aujourd'hui à une compagnie privée de proposer une assurance maladie concurrente de celle de la Sécurité sociale. Et rien n'interdit à un particulier de se faire radier de la Sécurité sociale pour souscrire une police privée (31).

Les marchés financiers veulent s'accaparer le *marché* de la protection sociale. C'est dans ce but que l'OMC, fondée en 1995, a créé l'Accord général sur les commerces et services (AGCS) afin d'ouvrir les services publics à la libre concurrence.

F) Injustice sociale et atteinte aux Droits de l'Homme

Une franchise, un forfait, un TM dont le montant est identique pour tous défavorise les personnes aux revenus les plus bas et entraîne un retard ou un renoncement à se faire soigner pour ces personnes. Cette franchise signifie aussi la disparition de la dispense d'avance de frais (mécanisme du tiers payant) permettant l'accès optimal aux soins. C'est une atteinte à l'accès aux soins des plus malades, des personnes âgées et des plus précaires.

La franchise sur les soins est une atteinte aux Droits de l'Homme et viole la charte des droits sociaux fondamentaux de l'Union Européenne que la France a portée en 1989 (23). L'accès aux soins est l'exercice d'un Droit de l'Homme Constitutionnel.

G) Dangerosité et incohérence en terme de santé publique

Un retard d'accès aux soins entraîne des pathologies qui s'aggravent faute de soins et de prévention et risque d'augmenter la mortalité prématurée parmi les catégories les plus pauvres (par maladies aiguës et chroniques non prises en charge, morts violentes par suicide, etc.)

Choisit-on d'être malade ? Si la pauvreté et l'exclusion sont des facteurs de morbidité aggravée, la

santé ne reconnaît pas les barrières socio-économiques et les épidémies n'ont pas de frontières de classes. Il suffit qu'une partie d'une population n'ait plus accès aux soins pour que toute la collectivité en pâtisse.

H) Erreur économique et politique ?

Le reste à charge augmente pour les plus malades sans que le déficit de la Sécurité sociale ne soit comblé. Des mauvaises langues disent « qu'il faut bien trouver de l'argent quelque part pour compenser le paquet fiscal » (6) de 13 milliards d'euros accordé aux plus riches....

1) Cas de dépenses supérieures au montant de la franchise :

La véritable logique de la franchise est de freiner la première consommation de soins (celle qui est pourtant la plus utile au plan médical) et non la surconsommation éventuelle. En effet, la franchise ne joue plus son rôle dissuasif une fois son montant payé, dépassé : la logique économique serait alors de dépenser le plus possible sur l'année en cours (26), en sachant qu'on sera pris en charge par l'Assurance maladie. Ce qui favorise le consumérisme médical.

2) Cas de dépenses inférieures au montant de la franchise :

La franchise est pénalisante pour les pauvres mais aussi pour tous les faibles consommateurs de soins. Ceux-ci pourraient réagir. Nous l'avons dit, une année donnée, la moitié de la population est à l'origine de 5 % des dépenses (source CNAM-EPAS). La franchise touchera donc ces personnes en relative bonne santé parmi les classes moyennes et supérieures, qui, ayant peu de dépenses de soins ne seront pas du tout prises en charge par l'Assurance maladie, dès lors que le montant de ces dépenses est inférieur à la franchise.

Que Nicolas Sarkozy, dans les faits, fasse peu de cas, des plus démunis face aux soins, n'est pas pour nous surprendre. Par contre on pourrait s'étonner qu'il prenne le risque de déplaire aux faibles consommateurs de soins, ceux qui sont peu souvent malades (en principe pas les plus pauvres). Ils ne comprendront pas qu'ils aient à verser chaque mois des cotisations sociales et qu'ils ne soient pas remboursés les rares fois où ils ont besoin de se soigner.

3) La franchise serait-elle alors une erreur politique faisant courir un risque de fort mécontentement y compris parmi l'électorat UMP ? Qu'on se rassure, il suffira d'une bonne campagne médiatique pour canaliser les mécontents solvables vers les propositions que feront à ce moment opportun les assurances privées... bien en phase avec la montée d'individualisme que l'on connaît. Pourquoi ces faibles consommateurs de soins continueraient-ils à cotiser pour plus pauvres qu'eux et à une mutuelle toujours plus chère ?

Face à une Assurance maladie « jugée inutile et coûteuse », le « salut » viendra du secteur assurantiel lucratif autrement « plus efficace »... avec le risque, qu'à terme, le système redistributif ainsi fragilisé (selon les termes de Philippe Seguin, membre de la Cour des comptes), n'aboutisse à la disparition de notre Sécurité sociale obligatoire.

Si ce n'est pas encore le cas pour la majorité de la population, espérons que la gauche aura compris qu'avec M. Sarkozy, rien n'est laissé au hasard, que toutes les annonces sont parfaitement calculées, y compris le fait qu'en créant cette franchise au coeur de l'été, non seulement il profite de la période des vacances, mais de plus il court-circuite le rapport attendu fin août sur le *bouclier sanitaire* proposé par le Haut commissaire aux solidarités actives. Avec M. Sarkozy, l'omnipotence et l'imagination sont au pouvoir et l'on sait au bénéfice de qui.

Chapitre 6 - Une résistance qui s'organise

61 % des Français considèrent la franchise *plutôt comme une mauvaise chose* selon un sondage CSA pour *Le Parisien* publié le 28 mai 2007 (32). Même Roselyne Bachelot considère la franchise comme la plus impopulaire des mesures de Nicolas Sarkozy

Alors ? Alors la résistance s'organise. Si elle a contribué un tant soit peu, avant et après l'élection présidentielle, à presser Nicolas Sarkozy de revoir à la baisse le montant de la franchise, c'est déjà ça. Mais rien n'est moins sûr.

Il est une bataille que la gauche aurait tort de négliger, celle de la bataille des mots...la bataille contre les mots de l'imposture.

A) Une bataille sémantique

Quatre « mots clefs » s'articulent de façon variable dans la présentation des réformes libérales en cours. On les retrouve tous les quatre dans le discours proposé autour de la protection sociale :

- « Responsabilisation »
- « Réduction des dépenses »
- « Partage des charges »
- « Décentralisation » (33)

La bataille idéologique qui s'ouvre contre une droite désormais *décomplexée* et qui osera toutes les outrances, sera d'abord une bataille *sémantique*, tant il est vrai que pour l'essentiel le discours libéral est une imposture. Le choix de *nos mots* est donc essentiel, pour ne pas tomber dans le piège de l'usage du vocabulaire de nos adversaires, qui est déjà une demi acceptation des fondamentaux de ceux qui élaborent cette perversion des concepts par la perversion première du langage ...

Alors : LA FRANCHISE, NON, LA SOLIDARITE OUI !

Dès lors, on conçoit le message complémentaire nécessaire pour préciser la menace qui porte, non pas seulement sur chaque usager, mais sur le principe même de solidarité universelle.

Ce qui est en jeu c'est le « formatage de la pensée » pour sa préparation au renoncement à un tel principe qui, n'étant pas même évoqué, est présumé « second » par rapport à la « nécessité économique » d'équilibrage des comptes... La méthode employée n'envisage même pas d'exposer la destination réelle des « dépenses », en particulier dans le secteur médical et pharmaceutique capitalistique, dont la prospérité n'est plus à démontrer en même temps que chaque malade devra pourtant « payer plus pour être soigné plus »...

Un autre développement possible est de démontrer que ce régime généralise la « double peine » pour les malades, souffrir d'abord ! et payer ensuite plus que les bien-portants provisoires...

Alors : NON A LA DOUBLE PEINE !

B) Une pétition : www.appelcontrelafranchise.org

Une pétition contre la franchise, initiée par Christian Lehmann et Martin Winckler, circule dès le printemps 2007. Des candidats à l'élection présidentielle la signent : Marie-Georges Buffet, Dominique Voynet, José Bové, Ségolène Royal, François Bayrou.

Elle recueille plus de 53 000 signatures fin août 2007 (29) et est relayée dans les médias.

C) La mobilisation syndicale et du mouvement social

A l'initiative du Syndicat de la Médecine Générale (SMG), de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) et du syndicat Solidaires Unitaires Démocratiques (SUD), une conférence de presse est organisée le 12 juin 2007 à Paris pour dénoncer le système de franchises sur les soins. Une quarantaine d'organisations soutiennent l'initiative. Un collectif est créé réunissant des professionnels de santé et d'associations, soutenu par des confédérations syndicales et des partis politiques (voir la liste sur l'appel à la mobilisation).

Le collectif réuni le 27 juin 2007 appelle à une mobilisation nationale (dans toutes les villes) pour l'automne :

- le **29 septembre 2007 « 4 heures pour la Sécu, contre la franchise sur les soins »**.
- et **manifestations en octobre**, avant la discussion à l'Assemblée nationale du PLFSS, si le gouvernement persiste dans ses choix.

D) Un enjeu politique : tout changer

Il s'agit d'empêcher la création de cette franchise sur les soins et d'abroger celles créées antérieurement.

Un véritable accès aux soins pour tous ne peut être garanti sans une Assurance maladie solidaire, prenant en charge à terme **tous les soins à 100 %**, sur la base de tarifs fixes avec généralisation du tiers payant (gratuité des soins). C'est dans ce cadre que l'organisation de l'ensemble du système de soins doit être revue, y compris les conditions de travail et de rémunérations des soignants.

Enfin, pour passer de la prise en charge des maladies à leur prévention, dans un véritable exercice du droit à la santé, il faut **aborder les questions fondamentales de logement, de travail, d'alimentation et d'environnement**.

SMG, Syndicat de la Médecine Générale : SyndMedGen@free.fr et www.smg-pratiques.info

Bibliographie :

- (1) En 2000, dans son livre « Libre », Nicolas Sarkozy écrivait : « *Je crois utile qu'un système de franchise soit mis en place comme pour tout processus d'assurance. Ainsi les 500 premiers francs [76,22 €] de dépenses de santé annuelles des assurés sociaux ne seraient pas remboursés, afin de responsabiliser ceux-ci* » (cité par Christian Lehmann - franchises sur les soins : le sarkosysme en action - *Les Inrockuptibles* - 12 juin 2007)
- (2) *Le Monde*, Jeudi 02 août 2007.
- (3) *Les Echos* - 02 août 2007.
- (4) Quelques explications à propos de la franchise sur la consommation de soins, Philippe Leroux - UMP - campagne présidentielle 2006-2007.
- (5) *Le Quotidien Du Médecin* - N°8141 - Jeudi 05 avril 2007.
- (6) La « franchise » poursuit son chemin en douce - *Le Canard enchaîné* - 1er août 2007
- (7) *Les Echos* - 1er août 2007.
- (8) « Franchises : les malades trinquent pour les malades » - Collectif Inter-associatif sur la santé, qui représente 25 associations de patients et d'usagers.
- (9) « La franchise, nouvel art du mensonge », Jean Marie Harribey, 6 juillet 2007 ; site <http://harribey.blogspot.com>
- (10) *L'Humanité* - 20 juin 2007
- (11) *La Croix* - 1er août 2007
- (12) *Le Monde* - 28 mai 2007
- (13) "Recomposition de la droite, nouveau cycle politique, les recettes idéologiques du président Sarkozy », Serge Halimi, *Le Monde diplomatique* - 54ème année, n°639, juin 2007.
- (14) « Mesures destinées aux plus pauvres, CMU et RMI relèvent d'une logique d'assistance (un *minimum* financé par l'impôt) et non pas d'un financement solidaire basé sur la cotisation sociale.... Les gouvernement socialistes se sont rangés à des politiques économiques libérales ... Ce choix politique est certainement moins coûteux à court terme ... mais il tend à institutionnaliser l'existence d'une population durablement dépendante des revenus d'assistance » Julien Duval - *Le mythe du « trou de la Sécu »*, avril 2007, Editions raisons d'agir.
- (15) Christian Lehmann - franchises sur les soins : le sarkosysme en action - *Les Inrockuptibles* - 12 juin 2007

Syndicat de la Médecine Générale, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff

Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60 e-mail : syndmedgen@free.fr – site : <http://smg-pratiques.info>

- (16) *Le Figaro* - 31 juillet 2007.
 (17) *Sud Ouest* - 17 août 2007
 (18) *Ouest France* - 1er août 2007
 (19) *Canard enchaîné* - 11 juillet 2007.
 (20) *Le Monde*, vendredi 03 août 2007.
 (21) *Sud Ouest* - 24 août 2007
 (22) *Les Echos* - 06 août 2007
 (23) MOCEN, Mutuelle santé nationale, bulletin d'information trimestrielle, n°196, juillet 2007.
 (24) Exemple 1 : « Près des 3/4 des patients opérés du cristallin (oeil) ont subi un dépassement d'honoraires. Près de 50 % des personnes dont l'intervention a eu lieu à l'hôpital ont payé une moyenne de 91 euros. Presque 100 % des patients opérés en clinique ont déboursé 200 euros »... Exemple 2 : « 71 % des patients qui ont bénéficié d'une prothèse totale de hanche ont été victimes de dépassements : 42 % des personnes opérées à l'hôpital ont dû régler 225 euros en moyenne. 90 % environ des malades opérés en clinique ont réglé 454 euros »... Exemple 3 : « Plus de 2/3 des patients qui ont passé une coloscopie ont eu à s'affranchir de dépassements : 39 % des personnes qui ont passé cet examen à l'hôpital ont payé une moyenne de 60 euros. 71 % des patients dont l'examen a été réalisé dans une clinique ont réglé 105 euros ». MOCEN, Mutuelle santé nationale, bulletin d'information trimestrielle, n°196, juillet 2007.
 (25) *L'Humanité* - 23 mai 2007
 (26) *L'Humanité* - 11 mai 2007
 (27) *Politis* - 31 mai 2007
 (28) *Charlie Hebdo* - 2 mai 2007
 (29) *Le Quotidien Du Médecin* - N°8204 - Lundi 27 août 2007.
 (30) Sécu : monopole pas mort - *Les Echos* 23 juillet 2007
 (31) Sécurité sociale : une franchise pas très franche - *Les Echos* 12 juillet 2007
 (32) *Le Quotidien Du Médecin* - N°8199 - Mercredi 4 juillet 2007.
 (33) Pour en savoir plus lire Jacques Richaud, praticien hospitalier - Groupe réflexion santé 31, contribution n°14 - mars 2004 ; contact SyndMedGen@free.fr

Des pertes sèches pour la Sécurité sociale ou un *trou* volontairement *défoncé* (7 milliards d'euros pour la branche maladie fin 2007)

Les dépenses de santé sont de 140 milliards d'euros actuellement (210 milliards en 2015 selon la CNAM). Conséquence de la prévalence des maladies (surtout chroniques), des progrès médicaux et technologiques, du profit de l'industrie pharmaceutique, depuis 1998, les dépenses de santé progressent plus vite que la richesse nationale, sauf pour l'année 2006 (1). Les fraudes diverses, les « abus » de transports sanitaires ou de prescriptions ne représentent qu'une très faible part dans ces dépenses, mais les soi-disant « abus » sont mis en avant par les responsables politiques et les médias pour stigmatiser les classes économiquement fragiles.

Le « déficit de l'Assurance maladie » ou ce qu'il conviendrait de nommer le besoin de financement du régime général (la Sécurité sociale n'est pas une entreprise capitaliste) est à chercher ailleurs que chez les usagers (2), tant au niveau des recettes que des dépenses, au sein des entreprises dont celles du système de soins, au niveau de la politique de l'Etat et du gouvernement, enfin dans notre environnement pathogène. Cependant, on constate des recettes insuffisantes, celles-ci augmentant autour de 3% chaque année, alors que les dépenses augmentent autour de 7% (chiffres annuels de 2001 à 2003).

Rappelons enfin pour relativiser ce « trou », « qu'en 2005, les besoins de financement de la Sécurité sociale ne constituent que 7,3% de l'ensemble des besoins des administrations publiques » (3) et que le déficit de l'Etat est quatre fois plus important.

1) L'Etat et la politique gouvernementale :

- Dette accumulée par l'Etat envers la Sécurité sociale : **entre 5 et 5,9 milliards d'euros à la fin de 2006 (4)** due essentiellement aux exonérations de cotisations sociales
- Exonération (cotisations salariales non versées à la Sécurité sociale) des cotisations patronales : **2 milliards d'euros pour l'année 2003.**

- Exonération de cotisations sociales des stock options : **3 milliards d'euros** (rapport Cour des comptes septembre 2007).
- Exonération des cotisations dans l'Hôtellerie et la restauration : augmentation de 50% des exonérations, jusqu'à 180 euros par mois et par salarié pour tous les salaires jusqu'à 1,6 fois le SMIC.
- Coût prévisionnel de l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires (programme de Sarkozy) : 5 milliards d'euros.
- Au total, les exonérations de cotisations ce sont près de 22 milliards d'euros en 2005, 23 milliards d'euros en 2006, combien en 2007, 2008 ??
- Politique de l'emploi et des salaires = politique de croissance financière contre l'emploi et d'abaissement de la part des salaires dans la valeur ajoutée.

Exemples de pertes de cotisations pour l'Assurance maladie :

- 100 000 chômeurs représentent plus de 400 millions d'euros de perte,
- 1% de masse salariale en moins (bas salaires, temps partiel, contrats précaires) représente 1,1 milliard d'euros de perte.

- Un point de croissance en moins équivaut à 1 milliard d'euros de perte (5).

De plus, il n'existe pas d'assiette des cotisations patronales qui module les taux de cotisations en fonction du développement de l'emploi, des salaires, de la qualification et de la formation, ce qui réduit l'entrée de cotisations sociales.

- Revenus financiers : sur 20 ans, il y a eu 150 milliards de profit capitaliste lié à la productivité au détriment des salaires et des cotisations sociales. Depuis 1982, 10 % de la richesse nationale brute des revenus du travail (qui fournissent des cotisations sociales) a glissé progressivement vers les revenus financiers (partiellement exonérés de cotisations sociales). Ainsi, il y a 80 milliards d'euros de placements financiers qui ne sont soumis à aucune cotisation sociale. En leur appliquant le même taux que les cotisations patronales à l'Assurance maladie, il rentrerait 10 milliards d'euros. Soit plus que le déficit actuel.

2) La Sécurité sociale :

Coût du Dossier Médical Personnel informatisé : **5 milliards d'euros**

3) Les entreprises :

-Coût de la sous-déclaration des accidents de travail et maladies professionnelles (AT/MP) : estimation de **355 à 750 millions d'euros par an** (6)

« En France, les prestations versées en 2003 par la branche AT/MP du régime général de la Sécurité sociale se sont élevées à 6,3 milliards d'euros, répartis entre les prestations d'incapacité temporaire (dépenses de soins à l'hôpital et en ville, indemnités journalières) et les prestations d'incapacité permanente (rentes et indemnités en capital). Outre ce coût bien identifié, il en existe un autre qui ne peut être qu'estimé : celui des AT/MP non déclarés comme tels, et qui sont donc pris en charge par la branche maladie du régime général. Pour compenser cette dépense indue pour la branche maladie, la branche AT/MP, financée par les cotisations des employeurs, opère depuis 1997 un versement annuel à la branche maladie....dont le montant est voté dans la loi de financement de la Sécurité sociale : 330 millions d'euros pour les années 2003 à 2005, 410 millions d'euros pour l'année 2007 ».

« En matière de financement de l'assurance maladie, le Livre blanc (du Medef) rappelle aux candidats la réforme radicale que le Medef appelle de ses vœux. Il s'agirait *dans un premier temps* de fusionner les cotisations patronales et salariales. A terme, l'entreprise se désengagerait totalement de l'assurance du risque maladie (hors AT/MP). Le financement serait assuré par la *solidarité nationale*, autrement dit l'impôt, et par une couverture complémentaire rendue *obligatoire* » (7).

4) Les médecins, les pharmaciens, l'industrie pharmaceutique et le secteur privé de la santé :

- Marges arrières pour les officines pharmaceutiques : autour de **2,7 milliards d'euros**

« Les laboratoires ont un chiffre d'affaires sur les médicaments remboursables (uniquement remboursables) de 19 milliards d'euros. Les *marges arrières* sont légales (Loi Dutreil de janvier 2006) : en vigueur également dans la grande distribution, elles permettent aux fournisseurs d'accorder 15 % de remise aux officines pour faire la promotion de leurs produits. Une remise qui gonfle artificiellement le coût de revient des médicaments... Sans cette ristourne consentie par la plupart des labos, le prix de revient des médicaments fixé par l'Etat pourrait baisser d'autant, et les économies se chiffreraient en centaines de millions : 15 % de 19 milliards, cela fait **2,7 milliards d'euros** »... « Le pharmacien consentant se voit en outre, payer des audits bidons et des « contrats de

services distincts » tout aussi factices (par exemple par la filiale Winthrop de Sanofi) (8).

- Les bénéficiaires de l'industrie pharmaceutique et du secteur privé de la santé n'ont jamais été aussi florissants, leurs actions de lobbying si puissantes sur l'évolution du système de soins et de l'outil de travail.

Exemple : « la Générale de santé, holding de cliniques privées, cotée en bourse, a pour actionnaire principal un fond de pension anglais dont le seul critère est la rentabilité financière... Au prétexte qu'une maternité n'est plus rentable, on la supprime... Une clinique fonctionne grâce au remboursement de la Sécurité sociale... les assurés sociaux ne participent pas aux décisions de la Générale de la santé... Voilà ce qui n'est pas normal ». Patrice Muller, « Non au commerce de la santé », *Politis*, 1er novembre 2001.

- Les dépassements d'honoraires (non remboursés par l'Assurance maladie) sont estimés à **2 milliards d'euros par an** en 2005, soit plus de 11 % de l'enveloppe totale des honoraires (9)

- Les frais de gestion des assurances privées américaines sont de l'ordre de 14 % alors que ceux de la Sécurité sociale française sont de 6 %.

5) Un environnement pathogène :

- Coûts de l'épidémie (non stoppée) des maladies chroniques : croissance des Affections de Longue Durée (ALD) de + 73 % en 10 ans en France. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme qu'il serait possible d'éviter 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des cas de diabète de type 2, et 40 % des cancers.

Exemples : le diabète (dont la cause principale est le surpoids et l'obésité) coûte **1,8 milliards d'euros par an en 2005, deux fois plus qu'en 2000**. Plus de la moitié du coût du diabète est due aux complications, une politique de prévention permettrait d'éviter cette dérive (10). Une politique de réduction de l'incidence des maladies chroniques est à mener : en 2006, en France, les quatre premières causes d'admission en ALD étaient les tumeurs malignes (243 646 admissions), le diabète (154 793 admissions), l'hypertension artérielle sévère (114 646 admissions) et les affections psychiatriques de longue durée (81 212 admissions).

Bibliographie de l'encadré :

(1) *Quotidien du médecin*, N°8207 - 4 septembre 2007.

(2) En 2007, dans le cadre du plan de redressement de l'Assurance maladie, quelques mesures conjoncturelles épargnent le portefeuille des assurés sociaux. Ces mesures concernent l'offre de soins : baisse des tarifs des actes de biologie, de radiologie (IRM et scanners) : gain prévu de 190 millions d'euros ; baisse de prix des dispositifs médicaux (appareillages, prothèses) et de certains médicaments : gain prévu de 210 millions d'euros.

(3) Julien Duval - *Le mythe du « trou de la Sécu »*, avril 2007, Editions raisons d'agir.

(4) 4,9 milliards d'euros fin 2005, selon une note de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) ; *Quotidien du médecin* 30 janvier 2007.

(5) *L'Humanité* - 20 juin 2007

(6) Hors indemnités journalières pour les MP ; Diricq N. "rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale" juin 2005. Site <http://www.securite-sociale.fr> : 77 pages. in *La revue Prescrire* n° 285 ; page 546 ; Juillet 2007.

(7) *Quotidien du médecin* - N° 8094 - Mardi 30 janvier 2007.

(8) « Quant aux collaborateurs de Roselyne Bachelot, pharmacienne de formation, interrogés sur ce que leur ministre pensait de ces drôles de manières, ils répondent qu'elle n'en pense rien. En attendant la franchise médicale, voilà au moins qui est franc », *Canard enchaîné* - 11 juillet 2007.

(9) Etude menée entre juin 2006 et février 2007 : "1,5 milliards viennent des cabinets médicaux, 500 millions des hôpitaux ou des cliniques sans parler des dépassements illégaux" - rapport de l'IGAS ; *Le Monde* 12 avril 2007.

(10) André Cicoella ; *Politis* n° 961 ; le 19 juillet 2007.