

Les franchises médicales : une mesure injuste et injustifiable

Les franchises sur les boîtes de médicaments, sur les actes des auxiliaires médicaux et sur les transports sanitaires vont pénaliser avant tout les plus malades. Cet argumentaire le prouve : rien ne peut justifier la mise en place de telles mesures. Aucun parlementaire ne pourra raisonnablement défendre la mise en place de franchises sur les soins.

I. L'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer : des alibis qui ne trompent personne

La mise en avant de la lutte contre l'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer n'est pas crédible, ce qui est prouvé par un historique des promesses de campagnes de Nicolas Sarkozy, une analyse des motifs du projet de loi et un commentaire sur les oublis de l'article 35 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

A. Des justifications qui varient au cours de l'histoire de la mise en place de cette mesure

Les franchises ont d'abord été présentées par son instaurateur, Nicolas Sarkozy, comme un moyen de combler le déficit de la Sécurité sociale (voir son livre *Libre*, 2000). Son intention est clairement affichée, à plusieurs reprises, avant, pendant et après la campagne présidentielle¹ et est relayée par sa ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin. Ce n'est que face aux critiques et à l'impopularité de ces mesures que le nouveau Président, en plein été, annonce que ces franchises serviront à financer la lutte contre le cancer et l'Alzheimer, ou les soins palliatifs. Un tel changement est déjà le signe que ces maladies ne sont que des prétextes pour rendre acceptable, sous des dehors de compassion et de culpabilisation², une mesure inacceptable.

B. L'exposé des motifs de cette nouvelle mesure trahit les intentions réelles de l'exécutif

■ « Lorsque la situation des comptes de l'assurance maladie est dégradée, les nouveaux besoins de santé publique doivent faire l'objet de nouveaux financements. Il n'est pas acceptable de les financer par un report sur les générations futures. »³. Mais même si la situation de l'assurance maladie n'était pas dégradée, des besoins nouveaux exigeraient de nouveaux financements. La mention du déficit de la Sécurité sociale indique bien à quoi vont réellement servir les franchises.

■ « Dans un souci de responsabilisation et d'efficience de notre dépense de santé, les champs de la franchise correspondent aux champs de dépenses parmi les plus dynamiques, sans que la santé y trouve son compte. En particulier, la consommation de

médicaments reste particulièrement élevée dans notre pays où 90 % des consultations se terminent par une ordonnance, le double du taux constaté chez certains de nos voisins européens. »⁴. Il s'agit donc bien de contrôler les dépenses en santé et de « responsabiliser » les consommateurs de médicaments – donc les malades. L'exposé des motifs ne cherche donc même pas à entretenir l'illusion d'un plan Alzheimer, cancer ou soins palliatifs.

■ « Toutefois, eu égard au caractère spécifique de ce dispositif et à la volonté de responsabilisation des assurés qui en fonde la mise en place, il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé. ». Le texte même reconnaît que ce qui fonde la mise en place des franchises repose sur la volonté de « responsabilisation », et ne se préoccupe même plus de la lutte contre le cancer ou l'Alzheimer.

C. La loi ne prévoit ni fléchage, ni contrôle

Si Nicolas Sarkozy et son exécutif voulaient sincèrement utiliser les franchises pour financer les soins palliatifs, la lutte contre le cancer et l'Alzheimer, alors le projet de loi prévoirait un dispositif de fléchage et de contrôle pour s'assurer que l'argent issu de cette nouvelle taxe serve effectivement ces combats. Le texte de loi mettrait par exemple en place un observatoire indépendant, notamment composé d'expertEs associatifEs, qui aurait pour rôle de surveiller les transferts financiers entre l'Assurance maladie et les divers plans cancer, Alzheimer ou soins palliatifs. Le texte imposerait des rapports réguliers du ministère de la Santé et des caisses d'Assurance maladie devant l'Assemblée et le Sénat.

En lieu et place, le texte se contente de reporter par voie de décret les modalités de mise en place de la franchise : loin du débat national, loin du contrôle citoyen et démocratique. Comment croire, dans de telles conditions, à la sincérité des motifs de Nicolas Sarkozy ?

1. Lire le relevé fait par Christian Lehman et Martin Winckler : <http://www.contre-les-franchises.org/spip.php?article22=4>

2. « Qui va oser venir me dire que face aux déficits que représentent l'Alzheimer, les soins palliatifs et la lutte contre le cancer, on ne peut pas donner 4 euros par mois ? », cité par les mêmes.

3. PLFSS 2008, exposé des motifs de l'article 5 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/plfss2008.asp>

4. Idem

2. Le discours sur la responsabilisation des malades est mensonger

Une fois dissipées les illusions concernant la lutte contre le cancer ou la maladie d'Alzheimer, les présupposés des franchises apparaissent clairement : il s'agit de maîtriser les dépenses de santé, en s'en prenant à celles et ceux qui y ont le plus souvent recours – les personnes gravement malades. Or, le discours qui réduit les malades et les handicapés à des consommateurs irresponsables de médicaments, qui abuseraient de la solidarité nationale, repose sur des prémisses fausses.

A. Les personnes gravement malades sont celles qui paient le plus pour leur santé

Affirmer qu'il faut « responsabiliser » les malades, c'est faire croire que ces derniers, comme les handicapés, consomment de façon irresponsable des médicaments que la société leur permettrait d'avoir gratuitement. Leur « irresponsabilité » coûterait trop cher à la société. Or une telle vision est fautive.

Comme le montrent les rapports successifs du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie⁵, les personnes les plus gravement malades sont celles qui ont le reste à charge le plus élevé, c'est-à-dire celles qui doivent le plus payer pour leur santé. Notre société, bien loin de se montrer solidaire, met donc déjà particulièrement à contribution les malades et les handicapés.

B. Un discours qui témoigne d'une ignorance réelle de la situation des malades et des handicapés

Personne ne choisit d'être handicapé ou malade. A ce titre, le discours qui entend « responsabiliser » les malades est un discours qui ignore tout de la situation réelle des personnes. Quand on est gravement malade, la mise sous traitement n'a rien d'un acte de consommation courante : elle dépend de l'état des personnes, du diagnostic et des propositions thérapeutiques d'un médecin en fonction de recommandations nationales validées. Considérer qu'un contrôle de soi-disant « abus » passera par une augmentation des frais à la charge des assurés, c'est supposer que le médicament est un produit de consommation comme un autre, et qu'on pourrait agir sur la demande (« responsabiliser » les malades) en agissant sur l'offre (faire payer les franchises). Or un médicament n'est pas un yaourt de luxe dont les malades abuseraient ; il s'agit d'un produit indispensable à la santé d'une personne. Les défenseurs des franchises avanceront certainement des exemples d'abus ou de surconsommation de médicaments, dans le champ de pathologies graves ou dans d'autres

domaines. Soit : qu'on y réponde par une responsabilisation des médecins et des pharmaciens, et par des campagnes d'information ou de prévention⁶. Mais qu'on ne nous fasse pas croire qu'une nouvelle taxe aura valeur pédagogique. Car quelle que soit la réalité, toujours à prouver, de ces abus, les personnes qui ont besoin de traitements, parce que leur santé l'exige, vont être pénalisées par l'instauration des franchises.

C. L'exemple du sida

Les malades du sida seront parmi les plus touchés par les franchises. Comment pourrait-on affirmer pour autant que leur attitude vis-à-vis des traitements est irresponsable ?

Les recommandations thérapeutiques pour la prise en charge des personnes séropositives font l'objet d'un rapport régulièrement mis à jour par un groupe d'experts composé de chercheurs, médecins et associatifs. La question de

la mise sous traitement et de son suivi fait l'objet d'un chapitre de plus de 20 pages, et d'une bibliographie de 6 pages⁷. Les experts y précisent : « le moment le plus approprié pour débuter un traitement antirétroviral est aujourd'hui un des sujets les plus controversés concernant la prise en charge de la maladie »⁸. Ils et elles listent l'ensemble des situations possibles, en fonction du suivi biologique et clinique de la personne vivant avec le virus du sida. A aucun moment, la mise sous traitement n'est présentée comme une chose anodine, un acte de consommation comme un autre dont les malades pourraient « abuser ».

Au contraire, les experts rappellent que « l'objectif principal du traitement antirétroviral est de diminuer la morbidité et la mortalité de l'infection par le

VIH ». Un traitement contre le sida a pour but de sauver des vies. Dans cet exemple, comme dans bien d'autres pathologies, les franchises s'apparentent à un véritable impôt sur la vie et la mort.

Les recommandations thérapeutiques pour la prise en charge des personnes séropositives incluent des visites régulières chez l'infectiologue, le médecin traitant et divers spécialistes (dermatologue, gynécologue, hépatologue, etc.). En outre, selon l'état de santé des malades, des examens complémentaires sont nécessaires. Un bilan sanguin est par ailleurs réalisé en routine tous les trois mois. Avec les franchises et le forfait à un euro, les malades du sida atteindront donc très généralement les plafonds du 1 euro et des franchises chaque année rien que pour se conformer aux recommandations du suivi normal de leur maladie.



5. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2007, pp. 97-100. http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

6. Voir par exemple les campagnes de sensibilisation au risque sanitaire d'une surconsommation en antibiotiques.

7. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Recommandations du groupe d'experts sous la direction du professeur Yéni, 2006, Flammarion, chapitre 4 « Traitement antirétroviral ».

8. Idem, page 22.

Un cas concret :

Emmanuel est séropositif depuis 1999. Malgré son infection par le VIH, il a la chance d'être en relative bonne santé. Il consulte tous les trois mois son infectiologue et réalise un bilan sanguin tous les trois mois conformément aux recommandations de prise en charge pour s'assurer du contrôle de sa charge virale et de l'absence d'effets indésirables de son traitement.

Depuis la création du forfait à 1 euro, il atteint déjà chaque année le plafond de 50 euros alors qu'il est censé bénéficier d'une prise en charge à 100% pour faire face à des soins coûteux. Comme la plupart des séropositifs, son 100% ne le protège pas de restes à charge importants en ce qui concerne les infections sans rapport direct avec le VIH, les soins dentaires et l'ophtalmologie ou même encore une éventuelle hospitalisation liée à sa séropositivité.

Avec les franchises, il devra déboursier 19 euros par an pour sa trithérapie. Les effets secondaires de son traitement l'obligent à utiliser des antivomitifs et des anti-diarrhéiques pour lesquels il payera une franchise de 10 euros par an. Dépressif depuis sa contamination, il suit un traitement antidépresseur pour lequel il déboursera encore 12 euros.

Comme beaucoup de séropositifs, Emmanuel est atteint de condylomes qui nécessitent d'être traités au risque de dégénérer

en cancer. Un traitement local, peu efficace chez les séropositifs – mais le seul disponible qui peut lui éviter une opération, lui est prescrit. Il débourse encore une franchise de 5 euros pour ce traitement.

Comme beaucoup de personnes traitées sous trithérapies, Emmanuel a souffert de troubles métaboliques. Son nouveau traitement a permis de régler en partie le problème mais Emmanuel a une lipodystrophie faciale qui le stigmatise dans sa vie sociale. Il choisit de faire des injections de New Fill pour corriger cette lipodystrophie. Le médecin réalise une série d'injections d'un produit pour lequel il doit encore payer 10 euros de franchises.

Alors qu'il est relativement en bonne santé et qu'il n'est pas tombé malade, Emmanuel a atteint le plafond de 50 euros cette année pour les franchises qui s'ajoute aux 50 euros qu'il débourse déjà pour le forfait à 1 euro et à l'ensemble de ses restes à charge. Ses revenus sont de 850 euros par mois, trop peu pour se permettre de cotiser pour une mutuelle. Cette année, il est encore forcé de renoncer à des soins dentaires et à changer ses lunettes.

3. Le dispositif des franchises est injuste

L'exposé des motifs de l'article 35 du PLFSS 2008 entend : « préserver la situation des plus fragiles et des familles » ou « protéger les plus malades ». Mais c'est le dispositif en lui-même qui est injuste, s'attaque aux malades et aux plus fragiles. Et les quelques exceptions prévues ne changent pas grand-chose à l'affaire.

A. Le discours sur le caractère modique de la contribution n'est pas convaincant

Dans une tribune publiée par *Le Monde* et datée du 26 septembre 2007, Roselyne Bachelot-Narquin écrit « Les franchises constituent-elles vraiment une charge pour les familles ? Là encore, et sans vouloir ignorer la difficulté pour certaines de déboursier une somme approchant 4 euros par mois, la question mérite réflexion. Ainsi, les postes de dépense concernés par la franchise ont été scrupuleusement choisis : ce sont ceux dont la dynamique est la plus forte, sans que nécessairement la santé publique y trouve son compte. La contribution se concentre sur quelques postes de dépenses en forte croissance (0,5 euro sur chaque boîte de médicaments, sur chaque acte paramédical et 2 euros pour les transports sanitaires). » On remarquera que la ministre ne répond pas à la question qu'elle pose elle-même, et se contente de citer une moyenne, qui paraît bien modique, 4 euros par mois, soit le plafond des franchises, 50 euros, réparties sur 12 mois.

Il est facile pour la ministre des sports d'affirmer qu'un tel montant est modique. Elle fait partie d'une majorité qui s'apprête à faire 10 milliards de dollars de cadeaux fiscaux aux plus riches. Quand on brasse de telles sommes, il est difficile de ne pas ironiser sur les efforts que devront consentir les personnes ou les familles les plus modestes. Comment nous faire croire ensuite que l'on fait attention aux plus vulnérables ?

Par ailleurs, la ministre oublie, dans ses calculs, que les personnes qui vont payer 50 euros sur ces nouvelles franchises sont aussi celles et ceux qui sont déjà les plus pénalisés par le forfait de un euro mis en place par son prédécesseur. Ce sont ces mêmes personnes qui doivent faire face aux augmentations des forfaits hospitaliers, à la mise en place d'un forfait sur les actes les plus coûteux ou aux remboursements de certains médicaments indispensables. Enfin, la ministre sait bien que ces franchises sont destinées à s'accroître : rien, dans la loi, ne garantit qu'elles ne pourront pas être appliquées dans d'autres domaines sanitaires que les médicaments ou les transports⁹, ni que leur montant pourra être augmenté en fonction des besoins du moment.

B. Des exonérations insuffisantes

L'exposé des motifs prétend que les exonérations prévues par le projet de loi suffisent pour protéger les plus vulnérables. Or, seuls seuls les bénéficiaires de la CMU complémentaire, les enfants et les femmes enceintes en seront exonérés – ce qui est logique, mais très insuffisant.

Ainsi les personnes gravement malades, atteintes d'une pathologie Affection Longue Durée (ALD ; cancer, diabète, sida, etc.) ne sont pas exonérées, ce qui fait d'elles les personnes qui seront les plus lourdement taxées. Le message est donc clair : le pacte de solidarité entre bien portants et malades, qui était au cœur de la création de la Sécurité sociale, est définitivement rompu. Ne prévaudra que l'individualisme et un système assurantiel privé, qui condamne d'avance les plus pauvres.

L'exonération des bénéficiaires de la CMU complémentaire ne concernera pas les catégories les plus vulnérables de la population : travailleurs précaires, bénéficiaires de l'AAH,

9. Toute la campagne électorale de Nicolas Sarkozy le montre.

etc. C'est ici une logique de concurrence entre les précaires qui est mise à l'oeuvre, comme le montre l'exemple de l'Allocation adulte handicapé (AAH).

C. L'exemple de l'Allocation adulte handicapé

Près du quart des malades du sida ne disposent que d'une Allocation Adulte Handicapé pour vivre : 622 euros mensuels, avec lesquels il leur faut vivre et se soigner. A cause d'un effet de seuil de 10 euros, les personnes bénéficiant d'une allocation adulte handicapé ne peuvent pas bénéficier de la CMU complémentaire. Elles payeront donc les franchises.

Pour cette catégorie de revenus, l'État finance pourtant une aide à l'accession à la complémentaire santé. Les coûts

d'une complémentaire restent cependant trop élevés pour que les bénéficiaires de l'AAH puissent y recourir. Et quand bien même, les contrats accessibles par ce dispositif ne prendront pas en charge les franchises.

Avec les franchises et le forfait à 1 euro, c'est donc 100 euros que ces personnes devront déboursier chaque année en plus pour se soigner. Tandis que leur reste à charge est déjà plus important que le reste de la population, c'est plus de 1,3% de leurs revenus qu'elles devront consacrer en plus à leur santé alors même que leurs revenus sont en-dessous du seuil de pauvreté.

4 D'autres solutions existent

A. Penser autrement le déficit de la Sécurité sociale

La question du déficit de la Sécurité sociale n'est pas tant celle de sa dette que de son sous-financement. Il convient donc de briser le tabou de l'augmentation des ressources de la sécurité sociale au lieu de sans cesse réduire les remboursements des malades.

Contrairement à ce qu'affirme le gouvernement, les franchises ne correspondent pas à une augmentation des ressources de la sécurité sociale : il s'agit d'une nouvelle réduction de la prise en charge qui porte sur le recours aux soins.

Pourtant plusieurs économistes proposent de considérer la question des dépenses de sécurité sociale comme une richesse. Le secteur de la santé est un secteur économique florissant en France et la santé de la population un réel investissement sur l'avenir.

Pour financer les nouvelles dépenses de l'assurance maladie, de nombreuses solutions alternatives existent. Les franchises médicales rapporteraient seulement 850 millions d'euros sur un budget général de 166 milliards d'euros pour la seule branche maladie, elles ne contribueraient donc qu'à 0,5% des ressources de la sécurité sociale. Une augmentation équivalente des cotisations sociales serait plus juste que les franchises : elle préserverait la solidarité entre les malades et les biens portantEs, au cœur du dispositif français d'assurance maladie.

B. Mettre à contribution l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique est une des principales bénéficiaires de l'accroissement des dépenses de santé. Elle pourrait donc être mise à contribution pour alimenter les ressources de la sécurité sociale.

En France, les prix des différentes spécialités pharmaceutiques sont fixés par l'état en fonction du service médical rendu. Depuis l'arrivée des antirétroviraux, les prix des médicaments

contre le sida n'ont cessé d'augmenter au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles spécialités sans pour autant que les médicaments plus anciens ne voient leur prix diminuer face à des produits plus efficaces.

C Taxer les stock options

Aujourd'hui en France une grande partie de la production de richesse ne contribue pas au financement de l'assurance maladie. Sans changer le financement actuel de l'assurance maladie qui porte d'abord sur les revenus liés au travail, une solution consisterait à taxer les stock-options.

Les stock-options sont des actions achetées par les cadres d'une entreprise à un prix fixé d'avance, souvent très inférieur au cours de Bourse réel et exonérées de la plus-value. A l'occasion de la présentation de son rapport annuel, le président de la cour des comptes a avancé l'idée d'une taxation des stock options, jusqu'à présent exonérées de taxation fiscale, alors même qu'il s'agit de revenus liés au travail.

Aujourd'hui les détenteurTRICES de stock-options contribuent au financement de la protection sociale uniquement au travers de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Le président de la Cour des comptes a calculé que la taxation des 8,5 milliards d'euros de stock-options distribués en 2005 auraient permis à la Sécurité sociale de récupérer à elle seule la somme de 3 milliards d'euros.

Mais outre les stock-options, la Cour des comptes a inventorié tous les revenus exonérés soit de cotisations sociales, soit de CSG. La liste est longue : épargne entreprise, participation, intéressement, indemnités de retraite et de licenciement, revenus fonciers, Codevi... Au total, entre 33 et 36 milliards d'euros par an de manque à gagner pour la sécurité sociale. ■