

Santé

FRANCHISES « MÉDICALES », MENSONGE D'ÉTAT ...

La remise en cause de la gratuité des soins n'est pas nouvelle, mais un pas qualitatif risque d'être franchi avec ce qu'il est convenu d'appeler les « franchises médicales ». C'est une attaque supplémentaire contre le système de protection sociale dont les plus démunis vont en premier faire les frais. On sait que tout ce qui touche à la Sécu est sensible et la journée du 29 septembre peut être le départ d'une riposte. Nous avons demandé à Bruno Percebois, pédiatre et militant du syndicat national des médecins de PMI (Protection maternelle et infantile) de faire le point.

Le terme consacré de « franchises médicales » est trompeur. Autant le dire en introduction, dans un contexte où les mots utilisés dans les médias obéissent à de véritables stratégies de communication, ces franchises n'ont strictement rien de médicales.

Le projet que le gouvernement prévoit de présenter lors du vote du budget de la sécurité sociale en novembre prochain obéit en réalité à deux objectifs : d'abord une logique comptable et ensuite une logique de projet politique.

Logique comptable : 50 centimes d'euros pour chaque boîte de médicaments, 50 centimes d'euros pour chaque acte paramédical (kiné, soins infirmiers, etc.) et 2 euros pour les transports en ambulance. Le tout plafonné à 50 euros par an et par malade (mais l'expérience montre que cela ne peut qu'augmenter). De ce point de vue il serait beaucoup plus juste de dire franchises anti-malades, puisqu'une fois de plus ce sont les malades qui seront moins bien remboursés.

Le procédé n'est d'ailleurs pas nouveau et la liste est déjà longue des cas où la sécurité sociale a diminué ses remboursements. Déjà en 1967, juste avant mai 68, les ordonnances sur la Sécu avait mis en place le



PHOTO: M. MIGNEAU

Il est fou, Sarkozy

ticket « modérateur », restant à la charge du malade et obligeant à se tourner vers la couverture complémentaire représentée par les mutuelles. Depuis, le niveau du dit ticket s'est diversifié mais il n'a pas cessé d'augmenter (actuellement 30 % du prix d'une consultation médicale et 35 à 85 % du prix des médicaments) réduisant toujours plus la prise en charge par la sécurité sociale mais contribuant à faire augmenter le tarif des mutuelles à la charge de chaque individu.

En 1982, c'est le terme « forfait » qui est apparu et s'est mis en place le forfait hospitalier, à la charge de chaque malade hospitalisé. Pour mémoire, ce forfait était de 20 francs (environ 3 euros). Il est aujourd'hui de 16 euros par jour, soit une augmentation de 433 % en 25 ans. En 2004 ce sont mis en place d'autres forfaits : 1 euro sur chaque consultation, acte médical ou examen de biologie (plafonné au départ à 1 euro par jour, le plafond est passé à 4 euros par jour depuis le 1^{er} août 2007), 18 euros pour chaque acte chirurgical dit lourd.

Pour les malades le résultat est simple : moins de remboursements (voire des médicaments déremboursés) dans un contexte où les dépassements d'honoraires dans certaines régions et spécialités médicales ou chirurgicales ne cessent de progresser et constituent déjà une sorte de forfait, invisible pour la sécurité sociale, mais bien réelle pour les malades. Les estimations réali-

sées indiquent que ce sont 240 euros en moyenne par personne et par an qui restent à la charge des malades et beaucoup plus pour ceux en affection longue durée ou porteur d'une pathologie chronique. Le risque est donc important de voir de plus en plus de personnes repousser le recours aux soins, voire même y renoncer au risque de voir leur santé se dégrader et des complications se développer.

Les arguments ont été variés pour justifier ces

mesures : responsabiliser les malades, lutter contre les abus, contribuer à diminuer le « trou de la sécurité sociale », en n'abordant le problème que sous l'angle des dépenses et en évitant soigneusement de poser la question des recettes (exonérations patronales, dettes de l'état, plafonnement et assiette des cotisations, rôle du chômage, etc.).

L'argumentation utilisée actuellement par le gouvernement de Nicolas Sarkozy – contribuer au financement de la lutte contre la maladie d'Alzheimer dans le contexte d'un déficit de la Sécu de 12 milliards d'euros – présente trois caractéristiques : il est scandaleux, fallacieux et éculé....

Scandaleux, car le procédé consiste en effet à laisser entendre que tout cela se fait pour une noble cause : la recherche médicale. La ficelle est un peu grosse : elle escamote la responsabilité des pouvoirs publics en matière de recherche et revient à faire payer les malades pour les malades.

Fallacieux car l'estimation des sommes que « rapporteraient » les franchises (environ 850 millions d'euros) montre que cela est loin de régler le déficit.

Eculé, car pour un président qui ne parle que de rupture et de changement, la recette est très ancienne. En son temps la vignette automobile avait été mise en place « pour les vieux ». On se rappelle ce qu'il en est advenu : Les vieux n'en ont jamais vu la couleur mais les caisses de l'état l'ont perçu pendant des dizaines d'années.

L'automobiliste doit payer une franchise pourquoi pas le malade ?

Une logique de projet politique :

Les franchises s'inscrivent dans le projet patiemment mis en œuvre depuis de nombreuses années de remise en cause du système solidaire que constitue le dispositif de la sécurité sociale en le faisant reculer petit à petit au profit d'un système d'assurance individuelle.

Le terme de franchise est de ce point de vue illustratif : il provient du monde des assurances. Le premier ministre lui-même, il y a quelques semaines, évoquant le terme « assurance-maladie », déclarait qu'il ne connaissait pas d'assurance sans franchise et le PDG d'une grande société d'assurance, BEBEAR, pose la question depuis longtemps : « l'automobiliste doit payer une franchise pourquoi pas le malade ? » Cette somme doit donc rester à la charge du malade.

La sécurité sociale, c'est un système basé sur la solidarité entre les générations, entre malades et bien-portants, quelque soit le niveau de revenus : chacun cotise

selon ses ressources (un pourcentage du salaire total) et reçoit selon ses besoins.

L'assurance, c'est un système basé sur le chacun pour soi et les meilleurs soins pour ceux qui ont les moyens de consacrer une partie de leur salaire net à l'achat d'une bonne assurance (et au passage, l'assureur en tire bénéfice). Pour les autres, en matière de soins, la couverture est variable en fonction des revenus : c'est l'insécurité sociale et la mise en cause du droit à la santé. Ce serait donc l'officialisation de l'inégalité d'accès aux soins face à la maladie.

La riposte !

Contre ce projet plusieurs initiatives ont déjà été prises. Une pétition a déjà commencé à circuler dès le mois d'avril 2007, après les déclarations du candidat Nicolas Sarkozy⁽¹⁾. Depuis, de nombreuses prises de positions contre ce projet ont vu le jour, notamment de secteurs professionnels et d'associations de malades.

Un collectif national s'est mis en place cet été et des propositions ont été adoptées. D'abord un texte, qui a recueilli un soutien très large de syndicats, partis politiques, associations. Ce texte appelle à la mobilisation contre ce projet et la date du 29 septembre 2007 a été retenue comme première étape, avec des initiatives déjà prévues dans de nombreuses villes.

Le projet de franchises concerne tout le monde. L'objectif est bien de le faire retirer : l'information sur le contenu de ce projet et ses conséquences, le débat sur la défense d'un système de protection sociale solidaire, l'interpellation des élus, l'organisation en collectifs unitaires... constitueront autant de moyens d'y travailler.

C'est une nécessité pour les semaines qui viennent, dans la perspective du vote du budget de la sécurité sociale. ●

BRUNO PERCEBOIS

1) <http://www.appelcontrelafranchise.org>

APPEL UNITAIRE (EXTRAITS)

CONTRE LES FRANCHISES MÉDICALES, POUR L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS, MOBILISONS NOUS LE 29 SEPTEMBRE !

Nicolas Sarkozy a annoncé la création de franchises médicales au prétexte de financer les plans « cancer » et « Alzheimer ».

Plus ça va, plus on fait payer les malades. D'abord présentées pour combler le déficit de la Sécu, aujourd'hui proposées pour financer le plan Alzheimer, les franchises se rajouteront à ce que les assurés sociaux doivent déjà payer.

Avec les franchises, les malades paient pour les malades

Les gens qui n'ont pas les moyens renonceront à certains soins comme c'est déjà le cas pour les lunettes et pour les dents. Nous refusons l'instauration de telles franchises, socialement injustes, économiquement inefficaces et dangereuses pour la santé publique. Pour ceux qui ont une mutuelle, le ticket modérateur et le forfait hospitalier peuvent, dans certaines limites, être pris en charge. Mais les franchises ne le seront pas. La franchise au début c'est 50 euros, mais après... Les dépassements d'honoraires, ces franchises occultes, devaient rester « raisonnables », mais aujourd'hui peuvent atteindre plusieurs milliers d'euros pour une opération. Les franchises, c'est la fin de la solidarité et la remise en cause des principes fondateurs de la Sécu.

Parce que, riche ou pauvre, jeune ou vieux, nous devons tous être égaux dans l'accès aux soins, la France a créé la Sécurité sociale en 1945. Le principe en est simple : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. A l'opposé de ce système solidaire, celui des assurances. Selon le niveau – et donc le prix – du contrat, la couverture varie. Ainsi, se développe une médecine à plusieurs vitesses.

Le financement solidaire est une condition indispensable pour améliorer notre système de santé. Il faut d'abord améliorer la prévention des maladies. Transformer les conditions de vie, de travail, d'environnement, d'alimentation... autant de pistes pour réduire la venue des maladies, comme le cancer, le diabète, et peut être même l'Alzheimer. Notre pays n'a jamais été aussi riche. Il faut donc exiger un débat sur la part des richesses dévolue à la santé. C'est un choix de société. Alors, il faut choisir. Soit, comme l'a fait Nicolas Sarkozy, multiplier les cadeaux fiscaux (13 milliards d'euros) aux plus favorisés et les exonérations de cotisations pour les employeurs, soit partager les richesses pour maintenir une Sécu fondée sur la solidarité. Là est le cœur du débat.

NOUS SOMMES TOUS PROPRIÉTAIRES DE LA SÉCU. ALORS, PENSONS SON AVENIR ENSEMBLE !

Act up ; Aides ; Alter Ekolo ; Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) ; Appel contre la Franchise ; Association Nationale des Médecins Référents (AMedRef) ; ATTAC France ; CADAC ; Collectif « La Santé n'est pas une marchandise » ; CGT de l'administration centrale des Affaires sociales ; CNDP ; Confédération paysanne ; Convergence Citoyenne ; Convergence Nationale des Collectifs de Défense et de Développement des Services publics ; Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (CoMéGas) ; Coordination des Collectifs unitaires anti-libéraux ; Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité ; Fondation Copernic ; FSU ; LCR ; Les Alternatifs ; Les Verts ; LMDE ; Mars-Gauche républicaine ; MRC ; ONSIL ; Parti Socialiste ; PCF ; Résistance sociale ; Syndicat de la Médecine Générale (SMG) ; SNES-FSU ; SNUipp-FSU ; Syndicat national des Infirmier(e)s conseiller(e)s de Santé (SNICS-FSU) ; Sud Education ; Union des Familles laïques (UFAL) ; Union Nationale Alternative Mutualiste (UNAM) ; UNEF ; Union Syndicale Solidaires ; Union Fédérale Sud Protection Sociale ; Union fédérale Sud Santé Sociaux ; Union Nationale des Groupements Mutualistes Solidaires (UNGMS) ; Union Nationale des Retraités et des personnes âgées (UNRPA) ; Union Syndicale de la Psychiatrie (USP).

Le mardi 4 septembre 2007.