

Extrait du Démocratie & Socialisme

<http://www.democratie-socialisme.fr>

Les " Franchises " : la remise en cause du principe de
solidarité

Un nouveau coup de boutoir contre l'assurance maladie

- Social - Santé, Sécurité Sociale -

Date de mise en ligne : mercredi 14 novembre 2007

Démocratie & Socialisme

Qui se rappelle encore l'engagement pris par Nicolas Sarkozy, lors de son débat avec Ségolène Royal, d'augmenter les remboursements des lunettes et des soins dentaires ? Une chose est certaine, c'est que Sarkozy, lui, a oublié. Au contraire, avec les franchises médicales, c'est un nouveau pas que la droite s'apprête à effectuer dans la destruction de notre système d'assurance maladie solidaire.

Les hésitations de la Droite et de Sarkozy

Ils n'ont pas hésité, évidemment, sur l'objectif mais sur le chiffrage et la façon de justifier les " franchises ". Le projet de l'UMP prévoyait une " franchise " annuelle, restant à la charge des patients, de 50 à 100 euros par an. Mais une " franchise " de 100 euros aurait entraîné le paiement de cotisations maladie sans aucune contrepartie pour 27 % des patients. Difficile à assumer en pleine période électorale.

Du coup, en janvier 2007, Sarkozy ne proposait-il plus que des " franchises " de " quelques euros " et ne donnait-il plus aucun chiffre lors de la dernière présentation de son projet présidentiel. Au total, la Droite n'était pas aussi "décomplexée " que voulait bien l'affirmer Sarkozy et, au moins dans ce domaine, marchait plutôt sur des oeufs.

Avant l'élection présidentielle, tout allait bien, Xavier Bertrand n'avait cessé de rassurer sur l'efficacité de la loi Douste-Blazy. Mais dès l'élection passée, le mythe du " gouffre " de la Sécurité sociale retrouvait droit de cité dans les grands médias et Sarkozy finissait par chiffrer le montant des "franchises " : 0,50 euros pour chaque boîte de médicaments ; 0,50 euros sur tous les actes paramédicaux (kinés, orthophonistes, soins infirmiers...) ; 2 euros pour tous les transports médicaux. L'ensemble étant plafonné à 50 euros par an et par personne.

La justification de ces franchises était, elle aussi, à géométrie variable. Aussitôt les législatives passées, Sarkozy affirmait que les franchises seraient modulables en fonction du déficit de l'Assurance maladie. : " Si l'Assurance maladie est équilibrée, on baisse la franchise, si elle n'est pas équilibrée on augmentera la franchise ". Et comme la loi Douste-Blazy est justement faite pour que l'équilibre ne puisse être atteint et justifier ainsi la privatisation de l'assurance maladie, les " franchises " ne pouvaient qu'augmenter.

Mais cela ne passait pas, même auprès de la moitié des sympathisants de l'UMP. Sarkozy a donc choisi la démagogie et la mise en scène compassionnelle. Il s'agissait maintenant de financer la lutte contre le cancer et la maladie d'Alzheimer. Ce qui, d'ailleurs, ne changeait rien au problème. Le nombre de patients atteints de ces maladies est malheureusement appelé à s'accroître au rythme du vieillissement de la population. Dans tous les cas, les franchises ne pourront donc qu'augmenter.

Une franchise qui n'a rien de "médicale"

A terme, elles auront pour effet, non de réduire, mais d'augmenter les dépenses de santé. En effet, elles dissuaderont les patients (surtout dans les catégories les moins aisées de la population) d'aller consulter un médecin dès les premiers symptômes de leur maladie. Nombre d'entre eux se retrouveront donc gravement malades et soignés à l'hôpital avec un coût beaucoup plus élevé pour l'assurance maladie. La "responsabilisation" n'est pas là où prétend la voir Sarkozy car, comme l'affirme le Syndicat de la Médecine Générale, " Etre responsable c'est d'abord se soigner le mieux et le plus vite possible ".

Un nouveau coup de boutoir contre l'assurance maladie

La volonté affichée de "responsabiliser" le malade n'a aucun sens. Ce n'est pas la malade qui prescrit les examens et les soins para médicaux. Lui faire payer une "franchise" ce n'est pas le "responsabiliser" mais l'empêcher de se soigner.

Les exemples des Etats-Unis et des pays scandinaves illustrent bien, chacun à leur façon l'inefficacité de la "responsabilisation" des patients. Aux Etats-Unis, plus de 55 % des dépenses de santé sont à la charge du malade. Soit par l'intermédiaire de franchises " qui s'élèvent, en moyenne, à 2 040 euros par habitant et par an. Soit par l'intermédiaire de primes versées à des sociétés d'assurance. Mais c'est le pays au monde qui dépense le plus pour la santé de ces habitants : 7 400 dollars annuels par habitant contre 4 500 dollars en France. Et tout cela pour se trouver au 37ème rang du dernier classement de l'OMS pour la qualité de son système de santé, alors que la France est classée 1ère...

Les pays scandinaves, au contraire, pratiquent la gratuité pour la plupart des soins et des médicaments. Les patients y sont donc parfaitement "déresponsabilisés" au sens où l'entend Sarkozy. La part de leur PIB consacrée aux dépenses de santé est pourtant très largement inférieure (moins de 9 % contre de 15 %) à celle qui lui est consacré aux Etats-Unis. Et la qualité de leur système de santé est parmi les premières du monde.

La conclusion à en tirer serait donc plutôt celle de l'économiste Pierre Volovitch : "En matière de dépenses de santé, la meilleure façon de maîtriser les dépenses, c'est d'être solidaires".

En réalité, la Droite se fiche éperdument du coût de la santé. Les seules dépenses qui la tracassent sont celles qui sont financées par l'assurance maladie obligatoire. Pour deux raisons. D'abord parce qu'elle veut en finir avec les cotisations patronales qui financent l'assurance-maladie. Ensuite parce qu'elle veut ouvrir aux capitaux privés (sociétés d'assurance mais aussi mutuelles qui n'auront pas d'autre choix que de s'aligner sur les premières) l'accès à un pactole annuel de plus de cent milliards d'euros.

Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, demande "Qui ne peut donner 4 euros par mois ? " La malheureuse ne sait pas que c'est le cas de bon nombre de familles. Mais là n'est pas l'essentiel.

En effet, les " franchises " reviendront à faire payer les malades pour financer les soins d'autres malades, voire leur propre maladie pour quelqu'un qui souffrirait, par exemple, à la fois de la maladie d'Alzheimer et d'une autre maladie. C'est là une première rupture de la solidarité puisque seuls les malades paieront pour les malades. C'est surtout une rupture avec les fondements mêmes de la Sécurité sociale de 1945 qui veulent que chacun participe en fonction de ses moyens mais reçoivent en fonction de ses besoins.

A terme, si nous acceptons la logique des " franchises " que Sarkozy veut mettre en oeuvre, c'est le marché qui se substituera à la solidarité. Comme aux Etats-Unis, seuls pourront correctement se soigner ceux qui ont le moyen de payer l'hôpital sans avoir à vendre leur maison ou qui disposent d'une assurance privée haut de gamme mais extrêmement coûteuse.

Déjà, en quatre ans, les tarifs des mutuelles ont augmenté de 40 %. Avec l'augmentation des franchises médicales, ces tarifs exploseront. Qui pourra se les payer ? Les soins ne seront plus dispensés en fonction des besoins, mais en fonction des moyens.

C'est là qu'intervient l'idée lumineuse du nouveau secrétaire d'Etat aux solidarités, Martin Hirsh : celle du " bouclier sanitaire ". A l'image du " bouclier fiscal ", le " bouclier sanitaire " limiterait le montant des franchises payées par un patient à un certain pourcentage de son revenu.

Quelle riche idée ! D'une main le gouvernement brandit l'épée (les franchises) contre les assurés sociaux ; de l'autre il leur propose un bouclier pour les protéger de cette épée...

Quel aveu ! En faisant cette proposition, Martin Hirsh reconnaît qu'il est persuadé que les " franchises " sont appelées à considérablement augmenter. Ne serait-il pas plus simple de mettre au placard ces " franchises " et par là même occasion le " bouclier sanitaire " ?

En finir avec le salaire indirect

Ce que visent le gouvernement et le Medef c'est d'en finir avec le salaire indirect. Ce salaire indirect est, depuis sa création en 1945, insupportable pour le patronat. Il faut le comprendre : à chaque fois qu'un patron verse un salaire direct pour payer le travail d'un salarié, il est obligé, en même temps, de payer un salaire indirect (les cotisations sociales) pour financer la retraite, les allocations familiales, les dépenses de santé, l'allocation chômage d'autres salariés... Une gigantesque avancée pour la civilisation, un gigantesque recul pour le patronat.

L'ancien vice-président du Medef, Denis Kessler n'hésite d'ailleurs pas à vendre la mèche dans un article de " Challenges " d'octobre 2007. Il commence par jouer les naïfs : " Les annonces successives des différentes réformes par le gouvernement peut donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées [...] : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité sociale... Mais il donne aussitôt la boussole qui permet de s'y retrouver dans ce désordre apparent : " A y regarder de plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception ".

C'est donc avec le programme du Conseil National de la Résistance (CNR) de 1945 que la Droite et le Medef veulent en finir pour nous ramener à la situation qui était celle du salariat avant la seconde Guerre mondiale. Cela ne leur sera pas aisé. Malgré le pilonnage médiatique incessant pour discréditer les cotisations sociales et le régime de solidarité, un sondage Ipsos du 24 septembre, réalisé pour le Collectif interassociatif sur la santé indique que " 70 % des Français ne souhaite pas l'application d'un système de franchises pour répondre aux problèmes de financement de notre système de santé ". Ce sondage précise que " 84 % d'entre eux souhaitent la conservation du régime de cotisations obligatoire ". Seuls " 15 % d'entre eux se prononcent pour un système où chacun paierait pour sa propre assurance santé, avec un coût défini en fonction de l'état de santé et de l'âge de la personne et un niveau de remboursement variable selon la cotisation payée ". Un " non " franc et massif au marché, un " oui " aussi franc et massif à la solidarité et une base solide pour organiser la contre offensive et le remboursement à 100 % des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire.

Jean-Jacques Chavigné