

Rebonds

Une santé moins solidaire

jeudi 14 février 2008, par [TABUTEAU Didier](#) (Date de rédaction antérieure : 12 février 2008).

Qu'est-ce qu'un demi-euro ou un euro pour se faire soigner ? La question faussement naïve revient régulièrement dans le débat sur les franchises. La modicité de la somme dissimule en réalité un enjeu crucial pour l'avenir de l'assurance-maladie. La Sécurité sociale repose en matière de santé sur une solidarité entre les bien portants et les malades. Il ne s'agit pas, comme en matière de retraite, d'accumuler des durées de cotisations pour bénéficier en retour d'une pension. L'objectif devrait être, pour chacun d'entre nous, de payer cotisations et CSG pendant toute notre vie sans rien recevoir en contrepartie. L'idéal n'est-il pas de vivre toute sa vie en bonne santé et de décéder brusquement à un âge le plus avancé possible ?

La contribution des malades à leurs dépenses de santé, en particulier par l'instauration d'un ticket modérateur, a pourtant été inscrite dès l'origine dans les textes. Or la « responsabilisation » des malades par l'argent, pour reprendre l'argumentation moralisante avancée, a des effets délétères. Elle dissuade les moins fortunés, malgré la CMU, mais aussi nombre de familles aux revenus intermédiaires, de recourir précocement aux soins ou de s'engager dans des démarches de prévention. Sans oublier les renoncements à des appareillages indispensables comme les prothèses dentaires ou auditives. Mais elle n'a que peu d'effets sur les catégories les plus favorisées, qui bénéficient de surcroît des meilleurs contrats de protection complémentaire. Quoi qu'il en soit, le coût supporté par l'utilisateur, directement lorsqu'il n'a pas d'assurance complémentaire ou de mutuelle, ou indirectement lorsqu'il en dispose, ne se résume pas aux montants, encore limités, des franchises. Pour mesurer les effets de la réforme en cours, il faut prendre en compte le « reste à charge » (RAC), c'est-à-dire l'ensemble des sommes dues au-delà du remboursement par la Sécurité sociale. Par exemple pour un acte médical, ce « RAC » ne se limite pas au forfait de 1 euro résultant de la loi de 2004, mais résulte de l'addition de ce forfait, du ticket modérateur de 30 % et d'un éventuel dépassement tarifaire. Pour une consultation d'un médecin généraliste pratiquant les tarifs de la Sécurité sociale, cela représente près de 8 euros sur 22 et pour celle de médecin spécialiste exerçant en secteur 2, tarifée à 50 euros, près de 35 euros ! On est loin du 1 euro brandi par les défenseurs de la réforme.

En outre, l'argument de la responsabilisation financière bute sur les réalités de la dépense de santé. 10 % des assurés, les plus gravement malades, représentent les deux tiers des dépenses. Personne ne peut penser que des hospitalisations ou des chimiothérapies révèlent les excès d'un consumérisme médical ! Quant aux autres dépenses, un tiers du total, elles répondent pour l'essentiel à de véritables besoins sanitaires. La maîtrise des dépenses, si elle est d'une impérieuse nécessité pour garantir la bonne utilisation des deniers sociaux, ne doit pas passer par la pénalisation économique des malades. Insidieusement, l'augmentation du reste à charge peut fissurer les fondements mêmes du système d'assurance-maladie. Demi-euro par demi-euro, la part de la Sécurité sociale dans le remboursement des dépenses de santé, du moins en médecine de ville et en dehors des affections de longue durée, diminue progressivement. A ce rythme, l'assurance-maladie n'assurera bientôt plus qu'une fraction minoritaire de la dépense.

On peut imaginer, dans un scénario catastrophe, qu'à terme ces dépenses courantes soient totalement laissées à la charge des assurés sociaux. Dans cette perspective, accroissements du

ticket modérateur, forfaits et franchises peuvent apparaître comme les instruments d'une « politique du salami », qui débite, méthodiquement, par fines tranches successives les renforts de la protection solidaire. Ces mesures font le lit, ingénument ou délibérément, d'une privatisation au moins partielle de l'assurance-maladie. Avec son cortège de risques pour la santé publique et le spectre d'une médecine à autant de vitesses qu'il existe de contrats d'assurance complémentaire. Mais aussi avec la menace d'un encadrement de leurs pratiques sans commune mesure avec les « contraintes » aujourd'hui exercées par l'assurance-maladie. Derrière le développement des franchises et des dépassements d'honoraires, c'est l'avenir de la protection maladie fondée sur la solidarité qui se joue. La lutte contre les gaspillages, pour légitime qu'elle soit, ne doit pas être le paravent de stratégies poursuivant d'autres fins.

P.-S.

* Paru dans le quotidien Libération du mardi 12 février 2008.

* DIDIER TABUTEAU est responsable de la chaire santé à Sciences-Po.. Dernier ouvrage paru :Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006), Ophrys santé, 2006.