

LES FRANCHISES MEDICALES CONTRE L'ACCES AUX SOINS ?

Mémo N°21

Dans le cadre du dernier projet de loi de financement de la Sécurité sociale, le gouvernement a décidé de doubler l'ensemble des franchises médicales. Ce doublement des franchises entrera en vigueur le 31 mars 2024, [le décret d'application ayant été publié le 17 février dernier](#).

Concrètement, la franchise médicale portant sur les boîtes de médicaments et celle sur les actes effectués par un·e auxiliaire médical·e passeront de 50 centimes d'euro à 1 euro, les franchises de 2 et 4 euros liées aux transports médicaux seront aussi doublées pour atteindre 4 et 8 euros par acte. Les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont exemptés de ces augmentations. L'ensemble de ces franchises resteront plafonnées à 50 euros par an, au total.

Ces franchises médicales correspondent à une part déduite des remboursements opérés par la Sécurité sociale lors, de l'achat d'une boîte de médicament prescrite par le médecin et prise en charge par l'Assurance Maladie, lors de l'intervention d'un·e auxiliaire médical·e (infirmier·ères, masseur·ses-kinésithérapeutes...) ou lors d'un transport médical. Elle s'ajoute à la part non prise en charge par la Sécurité sociale, dont le remboursement est assuré par les complémentaires (mutuelles ou assurances) ou par la complémentaire santé solidaire (C2S).

Ces franchises ne sont qu'une petite partie du reste à charge que la puissance publique, le patronat et les organismes complémentaires ont toujours défendu sous couvert d'une lutte contre la surconsommation ou simplement pour garantir un marché sur lequel exister. Elles sont avant toute chose un outil qui matérialise clairement la défiance des pouvoirs publics vis-à-vis des patient·es et du comportement supposément opportuniste qu'ils et elles auraient par nature.

Les points importants à retenir

- La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2024 a acté **le doublement des franchises médicales**, de 50 centimes à 1 euro, sur les boîtes de médicaments et sur l'intervention d'un·e auxiliaire médical·e ;
- Le principe du reste à charge ou de la franchise dénote d'une conception du patient profiteur de soin. Consommateur avant tout, Il faut donc qu'il paye pour être plus responsable. Du point de vue de la puissance publique, le/la patient·e est vu·e comme un·e irresponsable .
- Une augmentation du prix des médicaments entraine un mauvais respect de la prescription par les patient·es ou encore un report sur d'autres dépenses de santé liées à de possibles complications qui engendreront par la suite des dépenses supplémentaires.

- Les sommes récupérées grâce aux franchises médicales ou aux participations forfaitaires sont très éloignées des économies que l'Assurance Maladie pourrait faire si le prix des médicaments était plus largement contrôlé.

Aux origines de la franchise médicale

Instaurée en 2007 par une loi de financement de la Sécurité sociale, l'objectif de modification du remboursement de certaines prestations est aujourd'hui le même qu'il y a 17 ans : « responsabiliser » le/la patient·e.

Le principe même de la franchise est bien d'opérer une contrainte financière à la charge du/de la patient·e afin qu'il ou elle consomme « raisonnablement » du soin. Cette vision du/de la patient·e consommateur·rice irresponsable qui n'attend que de pouvoir profiter de soins quasi gratuits est largement héritée de travaux économiques développés dans les années 1960-1970.

Concrètement, pour une branche de cette théorie économique, le comportement des individus est mué par leur intérêt individuel au sens où ceux-ci cherchent toujours à maximiser l'utilité qu'il retire d'une situation. Cette utilité étant définie par le rapport entre le prix d'un bien et les quantités disponibles. Dans notre cas, une assurance santé (publique ou privée) qui couvre les soins rend le/la patient·e insensible au prix puisqu'il ou elle n'a pas conscience de payer ses soins. Ce/cette dernier·e cherchera donc à en consommer le plus possible au détriment de l'assurance en place, dans notre cas la Sécurité sociale.

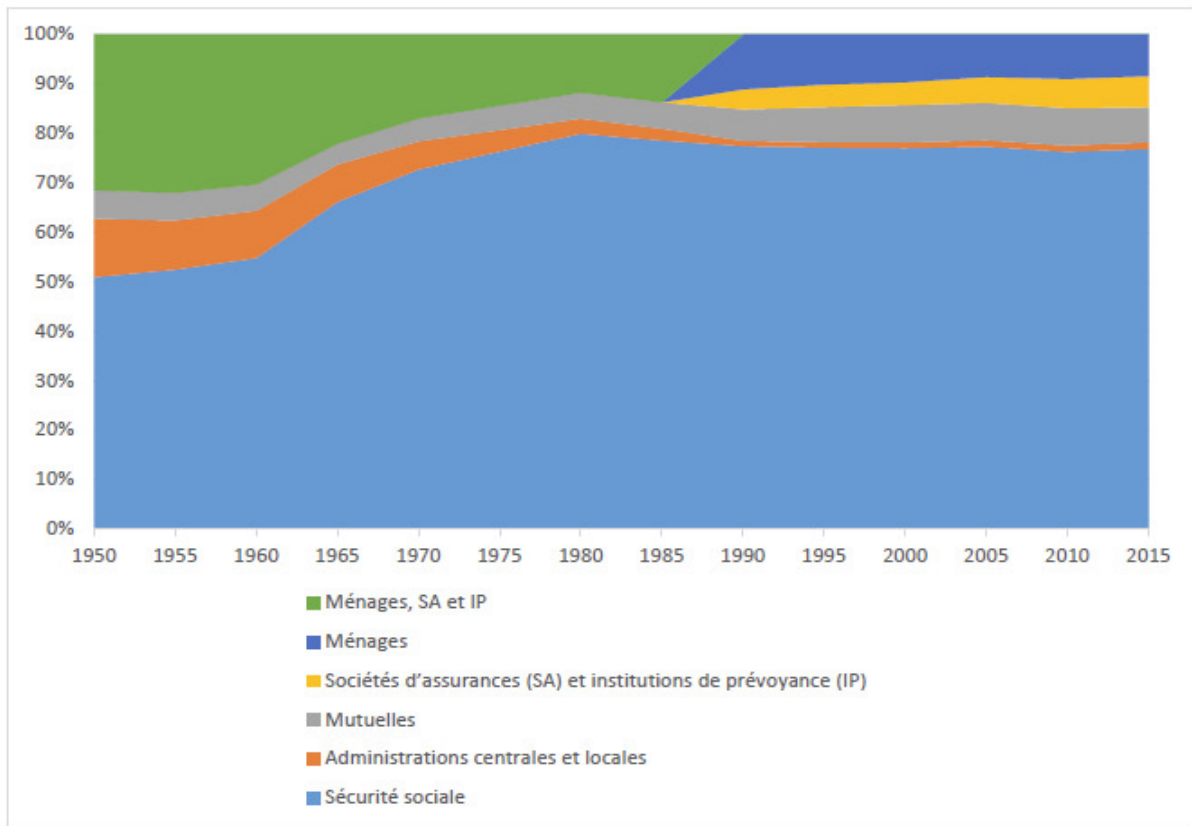
Dans cette situation, le/la patient·e est vu·e comme un·e opportuniste qui abuse de ses droits et c'est d'ailleurs pour les pouvoirs publics l'une des causes principales de l'augmentation incontrôlée des dépenses de santé.

Pour lutter contre cette problématique que les économistes appellent un *aléa moral*, il est donc nécessaire de faire payer directement une partie des soins par le/la patient·e, d'où l'intérêt des franchises médicales et des participations forfaitaires.

Au-delà de cette théorie économique, qui trouve depuis de nombreuses années des appuis dans les politiques publiques, on peut remonter plus loin dans l'histoire du système de protection sociale français pour retrouver les origines de cette opportuniste supposé des patient·es. Dès la création même de la Sécurité sociale, une participation financière directe de la population est conservée.

Le reste à charge n'est donc pas une nouveauté. Dès 1950, près de 40% de la Consommation de Soins et de Bien Médicaux (CSBM) n'est pas prise en compte par l'Assurance Maladie. Si une part est prise en charge par les mutuelles c'est tout de même plus de 30% qui reste à la charge des personnes.

Graphique 1 : Structure de financement de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux entre 1950 et 2015



Source : données (Soual, 2017) et calculs de l'auteur

Impact des franchises médicales sur l'accès aux soins

Une augmentation de la franchise a-t-elle les effets escomptés, c'est-à-dire la baisse de la consommation de soins ?

Elle est susceptible d'entraîner en effet un moindre recours aux soins pour la bonne et simple raisons qu'ils sont plus chers.

Mais, l'augmentation de ces franchises peut entraîner des conséquences graves sur la santé des personnes. [L'augmentation du coût des médicaments induit une baisse de la consommation de médicaments](#). C'est en effet le résultat attendu, mais celui-ci n'est pas le fruit d'une trop grande consommation mais bien d'une limitation pour des raisons financières et non médicales. C'est surtout un moindre respect de la prescription ou encore un report sur d'autres dépenses de santé liées à de possibles complications.

L'incohérence est d'autant plus grande, si l'on considère les patient-es responsables d'une forte consommation de médicaments alors que les prescriptions remboursées ne sont pas de leur fait.

Mémo SECU

La distribution de ceux-ci est contrôlée par les pharmaciens et limitée à un mois de traitement. Si le gouvernement estime que les médecins prescrivent trop ou que les pharmaciens effectuent mal leur travail, c'est plutôt de ce côté-là qu'il faut se tourner !

Aujourd'hui, un grand nombre de médicaments sont remboursés alors que leur service médical rendu est faible ou inexistant. Par ailleurs, si l'Assurance Maladie solvabilise largement le secteur pharmaceutique, aujourd'hui elle ne peut opérer aucun contrôle sur celui-ci. C'est sûrement du côté du prix des médicaments qu'il faudrait regarder, surtout lorsque l'on sait que ce secteur est un des plus profitables du capitalisme contemporain.

Finalement, la franchise médicale désigne bien le bouc émissaire d'un volume de dépenses qui serait trop important : le/la patient-e ! Il/elle est infantilisé-e et il conviendrait de l'éduquer et de le/la responsabiliser en lui mettant la main au porte-monnaie. Le véritable problème n'est pas la logique de réponse aux besoins défendue par la CGT mais bien plutôt le défaut de recettes lié aux exonérations de cotisations sociales sur la part dite « patronale » ou encore le pilotage des politiques de santé par la contrainte budgétaire.

Retrouvez l'ensemble des propositions et analyses CGT sur le site :
<https://analyses-propositions.cgt.fr/>

L'intégralité des Mémos Sécu est disponible à l'adresse suivante :
<https://analyses-propositions.cgt.fr/les-memos-secu>

Montreuil, mars 2024