

N° 563

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 25 mai 2012

PROPOSITION DE LOI

visant à abroger les franchises médicales,

PRÉSENTÉE

Par MM. Dominique WATRIN, Guy FISCHER, Mmes Annie DAVID, Laurence COHEN, Isabelle PASQUET, Éliane ASSASSI, Marie-France BEAUFILS, MM. Michel BILLOUT, Éric BOCQUET, Mmes Nicole BORVO COHEN-SEAT, Cécile CUKIERMAN, Michelle DEMESSINE, Évelyne DIDIER, MM. Christian FAVIER, Thierry FOUCAUD, Mme Brigitte GONTHIER-MAURIN, MM. Robert HUE, Gérard LE CAM, Michel LE SCOUARNEC, Mme Mireille SCHURCH et M. Paul VERGÈS,

Sénateurs

(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Madame, Monsieur,

La présente proposition de loi a pour objet d'abroger l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a instauré les franchises médicales et modifie en conséquence les dispositions du code de la sécurité sociale.

Cette mesure, directement inspirée des mécanismes assurantiels, comme ceux applicables aux véhicules terrestres à moteur est incompatible avec notre système de sécurité sociale tel qu'issu du Conseil national de la résistance qui, au sortir de la seconde guerre mondiale, a élaboré les bases de notre protection sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui.

En considérant qu'il faut impérativement taxer les patients pour leur recours au système de santé et leur consommation en médicaments délivrés sur prescription, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a rompu avec le principe fondamental selon lequel chacun cotise selon ses moyens et perçoit selon ses besoins. Il convient d'ailleurs de rappeler que le Conseil constitutionnel a rappelé par deux fois, le 12 août 2004 – alors qu'il était saisi du contrôle de la loi relative à la réforme de l'assurance maladie – et le 13 août 2007 – alors qu'il était saisi du contrôle de constitutionnalité de la loi de financement de la sécurité sociale instaurant ces franchises médicales – *« que le montant de cette majoration de la participation de l'assuré devait être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946 »* qui dispose que la nation *« garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »*.

Cette application automatique et indistincte des franchises médicales, qui ne tiennent compte ni de l'état de santé des personnes qui les frappent, ni des causes nécessitant ces soins, ni de leurs capacités financières, rend les franchises médicales encore plus insupportables, singulièrement, en période de crise économique.

Il suffit, pour se convaincre de l'importance de l'abrogation des franchises médicales, d'observer combien elles pèsent sur des publics déjà fortement fragilisés.

Comment ignorer que les franchises médicales s'appliquent aux patients atteints d'une affection longue durée (ALD), c'est-à-dire à des patients pour qui les soins sont reconnus comme étant nécessaires et indispensables. L'argument avancé par le Gouvernement instaurant les franchises médicales, selon lequel il faudrait responsabiliser les patients face à leur consommation de soins, ne peut évidemment pas tenir pour des personnes atteintes de diabète ou porteurs du sida, pour qui la continuité dans leurs parcours de soins n'est ni un luxe, ni un choix, mais une exigence. Or, la moitié des personnes en ALD atteint le plafond annuel et elles contribuent à elles seules à hauteur de 40 % des recettes totales issues des différentes franchises. Ce sont donc les plus malades, celles et ceux pour qui les soins sont indispensables qui contribuent majoritairement au financement de cette mesure. C'est dire si elles sont injustes.

Elles sont également injustes dans la mesure où les franchises médicales s'imposent également à celles et ceux de nos concitoyens, victimes d'accidents médicaux ou de maladies professionnelles. Les salarié-e-s ainsi atteints dans leur chair d'une maladie résultante de leur activité professionnelle, peuvent donc se trouver dans la situation profondément injuste, où ils seraient taxés pour des soins rendus obligatoires en raison du non-respect par leurs employeurs, de leurs obligations spécifiques en matière de protection de leur santé. Cette obligation pèse sur les employeurs, or cyniquement, ce sont aux salariés qu'incombe le poids financier lié aux soins rendus obligatoires par cette méconnaissance patronale.

Elles sont d'autant plus injustes qu'en réalité, si elles n'ont pas permis de responsabiliser les patients face à leur rapport au soins et aux médicaments – ils l'étaient déjà par ailleurs – elles ont malheureusement contribué à accroître les inégalités sociales en santé. C'est en tout cas ce que tend à démontrer le rapport remis en 2010 par l'*Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé*, intitulé « *Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?* », selon lequel « *si 88 % des personnes interrogées dans cette étude ont déclaré ne pas avoir modifié leurs consommations de médicaments, les changements sont plus fréquents chez les individus disposant de faibles ressources et ceux en mauvaise santé* ». L'étude conclut clairement que « *pour ces deux populations d'individus disposant de faibles ressources et ceux en mauvaise santé, les franchises représentent une charge financière*

significative ayant pour effet une perte d'accès aux médicaments ». Ainsi, comme le rappelait Yves DAUDIGNY en qualité de rapporteur sur le PLFSS pour 2012 : *« plus le revenu augmente, moins la mise en place de la franchise a affecté le comportement. (...) On peut estimer que les plus touchés sont les assurés éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) et ceux dont les revenus sont encore un peu au-dessus du barème de l'ACS ».*

Les franchises médicales, qu'il s'agisse de la participation forfaitaire sur les médicaments (50 centimes d'euros par boîte), à l'exception de ceux délivrés pendant une hospitalisation, de la participation sur les actes réalisés par les auxiliaires médicaux (50 centimes d'euros par acte) ainsi que celle applicable aux transports sanitaires (2 euros par transport) participent en réalité à écarter des soins publics les plus fragilisés. Parce qu'elles pèsent indistinctement sur les soins primaires comme sur les soins de prévention, les franchises apparaissent comme une taxe sur la maladie et pèsent sur la santé publique de notre pays.

Tout doit être mis en œuvre pour réduire les inégalités sociales en santé et réduire considérablement les renoncements aux soins pour raisons financières. Celles-ci sont trop importantes pour un pays comme le nôtre, pourvu d'un système de protection sociale à vocation universelle. Nul ne peut accepter que – comme le démontre une étude de l'IRDES intitulé *« Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique »* et rendue publique en novembre 2011 – qu'en 2008, 15,4 % de la population adulte ait déclaré *« avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ».*

À l'occasion de l'examen par le Sénat, de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, la commission des affaires sociales recommandait la suppression des franchises médicales sur les médicaments au motif que celles-ci n'avaient pas : *« modifié les comportements en termes de consommation ».* Cette préconisation ne pouvait constituer qu'une première mesure. Or, la logique veut que le raisonnement soit poussé plus loin. Si les franchises médicales n'ont pas eu d'effet sur la consommation de médicaments délivrés par ordonnance c'est que de toute évidence, les franchises médicales n'ont pas eu d'effet sur les consultations médicales elles-mêmes, puisque sans consultation, il ne peut y avoir de prescription.

C'est la raison pour laquelle il convient de supprimer l'ensemble des franchises médicales que supportent financièrement les patients.

L'**article 1^{er}** de la proposition de loi abroge la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaurant les franchises médicales et modifie le code de la sécurité sociale en conséquence.

Enfin, l'**article 2** emporte les éventuelles conséquences financières, pour l'État, de la suppression des franchises médicales.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le III de l'article L. 322-2 est abrogé ;
- ③ 2° Le second alinéa de l'article L. 322-4 est supprimé ;
- ④ 3° Dans la première phrase du I de l'article L. 325-1, les mots : « celles mentionnées aux II et III » sont remplacés par les mots : « celle mentionnée au II » ;
- ⑤ 4° Au second alinéa de l'article L. 432-1, les mots : « et du III » sont supprimés ;
- ⑥ 5° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 711-7 est supprimée ;
- ⑦ II.-1. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑧ 1° À la fin du 2° de l'article L. 242-1, les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » sont supprimés ;
- ⑨ 2° À la fin de l'article L. 863-6, les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » sont supprimés ;
- ⑩ 3° Le premier alinéa de l'article L. 871-1 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Les mots : « , du 13° de l'article 995 » supprimés ;
- ⑫ b) Les mots : « à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles » sont remplacés par les mots : « au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles ».
- ⑬ 2. Le code général des impôts est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Au 1° *quater* de l'article 83 et au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* après les mots : « que ces garanties », sont insérés les mots : « ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles » ;
- ⑮ 2° Au 13° de l'article 995 les mots : « , si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.
- ⑯ III.-Le III de l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est abrogé.

Article 2

Les pertes de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la présente loi sont compensées à due concurrence par le relèvement du taux prévu à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale.