

## La franchise médicale, une fausse bonne idée

Olivier Mariotte (*in Les Echos*, 17/09/07)

Les valeurs de solidarité et d'équité dans l'accès aux soins sont à la base du concept de l'assurance-maladie. Elles en font le socle essentiel et incontestable. Mais les modifications sociétales et économiques qui ont eu lieu depuis la création de celle-ci, en 1946, posent question. Le système est-il encore adapté aux besoins actuels et sa gestion répond-elle aux exigences les plus modernes que l'on peut attendre pour un objectif de cette envergure ?

L'usager de l'assurance-maladie est un cotisant aveugle, sans information sur la qualité des soins qu'il est en droit d'attendre, se remettant entre les mains d'un médecin traitant (qu'il a certes choisi une fois) et en faisant confiance à sa compétence professionnelle, à son réseau de correspondants spécialistes, à ses relations avec le système de soins et le système hospitalier, etc. Vouloir le responsabiliser « économiquement » par la franchise relève donc de la gageure. Avoir, de façon constante, des acteurs aveugles à tous les niveaux, mal informés de leurs droits et de leurs devoirs et maintenir cet état de fait conduit le système à passer à côté des réformes structurelles profondes qu'il mérite. Cette réforme, tout le monde l'a compris maintenant, ne peut être qu'une étape de réforme dans la réforme permanente d'un système qui doit surtout se donner les moyens d'être adaptable dans un monde qui bouge sans cesse.

Disons-le clairement : la franchise est une préconisation qui soulève nombre d'interrogations. Elle renvoie d'abord à l'univers de l'assurance et pas à celui de la solidarité. De plus, le prélèvement en amont de la dépense présente un risque majeur de restreindre l'accès aux soins. Enfin, elle repose la question de la solidarité car, par un phénomène pervers, la franchise pourrait pousser les « plus cotisants » à se désimpliquer à terme en se soustrayant alors à l'effort consenti de solidarité.

Le bouclier sanitaire est un point positif qui permet de contourner la difficulté de l'accès aux soins. Cette mesure résoudrait également la problématique du montant restant à charge, lourd pour les patients en affections de longue durée. Il faut cependant prendre garde au plafond de 3 à 5 %. N'est-il pas paradoxalement extrêmement lourd comme « reste à charge » ? Des études économiques devraient pouvoir affiner ce point.

L'idée de la franchise fait faire l'économie de la réponse à un certain nombre de questions, et donc de possibilités d'action. Celles-ci sont pourtant fondamentales. Voici quelques pistes.

Premier point : la gestion du système doit répondre aux critères d'exigences modernes. Pour améliorer son efficacité, il faudrait utiliser les outils de gestion les plus modernes tels qu'ils existent et sont appliqués dans la majorité des grandes entreprises nationales ou internationales. La direction de l'assurance-maladie, garante de la mise en œuvre de la politique de santé, doit répondre de ses résultats devant la représentation nationale.

Deuxième point : les relations entre acteurs du soin et la gouvernance du système doivent enfin devenir efficaces. Il faut préciser le rôle de chacune des tutelles pour définir son exacte responsabilité et les moyens de contrôle qui s'exercent.

Troisième point : le malade doit pouvoir bénéficier d'une information nécessaire à la compréhension de son parcours de soin et de sa thérapeutique, de ses droits et de ses devoirs. Le futur dossier médical personnalisé pourra peut-être aider à la réalisation de cet objectif, pour peu qu'il devienne un véritable outil de la relation soignant-soigné. La responsabilisation du couple « malade-thérapeute » sur la base d'un contrat thérapeutique doit être recherchée (voir la prise en charge d'un certain nombre de pathologies, comme l'usage de drogue, et de leurs traitements). Sa « feuille de route en santé » qu'il devrait discuter et partager avec les professionnels de santé (voir l'expérience des vétérans aux Etats-Unis) doit lui être lisible. Pour cela, l'information et l'éducation sanitaires devraient être inscrites dans le parcours scolaire au même titre que l'éducation civique.

Quatrième point : le socle de solidarité doit être revisité pour actualiser les fondamentaux. Car actuellement, au nom de ce socle non défini, une consommation injustifiée peut être prise en charge. Les « soins d'environnement », basés sur un besoin de réassurance, d'esthétique, etc. Ne doivent pas être pris en charge de la même façon que les « soins de santé ». Ces interférences montrent bien qu'aujourd'hui les demandes sont multiples et n'obéissent pas toutes à un besoin sanitaire.

Cinquième point : faire payer plus cher l'usage et la consommation de tabac ou d'alcool est devenu naturel. Au regard de la santé publique, il ne semble donc plus tabou d'envisager la création d'une taxe sur les produits manifestement déséquilibrés sur le plan nutritionnel. Les ressources de cette taxe attribuées à l'assurance-maladie pourraient servir à envisager des actions de prévention et d'éducation dans la prise en charge de l'obésité. Il existe un exemple concret de « fat tax »<sup>(1)</sup> qui semble donner des résultats intéressants sur le plan de la santé publique.

En conclusion, la franchise semble être une fausse bonne idée pour partiellement responsabiliser les consommateurs en risquant de pénaliser les patients et qui permet d'éviter de poser concrètement les vraies questions (du panier de soins, de la redéfinition du socle de solidarité, de l'efficacité de la gestion de l'assurance-maladie et de la réforme permanente du système).

(1) « Could targeted food taxes improve health ? » « Journal of Epidemiology and Community Health », 2007. Pour mémoire, l'industrie agro-alimentaire a fait en 2005 un chiffre d'affaires de 140 milliards d'euros.