

N° 320

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 mars 2015

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi de Mme Laurence COHEN et plusieurs de ses collègues, visant à **supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires,***

Par Mme Laurence COHEN,

Sénatrice

---

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; MM. Michel Amiel, Claude Bérit-Débat, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mme Pascale Gruny, M. Claude Haut, Mme Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mme Catherine Procaccia, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin.

**Voir le(s) numéro(s) :**

Sénat : 262 et 321 (2014-2015)



---

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES .....	5
AVANT-PROPOS .....	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL .....	9
I. DES MESURES CONTESTABLES SUR LE PRINCIPE COMME SUR LEURS MODALITÉS D'APPLICATION .....	9
A. UNE MESURE D'ECONOMIE QUI NE DIT PAS SON NOM.....	9
B. DES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ .....	10
II. LE CHOIX D'UN AUTRE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	12
A. UN SYSTÈME COMPLEXE .....	12
B. UN FINANCEMENT ALTERNATIF .....	13
EXAMEN DES ARTICLES .....	15
• <i>Article 1<sup>er</sup> (art. L. 242-1, L. 322-2, L.322-4, L. 432-1, L. 711-7, L. 863-6 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale) Abrogation des dispositions relatives aux franchises médicales et à la participation forfaitaire</i> .....	15
• <i>Article 2 (art. L. 245-13 du code de la sécurité sociale) Augmentation de la contribution additionnelle à la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ....</i>	16
• <i>Article 3 Compensation des conséquences financières de la proposition de loi</i> .....	17
• <i>Article 4 Entrée en vigueur de la loi</i> .....	17
EXAMEN EN COMMISSION.....	19
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....	25
TABLEAU COMPARATIF .....	27



## LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le mercredi 4 mars 2015 sous la présidence de M. Alain Milon, la commission des affaires sociales a examiné, sur le rapport de Mme Laurence Cohen, la proposition de loi n° 321 (2013-2014) tendant à supprimer les franchises médicales et les participations forfaitaires.

La rapporteure a tout d'abord rappelé le contexte de mise en place des forfaits et des franchises en soulignant que l'argument qui avait justifié la mise en place de ces dernières, le **financement du plan Alzheimer**, était **artificiel**.

Elle a ensuite exposé les raisons pour lesquelles l'idée d'une **responsabilisation des patients** par les forfaits et franchises ne lui paraissait **pas convaincante**. Tout d'abord les malades ne sont pas prescripteurs des soins qu'ils reçoivent. Ensuite le nombre de personnes redevables de ces sommes ne cesse de décroître. Enfin les données montrent que les franchises n'ont aucun impact sur la consommation de médicaments sauf pour les malades dont les revenus sont les plus modestes.

En fait ces mesures sont des **réductions des dépenses** dont les conséquences sanitaires et les coûts à moyen ou long terme sont sources d'inquiétude.

Surtout les forfaits et franchises contreviennent au principe fondateur de **solidarité entre biens portants et malades** et ils imposent un reste à charge aux personnes en affection de longue durée. Au fond, ils sont un moyen, parmi d'autres, pour refonder notre système de sécurité sociale, un moyen de changer notre modèle social.

La rapporteure a conclu qu'il était urgent de mettre en place de nouveaux financements de l'assurance maladie et a préconisé l'adoption de la proposition de loi.

La commission a adopté les amendements rédactionnels et de coordination de la rapporteure.

A l'issue de ses travaux, elle n'a cependant **pas adopté de texte**.

**En application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion portera en séance sur le texte de la proposition de loi déposée sur le Bureau du Sénat.**



Mesdames, Messieurs,

Notre système de santé repose sur deux piliers, permettre l'accès de tous aux soins et asseoir le financement sur la solidarité entre bien portants et malades. L'accès aux soins est un principe constitutionnel. C'est le onzième des principes particulièrement nécessaires à notre temps qui complètent, depuis 1946, la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen : « [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Le Président de la République, dans sa conférence de presse du 5 février dernier, l'a rappelé en déclarant « Faire en sorte que sur le territoire, chacun puisse accéder aux soins, c'est un principe essentiel ».

Or l'une des limites à l'accès aux soins est leur coût. Particulièrement visible pour l'appareillage optique ou les soins dentaires, pour lesquels le taux de prise en charge par l'assurance maladie est faible, elle existe également, sous forme de renoncement ou de retard, pour les soins courants. Le Conseil constitutionnel a d'ailleurs rappelé que les pouvoirs publics ne peuvent fixer un tarif de responsabilité à un niveau qui remette en cause les exigences de principe constitutionnel d'accès aux soins<sup>1</sup>.

Préserver l'équilibre financier de la sécurité sociale constitue un objectif de valeur constitutionnelle et il importe donc de trouver des ressources correspondant aux besoins de soins. Les membres du groupe Communiste, républicain et citoyen, auteurs de la proposition de loi, préconisent une prise en charge intégrale des dépenses de santé par la sécurité sociale. Ils sont donc défavorables à un reste à charge par les malades, même couverts par l'assurance privée.

Plusieurs dispositifs existent en effet tendant à faire payer les soins aux personnes auxquelles ils sont prescrits. En dehors du ticket modérateur qui existe depuis l'origine de la sécurité sociale et qui est aujourd'hui généralement pris en charge par la couverture complémentaire, plusieurs mesures ont été prises au cours des années afin de prévoir une « participation » financière des assurés sociaux aux soins auxquels ils ont recours. Ainsi, un forfait hospitalier a été mis en place en 1983 ; actuellement de 18 euros par jour, il « représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation ». Plus récemment,

---

<sup>1</sup> Décision n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.

une participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations médicales a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Combinée à une hausse du forfait hospitalier, cette mesure devait produire une économie d'un milliard d'euros par an. Enfin, les franchises dites médicales ont été mises en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Elles avaient été annoncées par le Président de la République, Nicolas Sarkozy, le 31 juillet 2007 à l'occasion du lancement du premier plan Alzheimer qu'elles étaient censées financer.

Il apparaît particulièrement urgent aux auteurs de la proposition de loi de supprimer les deux derniers dispositifs mis en place pour faire financer les soins directement par les usagers.



## I. DES MESURES CONTESTABLES SUR LE PRINCIPE COMME SUR LEURS MODALITÉS D'APPLICATION

L'objet de la proposition de loi déposée par le groupe CRC est circonscrit. Il tend à supprimer deux mesures qui lui paraissent incompatibles avec le principe qui fonde notre système d'assurance maladie, celui de la solidarité entre bien-portants et malades. En effet, la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations médicales, mise en place en 2004, et les franchises dites « médicales », même si elles ne portent pas en fait sur des actes médicaux, ne peuvent être couvertes par les contrats « responsables » d'assurance maladie complémentaire qui représentent 90 % des contrats des particuliers et demain la quasi-totalité des contrats collectifs d'entreprise.

Les franchises sont de 50 centimes par boîte de médicament, 50 centimes sur les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux et 2 euros pour les transports sanitaires. Il existe un plafond journalier pour les actes des auxiliaires médicaux et les transports – mais non pour les médicaments – et – pour l'ensemble des franchises – un plafond annuel de 50 euros ; des plafonds s'appliquent également pour la participation forfaitaire.

Ces deux mesures représentent pour la sécurité sociale une moindre dépense de l'ordre de 1,47 milliard d'euros en 2013, dont 870 millions au titre des franchises et 600 millions au titre de la participation forfaitaire. En 2014, le montant cumulé des franchises et de la participation forfaitaire devrait atteindre 1,65 milliard. Cette somme est importante pour la sécurité sociale, mais les principes qui fondent ces mesures, autant que les moyens mis en œuvre pour la recouvrer, sont contestables.

### A. UNE MESURE D'ECONOMIE QUI NE DIT PAS SON NOM

Dans son rapport annuel de 2013, la Cour des comptes a inséré une analyse de la politique de lutte contre la maladie d'Alzheimer. Elle a jugé que « *le lien ainsi fait entre la mise en place des franchises et leur affectation à des actions de santé publique apparaît artificiel.* » De fait, les franchises constituent une moindre dépenses pour l'assurance maladie, mais rien n'indique que les sommes ainsi dégagées soient effectivement fléchées vers les mesures du plan de lutte contre les maladies neuro-dégénératives.

Reste donc l'autre objectif, celui de responsabiliser les patients. Comme l'a indiqué Marisol Touraine, ministre de la santé, « *les personnes malades ne le sont pas par choix et ne consomment pas des soins par plaisir* ». Responsabiliser les malades n'a donc guère de sens dans la mesure où ils ne sont pas prescripteurs de leurs soins et où, soumis au parcours de santé, ils ne multiplient pas les consultations inutiles.

D'autant que le nombre de personnes concernées par les participations et les franchises ne cesse de décroître. Tout d'abord des exceptions sont prévues :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) et, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, de l'aide à la complémentaire santé (ACS), ce qui représente 5 millions de personnes ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité ;
- les titulaires d'une pension visés à l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, dispensés de l'acquittement de la participation forfaitaire mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités donnant lieu à pension.

Dès lors, sur 3,6 milliards d'actes qui entreraient dans le champ de la franchise, 2 milliards en sont exonérés.

Par ailleurs les personnes ayant souscrit des contrats non « solidaires et responsables » (10 %) ne supportent pas les franchises et restes à charge, qui sont couverts par leur assurance complémentaire.

### ***B. DES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ***

Ni les plus modestes, ni les jeunes, ni les femmes enceintes ne paient les franchises et le forfait. Quant à ceux qui ont des moyens suffisants, les sommes prélevées ne sont pas une gêne. Or il est paradoxal de ne vouloir « responsabiliser » que certains de nos concitoyens. Pourquoi sous-entendre que leurs comportements seraient particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ?

Les effets désincitatifs que les franchises peuvent avoir pour les jeunes adultes doivent être soulignés. Le professeur Didier Tabuteau de Sciences Po a fait part à votre rapporteure de ses vives inquiétudes sur ce sujet en matière d'accès aux soins et à la prévention. Il a également exprimé son inquiétude concernant l'observance, car les franchises et la participation forfaitaire touchent principalement les personnes les plus malades, celles qui se trouvent en affection de longue durée (ALD). En 2012, les personnes en ALD ont acquitté 42 % du montant des franchises. Elles auraient pu acquitter un montant encore plus élevé si leur participation n'était limitée par le plafond annuel de 50 euros applicable tant pour les franchises que pour les participations. Ainsi ces personnes malades ont un reste à charge obligatoire qui atteint 100 euros par an. Pour les patients victimes du VIH, le reste à charge est encore plus important d'après Mme Adeline Toullier (AIDES).

Quel sens y a-t-il à prévoir une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et à récupérer ensuite une partie des remboursements par l'intermédiaire des franchises et de la participation forfaitaire ? Près de 59 % des malades d'Alzheimer, 70 % des malades de Parkinson et plus de 71 % des patients souffrant de mucoviscidose atteignent le plafond des franchises. Votre rapporteure tient à souligner l'incohérence de cette situation au regard des objectifs de notre système de soins, qui ne doivent pas dépendre des revenus mais des besoins.

D'après le directeur de la sécurité sociale, la consommation de boîtes de médicaments n'a pas baissé depuis la mise en place de la franchise de 50 centimes par boîte, et l'effet « responsabilisation » est invisible, noyé dans une ensemble de déterminants de consommation qu'il est très difficile de distinguer. Toutefois, des pharmaciens signalent que certains patients « °trient » leurs médicaments, au détriment de leur santé.

Une seule étude fait référence sur cette question, celle de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) publiée en 2010<sup>1</sup>. Elle notait une plus forte propension des franchises à affecter les bas que les hauts revenus, ce qui est facile à comprendre. Les franchises aboutiraient donc à responsabiliser les malades dont les revenus se situent à peine au-dessus du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) soit moins de mille euros par mois pour une personne seule.

L'argument de la responsabilisation ne tient donc pas. Il s'agit en réalité d'un déremboursement dénoncé notamment par l'économiste Frédéric Rauch, de mesures d'économie - la DSS est d'ailleurs prête à les assumer comme telles. Mais ces économies, on l'a souvent répété, sont illusoires. Si elles entraînent un retard ou un non-recours aux soins, elles ne font en réalité qu'augmenter le coût final pour l'assurance maladie quand il faudra prendre en charge des personnes à la santé dégradée. Les syndicats auditionnés par votre rapporteure ou qui ont fait part de leurs résolutions sur le sujet ont fait le lien entre les franchises et la participation forfaitaire d'une part et le recours aux urgences d'autre part, spécialement pour les familles les plus modestes.

Imposer un reste à charge, c'est détourner certains patients d'une prise en charge adéquate et finalement peu coûteuse pour les dépenses sociales.

---

<sup>1</sup> « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », Bidénam Kambia-Chopin et Marc Perronnin.

## II. LE CHOIX D'UN AUTRE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Il n'est nullement question pour les auteurs de la proposition de loi de réduire les financements de l'assurance maladie. Mais la gestion du système complexe des franchises et de la participation forfaitaire a nécessairement un coût et sa suppression est en soi une économie. Surtout, les auteurs de la proposition de loi font le choix d'un autre mode de financement, compatible avec les principes fondateurs de notre système d'assurance maladie qui, pour votre rapporteure, ne souffre pas d'un excès des dépenses mais d'un manque de recettes.

### A. UN SYSTÈME COMPLEXE

La mise en place du forfait et des franchises et surtout les multiples cas d'exonération totale ou partielle ainsi que les plafonds rendent le système particulièrement complexe non seulement aux yeux de votre rapporteure mais également à ceux des personnes auditionnées. La simplification administrative dont les pouvoirs publics nous vantent les mérites n'est pas de mise ici !

De plus, la direction de la sécurité sociale est incapable de chiffrer le coût du dispositif mis en place pour récupérer franchises et forfaits, d'autant moins qu'est prévue par la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'Etat à l'assurance maladie la suppression de 4 500 emplois d'ici 2017. De plus, la grande complexité du système n'est pas sans conséquence. Aussi, elle est source de dysfonctionnements comme nous l'ont rapporté les associations de patients, en citant des cas d'application inadéquates des franchises et de dépassement des plafonds. Surtout, dans près de 7 % des cas, les franchises et participations sont prélevées sur les indemnités en nature que perçoivent les assurés, indemnités journalières, pensions d'invalidité ou allocation adulte handicapé.

Cette situation paraît choquante à votre rapporteure et montre par ailleurs l'incompatibilité technique des franchises et de la participation forfaitaire avec le tiers payant. La mission de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) chargée d'étudier les modalités de généralisation du tiers payant<sup>1</sup> a d'ailleurs dû formuler plusieurs hypothèses alternatives pour continuer à prélever les sommes dues par les assurés, parmi lesquelles le prélèvement direct sur le compte en banque.

En pratique, l'assurance maladie ne parvient déjà pas à recouvrer près de 200 millions d'euros de franchises et on peut penser que cette somme s'accroîtrait en cas de généralisation du tiers payant.

---

<sup>1</sup> Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, Etienne Marie, Juliette Roger, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2013.

## ***B. UN FINANCEMENT ALTERNATIF***

La proposition de loi propose de compenser l'augmentation des charges qui résulterait, pour la sécurité sociale, de la suppression des franchises et de la participation forfaitaire par une augmentation à due concurrence de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Cette ressource, qui assure l'équilibre du régime de protection sociale des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, exploitants agricoles, etc.), doit être supprimée à l'horizon 2017. En remplacement, le régime des indépendants doit être financièrement adossé au régime général qui bénéficiera lui-même d'une compensation sous la forme d'un versement de l'Etat. Ces dispositions devraient être incluses dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Le taux des contributions est actuellement de 0,16 % du chiffre d'affaires, soit 0,13 % pour la C3S et 0,03 % pour la contribution additionnelle. La contribution additionnelle ayant eu un rendement de l'ordre de 1,05 milliard d'euros en 2013, la compensation de la suppression des franchises impliquera de la porter à 0,07 % du chiffre d'affaires.

Votre rapporteure tient à souligner que la question de la ressource choisie pour remplacer les franchises et la participation forfaitaire doit être appréhendée dans le cadre des multiples propositions de financement que fait chaque année le groupe CRC dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.



## EXAMEN DES ARTICLES

---

### *Article 1<sup>er</sup>*

*(art. L. 242-1, L. 322-2, L.322-4, L. 432-1, L. 711-7, L. 863-6 et L. 871-1  
du code de la sécurité sociale)*

### **Abrogation des dispositions relatives aux franchises médicales et à la participation forfaitaire**

*Objet : Cet article abroge les dispositions du code de la sécurité sociale prévoyant les franchises médicales et participations forfaitaires et modifie par coordination plusieurs dispositions du même code.*

#### **I - Le dispositif proposé**

Cet article se compose de deux parties.

Le I comporte cinq points.

Le 1<sup>o</sup> supprime au sein de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale les alinéas relatifs à la participation forfaitaire et aux franchises médicales.

Le 2<sup>o</sup> abroge par coordination l'article L. 322-4 qui prévoit les exonérations de forfait et de franchises pour les ayants droits mineurs et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Le 3<sup>o</sup> supprime par coordination, à l'article L. 325-1, l'application du forfait et des franchises au régime local du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Le 4<sup>o</sup> supprime l'application de la participation et des franchises pour les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle prévue par l'article L. 432-1.

Le 5<sup>o</sup> supprime l'application, prévue à l'article L. 711-7, de la participation et des franchises pour les assurés relevant des régimes spéciaux.

Le II se compose de trois points.

Le 1<sup>o</sup> procède à une coordination à l'article L.242-1 relatif au calcul des cotisations sociales.

Le 2° abroge l'article L. 863-6 qui soumet le bénéfice de l'ACS à souscription d'un contrat ne couvrant pas les franchises et le forfait.

Le 3° supprime l'obligation, prévue à l'article L. 871-1, pour les contrats complémentaire bénéficiant d'une aide de ne pas couvrir le forfait et les franchises.

## **II - La position de la commission**

**La commission n'a pas adopté cet article.**

### *Article 2*

*(art. L. 245-13 du code de la sécurité sociale)*

### **Augmentation de la contribution additionnelle à la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)**

*Objet : Cet article tend à prévoir la compensation financière de la disparition des franchises et forfait.*

## **I - Le dispositif proposé**

Cet article modifie l'article L. 245-13 du code de la sécurité sociale pour prévoir une augmentation de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) susceptible de compenser la disparition des franchises et du forfait.

Le taux de cette contribution est porté de 0,03% du chiffre d'affaires à 0,07 %.

## **II - La position de la commission**

**La commission n'a pas adopté cet article.**



*Article 3***Compensation des conséquences financières de la proposition de loi**

*Objet : Cet article gage les conséquences financières de la proposition de loi.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article prévoit une augmentation à due concurrence des conséquences financières de la proposition de loi de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et donc de la C3S elle-même.

**II - La position de la commission**

**La commission n'a pas adopté cet article.**

*Article 4***Entrée en vigueur de la loi**

*Objet : Cet article prévoit l'entrée en vigueur de la loi le 1<sup>er</sup> janvier 2016.*

**I - Le dispositif proposé**

Cet article prévoit une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**II - La position de la commission**

**La commission n'a pas adopté cet article.**

**En application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion portera en séance sur le texte de la proposition de loi déposée sur le Bureau du Sénat.**



---

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mercredi 4 mars 2015, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport de Mme Laurence Cohen sur la proposition de loi n° 262 (2014-2015) visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires.*

*Mme Laurence Cohen, rapporteure. – L'objet de la proposition de loi déposée par le groupe CRC est circonscrit. Il s'agit de supprimer deux mesures incompatibles avec le principe de solidarité entre bien-portants et malades, qui fonde notre système d'assurance maladie. La participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations médicales, mise en place en 2004, et les franchises dites médicales, alors même qu'elles ne portent pas sur des actes médicaux, sont un parfait reste à charge pour ceux de nos concitoyens qui les paient, car elles ne peuvent être couvertes par les contrats responsables d'assurance maladie complémentaire, qui représentent 90 % des contrats des particuliers et constitueront bientôt la quasi-totalité des contrats collectifs d'entreprise.*

*Ces deux mesures représentent pour la sécurité sociale une moindre dépense – de l'ordre de 1,47 milliard d'euros en 2013, dont 870 millions au titre des franchises et 600 au titre de la participation forfaitaire. En 2014 le montant cumulé des franchises et de la participation forfaitaire devrait atteindre 1,65 milliard. Cette somme est importante pour la sécurité sociale, et la proposition de loi ne tend nullement à l'en priver, mais les principes qui fondent ces mesures, autant que les moyens mis en œuvre pour la recouvrer, sont contestables.*

*La participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations médicales a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Combinée à une hausse du forfait hospitalier, cette mesure devait produire une réduction des dépenses de 1 milliard d'euros par an. Les franchises ont été mises en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Elles avaient été annoncées par le Président de la République, Nicolas Sarkozy, le 31 juillet 2007 à l'occasion du lancement du premier plan Alzheimer, puisqu'elles devaient initialement financer ce plan.*

*Les franchises sont de 50 centimes par boîte de médicament, 50 centimes sur les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux et 2 euros pour les transports sanitaires. Il existe un plafond journalier pour les actes des auxiliaires médicaux et les transports – mais non pour les médicaments – et, pour l'ensemble des franchises, un plafond annuel de 50 euros ; des plafonds s'appliquent également pour la participation forfaitaire.*

*En 2013, la Cour des comptes a jugé que le lien entre les franchises et leur affectation à des actions de santé publique paraissait « artificiel ». Si les franchises constituent une moindre dépense pour l'assurance maladie, rien n'indique que les sommes ainsi dégagées soient effectivement fléchées vers les mesures du plan de lutte contre les maladies neuro-dégénératives.*

*L'autre objectif était de responsabiliser les patients. Mme Touraine, ministre de la santé, a déclaré que « les personnes malades ne le sont pas par choix et ne consomment pas les soins par plaisir ». Responsabiliser les malades n'a guère de sens.*

*D'ailleurs, le nombre de personnes ainsi « responsabilisées » ne cesse de décroître. Les exceptions visent en effet les enfants et jeunes de moins de 18 ans ; les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale de l'État (AME) ou, depuis cette année, de l'aide à la complémentaire santé (ACS), soit 5 millions de personnes ; les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité ; les titulaires d'une pension militaire d'invalidité, pour certains soins. De plus, les personnes ayant souscrit les 10 % de contrats non « solidaires et responsables » ne paient pas les franchises et ne subissent pas de restes à charge, qui sont couverts par leur assurance complémentaire. Ainsi, sur 3,6 milliards d'actes qui entreraient dans le champ de la franchise, 2 milliards en sont exonérés.*

*Pour ceux qui ont des moyens suffisants, les sommes prélevées ne sont pas une gêne. N'y a-t-il pas un paradoxe à ne vouloir responsabiliser que certains de nos concitoyens ? Pourquoi sous-entendre que leurs comportements seraient particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ? Les franchises peuvent avoir des effets désincitatifs sur les jeunes adultes. M. le professeur Didier Tabuteau m'a fait part de ses vives inquiétudes à cet égard. Les franchises et la participation forfaitaire touchent principalement les personnes les plus malades : celles qui sont en ALD ont acquitté 42 % du montant total. Leur reste une charge obligatoire atteint 100 euros par an. Quel sens y a-t-il alors à prévoir une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ? Près de 59 % des malades d'Alzheimer, 70 % des malades de Parkinson et plus de 71 % des patients souffrant de mucoviscidose atteignent le plafond des franchises. Est-ce cohérent avec nos objectifs en matière de soins, qui ne doivent pas dépendre des revenus mais des besoins ?*

*De plus, les franchises n'ont que peu ou pas d'effet sur le comportement des malades. Le directeur de la sécurité sociale nous a indiqué que la consommation de boîtes de médicaments n'a pas baissé depuis la mise en place de la franchise de 50 centimes par boîte : et l'effet de responsabilisation est invisible, noyé dans une ensemble de déterminants de consommation. L'étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) publiée en 2010 a montré que les franchises affectaient davantage les bas revenus.*

*L'argument de la responsabilisation ne tient pas. Il s'agit de mesures d'économie, comme le directeur de la sécurité sociale nous l'a confirmé. Mais ces économies sont illusoire. Si elles entraînent un retard dans le recours aux soins, elles ne font en réalité qu'en augmenter le coût final pour l'assurance maladie. Les syndicats que j'ai entendus ont fait le lien entre les franchises et la participation forfaitaire d'une part et le recours aux urgences d'autre part, spécialement pour les familles les plus modestes. Imposer un reste à charge, c'est détourner certains patients d'une prise en charge adéquate et finalement peu coûteuse pour les dépenses sociales.*

*La direction de la sécurité sociale est incapable de chiffrer le coût du système mis en place pour récupérer franchises et forfaits, d'autant moins qu'est prévue la suppression de 4 500 emplois d'ici 2017. Autre paradoxe : on nous vante les bienfaits de la simplification administrative et on s'ingénie à compliquer le*

ystème, quitte à causer de nombreux dysfonctionnements. Les associations de patients citent des cas d'application inadéquate des franchises et des dépassements de plafonds. Surtout, dans près de 7 % des cas, les franchises et participations sont prélevées sur les indemnités en nature que perçoivent les assurés : indemnités journalières, pensions d'invalidité ou allocations adultes handicapés. Cette situation choquante montre l'incompatibilité technique des franchises ou de la participation forfaitaire avec le tiers payant. La mission de l'Igas chargée d'étudier les modalités de généralisation du tiers payant a proposé plusieurs systèmes pour continuer à prélever les sommes dues par les assurés, parmi lesquels le prélèvement direct sur le compte bancaire. Aujourd'hui, l'assurance maladie subit déjà un défaut de recouvrement de près de 200 millions d'euros de franchises : cette somme s'accroîtrait en cas de généralisation du tiers payant.

La sécurité sociale a-t-elle besoin de 1,65 milliard d'euros chaque année ? A l'évidence, oui. Est-ce aux patients en ALD et à ceux qui n'entrent pas dans les catégories exonérées de les payer ? Manifestement non. Notre système repose sur la solidarité entre bien portants et malades, il faut préserver ce principe.

La proposition de loi finance donc l'augmentation des charges qu'elle entraînerait pour la sécurité sociale par une augmentation à due concurrence de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Certes, cette ressource a vocation à disparaître mais elle doit être compensée par une participation de l'État au financement de l'assurance maladie. Ce n'est qu'une des pistes possibles pour compléter le financement de la sécurité sociale : le groupe CRC en formule plusieurs chaque année.

Parce qu'il n'y a pas de raison valable de faire payer à certains ce qui relève de la solidarité, je vous invite à adopter cette proposition de loi modifiée par les amendements rédactionnels et de coordination que je vous soumetts.

**Mme Nicole Bricq.** – Nous sommes engagés depuis deux ou trois ans dans un double mouvement de désendettement de nos comptes sociaux et de renforcement de la solidarité. Dans cette conjoncture difficile, Mme Touraine a refusé tout transfert de charge sur les patients : ni déremboursement, ni hausse des forfaits et des franchises. Elle a rappelé lors du débat sur l'ACS qu'elle considérait l'idée de responsabilisation comme erronée, et elle a toujours privilégié l'accès aux soins. C'est pourquoi le Gouvernement entend favoriser l'extension du tiers-payant. En année pleine, l'ACS touche 1,2 million de jeunes et coûte 40 millions d'euros. Certes, c'est peu comparé à la somme de 1,65 milliard d'euros que vous évoquez. Vous voulez compenser le produit des franchises par une recette, la C3S, qui va disparaître. Ce serait un mauvais signal envoyé aux entreprises, à l'heure du Pacte de responsabilité. Le groupe socialiste votera donc contre ce texte, même si nous en comprenons l'intention. Par rapport au gouvernement de droite qui nous a précédés aux responsabilités, nous avons fait diminuer le volume des dépenses, mais en veillant à renforcer la solidarité.

**M. Jean Desessard.** – Vous avez indiqué à juste titre que les franchises et participations ne réduisent pas la consommation de médicaments, tout en représentant pour certaines personnes un coût prohibitif, qui les incite à différer des

consultations. Et la dépense est finalement plus élevée pour l'assurance maladie. Mais faut-il supprimer les franchises également pour ceux qui peuvent les payer ? Cela ne nous paraît pas pleinement justifié.

**Mme Annie David.** – Nous avons déposé ce texte il y a longtemps déjà. La solidarité ne doit pas avoir lieu simplement entre les plus modestes. Oui, certains peuvent payer. Mais notre système est financé par les cotisations de tous, chacun contribuant selon ses moyens et recevant selon ses besoins. Devant la maladie, il ne doit pas être question de niveau de revenu. Notre système souffre d'un manque de recettes : ce n'est pas aux malades de les fournir ! Si nous avions été entendus, durant toutes ces années, lors de la discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale, ces franchises et participations n'auraient pas été nécessaires.

Serait-ce un mauvais signal envoyé aux entreprises ? Vous connaissez notre position sur le Pacte de responsabilité : la responsabilité pèse de plus en plus sur les salariés, de moins en moins sur les entreprises. Celles-ci n'en peuvent plus de payer, a dit un de nos collègues dans le débat précédent. Il en va de même des citoyens ! J'ajoute que les franchises avaient été créées pour financer le plan Alzheimer, qui n'en a pas vu la couleur.

**M. Alain Milon, président.** – N'exagérons rien ! Le plan a bien été financé, je peux en témoigner en tant qu'ancien rapporteur de la mission Santé.

**Mme Annie David.** – Soit. Il en a reçu une petite part. Mais pas très longtemps.

**M. Daniel Chasseing.** – Les personnes en ALD ne prennent pas des médicaments par plaisir : il ne peut donc pas y avoir de diminution de la consommation. Le tiers-payant peut être une solution pour les autres. L'objectif doit être d'exonérer de la franchise les personnes qui ont peu de revenus, et elles seulement.

**Mme Laurence Cohen, rapporteure.** – Voulons-nous diminuer les dépenses ou augmenter les recettes ? Je comprends que Mme Bricq souligne les efforts du Gouvernement. Rappelez-vous tout de même que, dans l'opposition, les socialistes s'étaient opposés aux franchises. Pour notre part, nous n'avons pas changé. Notre proposition vient d'ailleurs en soutien des projets de Mme Touraine, puisque celle-ci veut généraliser le tiers-payant, ce qui est incompatible avec le maintien des franchises.

Toutes les personnes que nous avons auditionnées remettent en cause les franchises. Allons-nous exempter des personnes qui ont les moyens de payer ? Une personne seule est redevable des franchises et des forfaits à partir de 11 670 euros de revenu annuel...

On nous a alertés sur le fait que les victimes du VIH étaient particulièrement pénalisées, car leur traitement est très lourd. Mme Joëlle Martineau, présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Uncass), considère les franchises comme un déremboursement. C'est exact ! Et 50 centimes ici pour les médicaments, deux euros là pour les trajets, cela finit par faire beaucoup, beaucoup trop.

*Il est difficile de mesurer le renoncement aux soins, mais les pharmaciens nous rapportent que les malades font le tri dans leur ordonnance, ils demandent la délivrance uniquement des médicaments sans reste à charge. C'est très grave, et dangereux. Orthophoniste en activité, je constate que, dès qu'ils dépassent le plafond de l'aide à laquelle ils ont droit, les patients interrompent leur traitement. Avec des conséquences non négligeables, y compris pour les comptes de l'assurance maladie.*

**M. Alain Milon, président.** – *Je vous propose de voter en bloc sur l'ensemble des amendements, puisque ceux-ci sont tous rédactionnels ou de coordination.*

*Article 1<sup>er</sup>*

*Les amendements n<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 sont adoptés.*

***La proposition de loi ainsi modifiée n'est pas adoptée.***

**M. Alain Milon, président.** – *La discussion en séance publique portera sur le texte initial de la proposition de loi.*





## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

---

- **Magali Léo**, chargée de mission Assurance maladie du **Collectif interassociatif sur la santé** (Ciss)
- **Joëlle Martinaux**, présidente, **Yves Jacomet**, président départemental, et **Benoît Calmels**, délégué général de l'**Union nationale des centres communaux d'action sociale** (Unccas)
- **Didier Tabuteau**, Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris
- **Table ronde**
  - **Adeline Toullier**, responsable soutien juridique et social d'**AIDES**
  - **Paul Cesbron**, membre du conseil d'administration de la **Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité**
  - **Jean-Pierre Martin**, membre du **Collectif NSED** (Notre santé en danger)
- **Frédéric Rauch**, économiste
- **Table ronde**
  - **Christophe Prudhomme** et **Caroline Ferreira** de **CGT Santé et action sociale**
  - **Jean Vignes**, secrétaire général, et **Alain Acquart** de **SUD Santé**
- **Thomas Fatome**, inspecteur général des affaires sociales, directeur de la sécurité sociale (**DSS**)



**TABLEAU COMPARATIF**

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Résultat des travaux de la commission
<b>Code de la sécurité sociale</b>	<b>Proposition de loi visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires.</b>	<i>Réunie le mercredi 4 mars 2015, la commission n'a pas adopté de texte sur la proposition de loi n° 262 (2014-2015) visant à supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires.</i>
Art L. 322-2. – I. – La ...	<b>Article 1<sup>er</sup></b>	<i>En conséquence, et en application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion portera en séance sur le texte de la proposition de loi déposée sur le Bureau du Sénat.</i>
II.– L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.	I.– Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	
Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.	1° Les II et III de l'article L. 322-2 sont supprimés ;	
Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.		

**Textes en vigueur**

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III.- En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :

1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

**Texte de la proposition de loi**

**Résultat des travaux de la commission**

**Textes en vigueur**

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en oeuvre du présent III.

Art L. 322-4. – La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2.

Art L. 325-1. – I. – Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2°, 4° et 7° de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des condi-

**Texte de la proposition de loi**

2° L'article L. 322-4 est abrogé ;

3° À la première phrase du I de l'article L. 325-1, les mots : « à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article » sont supprimés ;

**Résultat des travaux de la commission**

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Résultat des travaux de la commission
<p>tions définies par décret. .....</p> <p>Art L. 432-1. – Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu’aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l’article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l’article L. 321-1.</p>	<p>4° Le second alinéa de l’article L. 432-1 est supprimé ;</p>	
<p>Les dispositions du II et du III de l’article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.</p>	<p>5° Le premier alinéa de l’article L. 711-7 est supprimé.</p>	
<p>Art L. 711-7. – La participation de l’assuré mentionnée au II de l’article L. 322-2 et au dernier alinéa de l’article L. 432-1 s’applique aux assurés qui relèvent de l’un des régimes spéciaux mentionnés à l’article L. 711-1. Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l’article L. 322-2 et au dernier alinéa de l’article L. 432-1.</p>	<p>II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>Les 10°, 11° et 12° de l’article L. 322-3 s’appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l’un des régimes spéciaux mentionnés à l’article L. 711-1.</p>	<p>1° Au 2° de l’article L. 242-1, les mots : « à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l’indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l’article L.322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article » sont supprimés ;</p>	
<p>Art L. 242-1. – Pour ... .....</p> <p>2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l’indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l’article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article. .....</p>		

**Textes en vigueur**

Art L. 863-6. – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ou la franchise annuelle prévue au III du même article.

Art L. 871-1. – Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du 13° de l'article 995 et du 2° bis de l'article 1001 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné 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 fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

**Texte de la proposition de loi**

2° L'article L. 863-6 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, 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 » sont remplacés par les mots : « au respect des ».

**Résultat des travaux de la commission**

**Textes en vigueur**

---

Art L. 245-13. – Il est institué une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.

**Texte de la proposition de loi**

---

**Article 2**

À la troisième phrase de l'article L. 245-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « est de 0,03 % » sont remplacés par les mots : « ne peut excéder 0,07 % ».

**Article 3**

Les conséquences financières de la présente loi pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence par un relèvement du taux de la contribution additionnelle, prévue à l'article L. 245-13 du code de la sécurité sociale, à la contribution de solidarité à la charge des sociétés prévue à l'article L. 651-1 du même code.

**Article 4**

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Résultat des travaux  
de la commission**

---