

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 mai 2024

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES SOINS LIÉS AU TRAITEMENT DU CANCER DU
SEIN - (N° 2519)

RETIRÉ AVANT DISCUSSION**AMENDEMENT**

N° AS19

présenté par

M. Maudet, Mme Abomangoli, M. Alexandre, M. Amard, Mme Amiot, Mme Amrani, M. Arenas, Mme Autain, M. Bernalicis, M. Bex, M. Bilongo, M. Bompard, M. Boumertit, M. Boyard, M. Caron, M. Carrière, M. Chauche, Mme Chikirou, M. Clouet, M. Coquerel, M. Corbière, M. Coulomme, Mme Couturier, M. Davi, M. Delogu, Mme Dufour, Mme Erodi, Mme Etienne, M. Fernandes, Mme Ferrer, Mme Fiat, M. Gaillard, Mme Garrido, Mme Guetté, M. Guiraud, Mme Hignet, Mme Keke, M. Kerbrat, M. Lachaud, M. Laisney, M. Le Gall, Mme Leboucher, Mme Leduc, M. Legavre, Mme Legrain, Mme Lepvraud, M. Léaument, Mme Pascale Martin, Mme Élisabeth Martin, M. Martinet, M. Mathieu, Mme Maximi, Mme Manon Meunier, M. Nilor, Mme Obono, Mme Oziol, Mme Panot, M. Pilato, M. Piquemal, M. Portes, M. Prud'homme, M. Quatennens, M. Ratenon, M. Rome, M. Ruffin, M. Saintoul, M. Sala, Mme Simonnet, Mme Soudais, Mme Stambach-Terrenoir, Mme Taurinya, M. Tavel, Mme Trouvé, M. Vannier et M. Walter

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE PREMIER, insérer l'article suivant:**

Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conséquences financières pour la sécurité sociale de la suppression du reste à charge sur les consultations médicales, sur la suppression du forfait journalier hospitalier, la suppression du forfait patient urgence et la suppression des franchises médicales sur les médicaments et les transports sanitaires. Ce rapport confronte les coûts immédiats d'une prise en charge supplémentaire par l'assurance maladie et les économies réalisées par cette dernière à plus long terme en raison d'un meilleur accès aux soins. Il fonde son analyse sur des indicateurs dépassant le cadre comptable pour rendre compte des bénéfices de santé publique escomptés. Il prête une attention particulière aux affections de longue durée, y compris les cancers et notamment du sein.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Par cet amendement, le groupe LFI-NUPES souhaite mettre sur la table le sujet d'une prise en charge intégrale des dépenses de santé par la sécurité sociale au moyen d'une suppression de l'ensemble des participations forfaitaires et franchises médicales : sur les consultations médicales,

le forfait journalier hospitalier et le forfait patient urgence, pour les médicaments et les transports sanitaires, et cela pour l'ensemble des assurés sociaux.

Les participations forfaitaires et les franchises médicales sont des outils incitatifs qui relèvent d'une vision « paternaliste libéral » de la politique de santé, reposant sur de fausses prémisses. Il s'agirait de corriger, au moyen du mécanisme des prix, de supposés comportements de surconsommation de prestations et produits de santé.

La réalité de notre pays est plutôt celle d'un difficile accès aux soins, d'un renchérissement de ces mêmes soins en même temps que de la dégradation du système de santé à mesure qu'il est pénétré par les logiques libérales et marchandes.

Ce que font réellement ces participations forfaitaires et franchises médicales, c'est nourrir le non-recours aux soins et dégrader l'état de santé de la population.

Souhaitant réaliser des économies au détriment des assurés sociaux, le Gouvernement a, par son décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, fait le choix d'un doublement de la participation forfaitaire aux consultations médicales et des franchises médicales sur les médicaments et les transports sanitaires. Elles sont désormais respectivement de 2 €, 1 € et 4 €.

La participation forfaitaire sur les consultations médicales, terreau du non-recours aux soins, implique pourtant des coûts supérieurs aux économies que ses promoteurs prétendent réaliser : elle pousse à reporter ou ne pas réaliser des consultations médicales, empêchant toute politique de prévention, de détection précoce des pathologies et de fourniture d'un traitement adapté. Cela mène à la non-détection ou à l'aggravation de pathologies : ce qui revient, au nom d'une logique comptable et court termiste, à faire supporter des coûts supplémentaires à l'assurance maladie.

La franchise sur les médicaments est un autre impôt sur la santé des plus pauvres qui nourrit le non-recours aux soins. Elle pousse à se tourner vers des médicaments moins coûteux mais imparfaits d'un point de vue clinique. Elle réduit le niveau d'observance et augmente le risque d'aggravation des pathologies.

Quant à la franchise sur les transports sanitaires, elle pénalise les personnes rencontrant des problèmes de mobilité ou résidant dans des déserts médicaux, qui prospèrent et se développent d'ailleurs en raison de l'inaction du Gouvernement. Plutôt que de soutenir le développement d'une offre de transport sanitaire financée sur l'ensemble du territoire, le Gouvernement a fait le choix de la réduction des coûts en forçant le transport partagé et en doublant la franchise, désormais à 4 € par trajet.

Le forfait patient urgence relève de la même logique comptable et de privatisation du risque santé. Sous prétexte de désengorger les hôpitaux, ce qu'elle ne fait pas, cette mesure de déremboursement sanctionne les assurés ne pouvant accéder aux soins via une médecine de ville en défaillance.

Il en va de même pour le forfait journalier hospitalier, de 20 € par jour, qui fait supporter une lourde charge financière aux malades.

Toutes ces mesures de déremboursement relèvent d'une même logique : celle d'une privatisation rampante de la protection santé. Avec pour conséquence désastreuse une hausse des inégalités face à la santé, avec des niveaux de couverture santé complémentaire différents selon les individus et leurs capacités financières et même 3 millions de personnes non couvertes, dans un monde où l'on a toujours plus d'assurances privées pour toujours moins de protection.

Cette proposition de loi propose la prise en charge intégrale par la Sécurité sociale des frais liés au traitement et aux soins consécutifs à un cancer du sein. C'est une démarche qu'il convient de généraliser à l'ensemble des risques de santé, pour renouer avec l'idée d'une Sécurité sociale fondée sur un principe d'universalité.