

## **Avec les restes à charge, le principe fondateur de la sécurité sociale est gravement remis en cause !**

Le « reste à charge » ou plutôt les « restes à charge » représentent la part des soins non remboursée par la sécurité sociale et en partie ou pas du tout par les « complémentaires santé ». Concrètement, c'est ce que l'assuré social paie de sa poche lorsqu'il est malade.

Au fil de réformes toujours plus régressives, les différents gouvernements, au motif de « maîtriser » les dépenses de santé, se sont employés à réduire comme peau de chagrin le remboursement des soins par la couverture maladie obligatoire. Pour faire accepter ces reculs, une énorme campagne de culpabilisation des malades désignés comme responsables du « trou » de la sécurité sociale a « travaillé » l'opinion. Les patients ont donc été mis à contribution au travers de diverses mesures comme le déremboursement de nombreux médicaments de 65% à 35% puis à 15% en raison d'une efficacité jugée insuffisante ou faible par la Haute Autorité de santé. En 1983, l'instauration du forfait hospitalier légitime dans les consciences l'idée qu'il est normal qu'une personne hospitalisée participe à la part « entretien et hébergement » de son séjour ! L'imposture que constitue cette notion de « responsabilisation » du patient vise à justifier en 2005 le forfait de 1€ par consultation médicale, puis en 2008 la franchise qui s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes para médicaux et les transports et qui pénalisent même les patients ayant une prise en charge à 100 %. Une dépense qui peut représenter un coût de 100€ annuel. La franchise de 18€ sur les actes médicaux supérieurs à 120€ voit également le jour. A cela s'ajoutent le remboursement scandaleusement dérisoire des frais dentaires et d'optique par l'assurance maladie et les dépassements d'honoraires.

L'application de toutes ces mesures a conduit 30% de la population et près de la moitié des étudiants à renoncer à se soigner générant un vrai problème de santé publique.

**Le principe fondateur de la sécurité sociale « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins » est ainsi gravement remis en cause.** Dans ce contexte le tiers payant généralisé proposé par Marisol Touraine et acté par la toute nouvelle loi santé fait figure de progrès social. Ce qu'il est dans son principe, celui de dispenser les assurés de faire l'avance des frais de santé. Mais le tiers payant version gouvernementale ne touche pas au « reste à charge » qui pèse sur le budget des patients. Les assurés, du moins ceux qui le peuvent, doivent en outre financer les cotisations « évolutives » des complémentaires santé.

L'urgence est donc d'agir contre le renoncement aux soins en rétablissant l'égalité d'accès à la santé. **Dans cet objectif, le PCF propose un tiers payant avec des soins pris en charge à 100% par l'assurance maladie et la suppression des franchises, forfaits et dépassements d'honoraires. Quant aux médicaments, il serait logique d'éliminer ceux qui ne sont pas efficaces et de rembourser les autres.**

Françoise FITER