

Santé : la hausse de 10 points du ticket modérateur est injuste, inefficace et coûteuse

Simon Arambourou, Vincent Beaugrand, Ludovic Cépré, Julie Chastang, Prune Hefter-Noah, Marie Pla

Dans ses mesures d'économies, le gouvernement prévoit de réduire les remboursements des consultations médicales. Le collectif Nos services publics s'insurge et propose le «100 % Sécu», ce qui serait plus juste et économe pour la société.

Dans son projet de budget, le gouvernement Barnier affiche sa volonté de diminuer drastiquement les dépenses publiques. Parmi les pistes «d'économies», figure la hausse de 10 points du ticket modérateur sur les consultations de médecins généralistes. Actuellement, la branche maladie de la Sécurité sociale rembourse 70 % du tarif opposable de la consultation de médecine générale, les 30 % restants étant pris en charge par l'assuré ou par la complémentaire santé pour ceux qui en ont une. Avec la hausse du ticket modérateur prévue par le gouvernement, l'Assurance maladie ne rembourserait plus que 60 % du tarif opposable. Un tel recul de la prise en charge des soins de santé par la Sécurité sociale présente le triple inconvénient d'être inégalitaire, de favoriser le renoncement aux soins pour raisons financières et d'être globalement plus coûteux pour l'ensemble des Françaises et des Français.

Inégalitaire, car si les taux de cotisation et de CSG affectés à l'Assurance maladie sont identiques (voire progressifs sous l'effet des exonérations) quels que soient l'âge ou l'appartenance professionnelle du salarié, de nombreuses complémentaires santé, y compris certaines mutuelles, pratiquent à l'inverse des tarifs différenciés notamment en fonction de l'âge et du niveau de couverture offert. Ainsi, plus vous êtes vieux, plus vous payez cher votre complémentaire (ce qui constitue une tarification masquée en fonction du risque) et plus vous êtes riche, plus vous serez en mesure de vous offrir une complémentaire «haut de gamme» (meilleure couverture des dépassements d'honoraires, remboursement de la chambre individuelle à l'hôpital, etc.).

Des inégalités de tarifs entre salariés

Par ailleurs, sous l'effet de la loi du 14 juin 2013 obligeant les employeurs à cofinancer une complémentaire pour leurs salariés, les inégalités de tarifs se sont non seulement accrues entre salariés, mais aussi entre salariés et non-salariés. Ainsi, ceux des grandes entreprises, dont le pouvoir de négociation est fort, bénéficient de contrats collectifs dont les tarifs sont bien plus avantageux que ceux des petites entreprises, eux-mêmes plus favorables que les tarifs des contrats individuels auxquels doivent souscrire par exemple les indépendants et les retraités.

Surtout, alors que l'objectif affiché est de faire des économies, un tel transfert de la Sécurité sociale vers les complémentaires serait finalement plus coûteux pour l'ensemble des assurés et pour le système de santé dans sa globalité. Cela entraînera inévitablement, comme l'a déjà annoncé la Fédération de la mutualité française, une hausse des tarifs des complémentaires santé, amputant durement le pouvoir d'achat notamment des moins fortunés et des retraités.

Sachant que les complémentaires santé ont déjà augmenté leurs tarifs de plus de 8 % en 2024 pour un montant de dépenses qui leur étaient transférées d'environ 500 millions d'euros, on peut s'inquiéter des hausses de tarifs à venir du fait du transfert de 1,7 milliards d'euros prévu par le Projet de loi de finances de la Sécurité sociale ([PLFSS](#)) 2025.

Chaque diminution de la prise en charge de nos soins par l'Assurance maladie au profit des complémentaires correspond de fait à une mauvaise allocation de nos ressources. Du fait de moindres économies d'échelle (chaque complémentaire couvre une part de la population beaucoup plus restreinte que l'Assurance maladie), mais aussi de frais de démarchage et de marketing élevés, liés à la nécessité de gagner des parts de marché et, dans le cas des complémentaires privées à but lucratif, de la nécessité de rémunérer les actionnaires, les frais de gestion des complémentaires santé sont 6,5 fois supérieurs à ceux de l'Assurance maladie. Une telle transformation des dépenses sociales publiques en dépenses privées contraintes se traduira inévitablement par une hausse globale des dépenses de santé, comme c'est le cas aux Etats-Unis, dont le système de santé est caractérisé par une faible prise en charge socialisée des dépenses de santé et par un niveau très élevé des dépenses de santé : ces dernières y représentent 18 % du PIB, contre 12 % en France. Un tel niveau de dépenses de santé représenterait pour la France une augmentation de 170 milliards d'euros par an, soit un surcroît de dépenses de 2 500 euros par Français et par an.

Le risque de renoncer à des soins

Enfin, une telle mesure conduira, notamment pour les trois millions qui ne disposent pas d'une complémentaire santé, à une augmentation des frais à leur charge pour se soigner. Pour eux, la récente augmentation de la consultation de médecine générale de 26,5 euros à 30 euros et le doublement de la participation forfaitaire de 1 euro à 2 euros, combinées à ce recul de 10 points de la prise en charge par l'Assurance maladie, conduira à un accroissement de presque 80 % de leur reste à charge (de 8,95 euros à 16 euros). Cela les conduira forcément à renoncer à des soins, avec comme conséquence une prise en charge à un stade plus avancé de leurs pathologies, donc des pertes de chances et un coût majoré pour la collectivité.

A rebours de cette politique qui affaiblit dangereusement la Sécurité sociale, un autre choix nettement plus vertueux est tout à fait possible : celui du «100 % Sécu» ou de la «Grande Sécu», c'est-à-dire la suppression des tickets modérateurs et autres franchises conduisant à une prise en charge à 100 % des dépenses de santé (hors dépassements d'honoraires). Le 100 % Sécu se traduirait non seulement par des gains importants de pouvoir d'achat pour les Français, qui n'auraient plus à souscrire à une complémentaire santé (environ 500 euros nets par an pour les 40-49 ans et jusqu'à 1000 euros nets par an pour les plus de 80 ans selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)), mais aussi par une réduction nette de 5,4 milliards d'euros par an des dépenses de santé du fait de la suppression des coûteux frais de gestion des complémentaires. Ces économies pourraient alors être affectées au financement de l'hôpital ou à la prise en charge des affections de longue durée (ALD) dont on sait que les besoins vont croître du fait de l'allongement de l'espérance de vie.

Face à ces risques, auxquels s'ajoute la poursuite du sous-financement d'un hôpital public au bord de la rupture, rien n'interdit au Parlement de faire le choix de mesures d'intérêt général consolidant notre système solidaire, dans le cadre du vote du PLFSS.

Vous souhaitez publier une tribune dans Libération ? Pour connaître nos conseils et la marche à suivre, ainsi que l'adresse à laquelle nous envoyer vos propositions, rendez-vous

dans la section «Proposer une tribune» en bas de cette page puis écrivez à idees@liberation.fr.