10 mai 2004

L'assurance-maladie, un bien commun

La souffrance, la maladie et la mort posent question à tout homme aujourd'hui comme hier.
Question de foi, question de sens. Comment croire en Dieu dont la miséricorde, la proximité et la tendresse constituent l'essentiel de la révélation, s'il ne manifeste pas sa toute puissance pour empêcher le drame quotidien de la condition humaine blessée et déchirée ?
A quoi bon expliquer ou interpréter les causes de la maladie si nous ne prenons pas la part qui nous revient pour soulager et guérir ceux et celles qu'elle accable ?

Dans l'héritage toujours vivant de l'Evangile, nous voyons comment Jésus, en maintes circonstances, a porté assistance aux malades, n'hésitant pas à prendre leur entourage à témoin.
Les soins sont en effet depuis toujours l'affaire de tout un environnement social où la mise en oeuvre des compétences et le partage des ressources sont accompagnés d'une sollicitude qui, au-delà du simple devoir d'assistance, va jusqu'au don de soi-même.

Adaptée à notre époque grâce aux immenses progrès de la médecine, il nous revient de manifester cette même compassion, de la traduire en actes de solidarité et en qualité des soins à l'égard des personnes malades.
C'est pourquoi il est de l'intérêt des citoyens de notre pays que l'Assurance-maladie continue à couvrir les dépenses de santé selon les besoins de chacun, sans acception territoriale, ni de personne, de condition sociale ou d'âge.
La solidarité qui en est le fondement s'exprime par une contribution de tous et de chacun selon ses moyens.

Une réforme de l'Assurance-maladie est en préparation. Elle doit faire l'objet d'un large débat.
La Commission sociale des Evêques de France souhaite y contribuer :
- en rappelant dans ce dossier quelques enjeux importants : le principe d'une solidarité entre tous, l'attention préférentielle aux plus démunis, la proximité et la qualité du système de soins, le respect de la dignité et de la foi de toute personne affrontée à la souffrance et à la mort.
- en invitant chacun à une responsabilité fondée sur sa conscience et sur la confiance mutuelle : bénéficiaires de l'Assurance-maladie, professionnels de santé, responsables politiques.

A. Bénéficiaires de l'Assurance-maladie
- Qui n'a pas un jour bénéficié de soins médicaux ? Nous avons alors apprécié la chance d'être soigné, entouré, conseillé, libéré du souci immédiat des frais

engagés pour nous procurer les médicaments nécessaires ou être accueilli dans un hôpital par une équipe de soignants de qualité.
Nous avons mieux compris que l'ensemble des forces vives du pays contribuait à financer l'Assurance-maladie. Elle est un bien commun. Sans cette chaîne de solidarité, ne pourraient être assumées les dépenses que requièrent la recherche de traitements et de médicaments, la formation d'un personnel soignant spécialisé, l'équipement de haute technicité d'une médecine moderne et enfin, la construction et la gestion des établissements hospitaliers.

- L'hygiène de vie contribue autant que le progrès médical à l'amélioration de l'état de santé. La bonne santé dépend aussi de facteurs non sanitaires que des soins délivrés : en particulier de nos comportements en matière d'alimentation, de conduite automobile, de prévention, d'éducation sanitaire.

- Le consommateur de biens et services médicaux doit se comporter en responsable. Bénéficier d'une Assurance-maladie permettant une intégralité presque totale du remboursement des frais engagés, ne donne pas à l'assuré le droit de consommer sans discernement ce que produit le système sanitaire. Le droit au remboursement implique un devoir de responsabilité.

- L'assuré a un devoir de confiance vis-à-vis des professionnels de santé. Un recours judiciaire quasi systématique vis-àvis des prescripteurs d'actes médicaux est une dérive qu'il convient de dénoncer. Par voie de conséquence les cotisations d'assurance de responsabilité professionnelle seraient appelées à progresser fortement et se répercuteraient nécessairement sur le coût de l'Assurance-maladie.

- Le soutien matériel, moral, social que chacun est en droit d'espérer des autres se fonde sur le fait d'être une personne ; il ne saurait donc dépendre uniquement de ses revenus.

B. Professionnels de santé
- Les professionnels de santé savent qu'ils sont responsables de la bonne utilisation des sommes que la collectivité met à leur disposition.

- Dès leurs premières années d'étude ils apprennent qu'il leur faut soigner des personnes malades et non pas seulement des maladies et que les patients demandent à être pris en charge dans leur globalité. Le malade est toujours une personne avec une histoire particulière ; il est souvent atteint de beaucoup d'autres maux que celui pour lequel il vient consulter.

- L'offre de soins est infiniment riche et variée : tout ce qui est proposé n'a pas la même valeur. Aussi les professionnels de santé ont-ils à évaluer la qualité des soins qu'ils délivrent : recommandations de bonne pratique, utilité des biens et services financés par la collectivité.

- Ils sont aussi directement concernés par les problèmes d'éthique : jusqu'où faut-il délivrer des soins ? Aussi est-il souhaitable que se multiplient dans les facultés

de médecine des espaces de réflexion philosophique et éthique.

- Les laboratoires et industries pharmaceutiques ont également leur part de responsabilité dans les dépenses de santé. Pour indispensable qu'il soit, leur seul objectif ne peut être de dégager des profits.

C. Responsables politiques

- Le financement solidaire des dépenses de santé est l'un des éléments fondamentaux de la cohésion sociale ; nous sommes tous interdépendants.

- La maîtrise des dépenses de santé est une oeuvre à long terme. Elle suppose une volonté politique soutenue. C'est l'ensemble des citoyens, c'est-à-dire la nation qui doit s'organiser par l'éducation, l'information, le droit pour prévenir et limiter les risques.

- Les sommes attribuées aux dépenses de santé ne seront pas disponibles pour répondre à d'autres nécessités : lutte contre les exclusions, prise en compte des dépendances, programme de logements sociaux, éducation.

- Faire appel à la responsabilité de chacun suppose une information claire sur notre système de protection sociale ; il y a sans doute là une urgence.

- Toutefois une bonne information ne suffira pas à elle seule. Il convient d'engager une véritable éducation sur ces sujets dès l'école, mais aussi tout au long de la vie.

L'urgence de la réforme de l'Assurance-maladie ne saurait perdre de vue le mystère du vivant qui naît, grandit et meurt. Face à ce mystère, nous n'oublions pas la foi qui nous anime. En intervenant dans ce débat, l'Eglise manifeste qu'elle est habitée par la force de l'Esprit Saint qui la conduit à la suite de Jésus à vivre une grande compassion pour ceux qui souffrent. Le service des malades est l'expression première de la justice et de la charité envers tout homme créé à l'image de Dieu.

Dans cette perspective la Commission sociale des Evêques de France, propose une réflexion personnelle et collective sur les enjeux de l'Assurance-maladie, un bien commun.

La question de la santé et de l'assurance-maladie est l'une des plus complexes qui soit :

- parce que la santé touche aux questions les plus essentielles de la vie, de la mort, de la souffrance, du droit de chacun à recevoir les soins qui lui sont nécessaires et à mourir dignement ;

- parce que l'on constate une dichotomie radicale entre l'appréciation individuelle de nos besoins de santé (nous voulons toujours les meilleurs soins lorsque nous sommes malades) et l'appréciation des dépenses de santé en général (les mêmes

considèrent qu'il y a trop d'examens, trop de services hospitaliers…) ;

- parce que la France a fait le choix d'un système situé entre le système purement libéral que connaissent les Etats-Unis et le système purement étatique à l'anglaise. C'est le choix d'un système de santé en partie libéral, mais avec un financement socialisé. Ce choix explique sans doute en partie la qualité de notre système de soins, mais, à défaut d'être régulé, il est générateur de dérives ;

- enfin, parce que ce système de santé est caractérisé par un enchevêtrement des compétences et une dilution des responsabilités.

I . P R I N C I P E S

1. La santé est un bien premier de l'homme. La société doit donc veiller à la protéger et à assurer la plus grande égalité possible dans l'accès aux soins.

2. La santé n'est pas le seul bien premier. La famille, le logement, la sécurité, l'éducation, la prise en charge du handicap en sont d'autres. Tout gaspillage financier dans le domaine de la santé retire des ressources à ces autres besoins fondamentaux, mais aussi à des besoins de santé qui sont encore insuffisamment couverts.

3. En ce domaine comme ailleurs, le devoir d'une société solidaire est de protéger par priorité les plus faibles. Il s'agit d'une part des personnes sans ressources et d'autre part des personnes en situation de dépendance physique et de solitude morale, qui sont souvent des personnes âgées.

4. La bonne santé ne résulte pas uniquement de l'action de la médecine. C'est un état de bien-être complexe qui demande une appréhension globale. Les déterminants de la santé se situent aussi bien dans l'environnement (conditions de logement, de travail) que dans notre propre comportement quotidien (conduite automobile, tabac, alcool, consommation alimentaire, attitude à l'égard de la prévention).
Le fait qu'à l'instar des Etats-Unis le problème de l'obésité avec ses conséquences en matière cardiovasculaire, devienne en France, un problème de santé publique est significatif de l'importance des déterminants non sanitaires de la santé. Celle-ci n'est pas seulement une affaire de moyens du système sanitaire.

5. La réforme de l'assurance-maladie se justifie par l'extrême dispersion du coût moyen annuel des dépenses de santé par individu (de 1 à 10). Il est à l'honneur de la France de poursuivre un financement de cette assurance qui, depuis 1930, a un caractère solidaire. Ceci signifie que :

- d'une part, tout le monde est obligatoirement assuré : personne ne peut se soustraire à cette solidarité,

- d'autre part, l'assurance est financée par des contributions proportionnelles aux

revenus, indépendantes du risque de chacun.

A ce titre, l'assurance-maladie est un élément constitutif fort du lien social entre les habitants de notre pays "chacun en bénéficie selon ses besoins et cotise selon ses moyens". Ce principe est une des valeurs fondamentales de notre système de protection sociale. Encore que,pour les salariés, si le pourcentage de prélèvement (0,8 %) est identique pour tous jusqu'à un palier de salaire, ce pourcentage diminue (0,3 %) au-delà de cette tranche.

6. On ne peut aborder la question de l'assurance-maladie en France, sans élargir l'horizon au-delà de nos frontières. Notre débat actuel ne peut apparaître comme un débat de riches aux privilèges déjà immenses.
La chance de disposer d'une grande qualité de soins nous impose une responsabilité face aux inégalités que vit la grande majorité des populations des pays en voie de développement. A l'égard du Produit Intérieur Brut, le pourcentage des dépenses de santé situe la France au 4e rang sur 179 pays. 175 pays dépensent moins que nous dans leur système de santé.

II. IMPERFECTIONS ET DÉFAUTS DU SYSTÈME ACTUEL

Ces principes se heurtent aujourd'hui à de nombreuses difficultés.

1. Une faible régulation du système. Les dépenses de santé sont la valeur des biens et services produits par le système sanitaire dans l'ensemble économique de notre pays.
Mais ce système n'est pas soumis à la contrainte des entreprises de l'économie de marché. Les patients, les personnels de santé ou les gestionnaires des centres de soins, peu nombreux sont ceux qui en connaissent le coût.
Or si la santé n'a pas de prix, elle a un coût.

Les représentants des professionnels de santé libéraux ne considèrent pas les soignants comme des acteurs économiques ; alors que les honoraires et les prescriptions sont essentiellement financés par l'assurance-maladie. Elle permet de prendre en charge et de soigner ceux qui sinon, n'auraient pas recours au corps médical.

Les professionnels de santé devraient s'estimer davantage responsables de la maîtrise des dépenses. Ce qui signifierait le maintien de la qualité médicale avec la maîtrise comptable.

Les patients eux-mêmes, c'est-à-dire un jour ou l'autre chacun d'entre nous, méconnaissent le coût de chaque acte médical. La facilité de paiement offerte par la carte Vitale est un grand progrès pour les plus démunis. Mais elle contribue aussi à voiler le prix des médicaments.

Du coté de l'hôpital la situation est plus complexe. Un système de régulation existe en théorie, il est même en cours de modification, mais les pratiques ne

confirment pas totalement ce constat.

L'ensemble du système voile la responsabilité de tous les acteurs.

2. Le malaise des soignants. Pour diverses raisons, il existe aujourd'hui un malaise dans les professions médicales et chez les soignants. Ce malaise est très fort à l'hôpital, où les acteurs médicaux et paramédicaux souffrent de moyens extrêmement mal répartis qui provoquent en certains lieux une insuffisance du nombre d'emplois.

Tout ceci révèle un déficit dans l'organisation du travail et un manque de considération pour les risques difficiles que doivent assumer les soignants.

Ce malaise se retrouve aussi dans la médecine libérale, où le comportement des médecins a profondément changé. D'une part, ils ont perdu une partie du prestige ou de la notabilité qui s'attachait hier à leur profession. D'autre part, ils n'acceptent plus les contraintes, notamment horaires, qui autrefois allaient de soi.

Cette évolution qui paraît inéluctable est en croissance dans les nouvelles générations. Elle se traduit par un refus au moins partiel de la charge des gardes des médecins de ville. Ce qui induit une charge supplémentaire sur l'hôpital, où afflue une demande de plus en plus forte.

Cette demande à l'hôpital n'est pas toujours justifiée par la gravité de la pathologie. Elle est souvent accompagnée d'une forte demande sociale qu'il faut prendre en considération d'une autre manière que par les moyens très coûteux de l'hospitalisation.

3. La prise en compte de la situation des plus faibles reste insuffisante. Il convient de penser à ouvrir des structures de soins de proximité pour tous afin que l'hôpital, plus coûteux et plus traumatisant, ne soit pas le seul interlocuteur.

Grâce à la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont le plafond correspond à celui du seuil de pauvreté, la prise en charge des plus isolés et de ceux qui disposent du moins de ressources, a fait de grands progrès.

La société doit à cette population particulière une assistance plus grande. Le principe étant que toute personne soit traitée de manière égale quelle que soit sa pathologie.

La CMU ne règle pas la question d'une frange de la population (entre 5% et 10%) qui se trouve à un niveau de revenus assez bas sans pour autant pouvoir prétendre bénéficier de la CMU. Mais n'est-ce pas toujours le cas des effets de seuil ?

Pour cette population, comme encore pour beaucoup d'étrangers immigrés, l'accès aux soins est difficile. Ce qui est dramatique pour ceux parmi eux qui souffrent de pathologies lourdes et aggravées encore par le manque de soins en

temps voulu. On y voit également réapparaître des maladies anciennes et contagieuses (telle la tuberculose) que l'on ne peut se permettre, sous peine de danger sanitaire, de ne pas prendre en charge.

L'aide médicale d'Etat est tout à fait nécessaire à leur égard. Mais elle doit commencer par une politique d'aide -médicaments et soins - à l'égard des pays d'origine de ces malades. Même si cela pose des problèmes d'organisation, il s'avère moins onéreux d'envoyer sur place, pour une durée déterminée, du personnel de santé pour des missions de formation financées en partie par les Etats Européens.

Enfin, la prise en considération de l'allongement de la vie doit conduire à la formation de personnes spécialisées et à l'ouverture de structures particulières dont on vérifiera la mise en place. Les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, de plus en plus âgées, de plus en plus dépendantes y bénéficieront d'une attention adaptée et urgente.

4. Le financement du système est aujourd'hui incertain. Le financement est au coeur de la réforme de l'assurancemaladie.

Il est aujourd'hui :
- solidaire pour 75,7 % des dépenses (assurance-maladie obligatoire). Cela signifie que chacun cotise en fonction de ses ressources et que chacun reçoit en fonction de ses nécessités.
- mutualisé pour 12,7 % par des assurances complémentaires. Mais ce financement solidaire est menacé parce qu'il est déficitaire. Plus qu'incertain, il est insuffisant.

La mutualisation est très inégale : certains sont bien couverts, d'autres, par crainte des dépenses, retardent leur demande de soins et se présentent avec des pathologies d'autant plus graves et donc d'autant plus coûteuses qu'elles n'ont pas été prises en charge à temps.

Personne ne sait ce que les français veulent collectivement dépenser pour leur santé. On sait cependant qu'ils ont accepté durant ces trente dernières années une progression constante et considérable de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale. Seront-ils prêts à accepter une hausse répétée de la CSG (Contribution sociale généralisée) et l'Etat accepterait-il un nouvel allongement de la CRDS (Contribution au remboursement de la dette sociale), pour résorber les déficits ?

Les opinions sont partagées. Il importe de montrer que le système dont nous bénéficions est de loin beaucoup plus satisfaisant que les autres, qu'il est possible de le garder à condition :
- d'abord et en priorité de responsabiliser chacun d'entre nous : consommateurs, professionnels de santé, gestionnaires et pouvoirs publics.
- que soit plus engagée dans la société française une réflexion sur la finalisation

des soins (selon les pathologies) et une réflexion sur la vie, la mort et le rapport au corps tel que l'inspira la foi chrétienne.
- enfin, que la prise en charge des personnes qui souffrent avant tout de ruptures du lien social, soit organisée autrement.

Le domaine de la santé est si complexe que l'on arrive difficilement à comprendre pourquoi les coûts augmentent. Et pourquoi il est si difficile de parer à cette évolution. En tout état de cause, la santé est aujourd'hui l'un des rares domaines de l'action publique où l'on ne sait pas en début d'année, et de loin, ce que l'on dépensera dans l'année.

La solution du transfert de certaines dépenses du "régime de base" de l'assurance-maladie obligatoire vers les régimes de couverture complémentaire est proposée par certains (on suppose que les régimes complémentaires sauront mieux gérer le système que les actuels gestionnaires de l'assurance-maladie), mais elle est porteuse de risques d'inégalités et ne change pas grand chose sur le plan économique global.

I I I - PROPOSITIONS

Pour sauvegarder le caractère de solidarité de notre système de protection sociale, il faut agir dans plusieurs directions.

1. L'efficience du système. Le terme d'"efficience" allie la qualité des soins et le bon usage des ressources financières. La simple recherche de l'égalité dans l'accès aux soins ne suffit pas. La mise en oeuvre d'un principe d'équité et les aides préférentielles aux personnes les plus démunies qui en résultent, doivent permettre une meilleure efficacité des dépenses de santé. La maîtrise des dépenses publiques de santé ne doit pas conduire à une privatisation totale ou partielle du système telle que les plus démunis n'auraient accès qu'à des services limités ou dégradés.

2. L'accent mis sur la prévention. Avant de soigner, il faut prévenir la maladie ou l'accident. La prévention est le parent pauvre du système de santé français. Si la France connaît, au regard de différentes études, l'un des meilleurs systèmes de soins, nous n'avons jamais su construire une politique vigoureuse de prévention. Sur de nombreux critères (mortalité routière, santé mentale, suicides, consommations d'alcool, de tabac, de drogues, de médicaments), la France est très mal placée.
Cela se traduit en particulier par une mortalité précoce que cette prévention permettrait de réduire.

Une attention particulière devrait être mise sur les changements de comportements alimentaire (par exemple afin d'éviter une malnutrition qui se traduit par le fait qu'un enfant sur trois est obèse ou en voie de le devenir). Une incitation forte, semblable à celles que le gouvernement a mis en place contre le tabagisme,

devrait également accompagner l'éducation alimentaire.

Les changements de pratiques sont difficiles à obtenir sans la conviction des acteurs eux-mêmes. La prévention passe à la fois par une meilleure information et une meilleure éducation des patients, notamment des jeunes. Elle suppose un renforcement de la médecine scolaire, aujourd'hui très pauvre.

3. Un mode de financement solidaire. Le régime de base de l'assurance-maladie repose sur le principe de solidarité. Le régime des assurances-maladie complémentaires repose pour l'instant sur l'initiative individuelle. Il est souvent mutualisé au sein des entreprises, des branches ou de la fonction publique. La CMU a créé pour les personnes les plus modestes un droit à une couverture complémentaire financé par l'Etat.

Enfin, la participation des bénéficiaires représente un peu plus de 10 % des dépenses de santé. La CMU a montré combien l'existence d'une couverture complémentaire a été efficace en matière d'accès aux soins. La question ici est de savoir de quelle nature doit être cette couverture complémentaire en cas de mutualisation d'une partie plus importante du système.

En ce cas, plusieurs hypothèses de prise en charge seraient à élaborer pour que le système continue d'être aussi solidaire pour les revenus modestes. Pourquoi par exemple ne pas envisager un ticket modérateur plus élevé pour les hauts revenus sachant que le reste-àcharge final pour les patients représente aujourd'hui 4 % de la dépense.

Si le système ne pouvait être aussi solidaire, il importe alors de le réglementer de manière fiscalement juste. Des mécanismes de solidarité devront être mis en place de telle sorte que les plus démunis n'en soient pas victimes.

4. La responsabilisation des acteurs. Chacun est responsable à son niveau des gaspillages du système et doit agir pour les éviter.
- Les individus doivent être conscients des comportements à risques (alimentaires, sexuels, conduite automobile), éviter le nomadisme médical (ne pas consulter plusieurs médecins successifs pour des affections mineures), ne pas exiger de son médecin des examens que lui-même juge inutiles.
Cette responsabilisation doit tenir compte des personnes les plus modestes qui hésitent à se faire soigner et sont souvent victimes d'un déficit d'information sur leurs droits d'accès aux soins.
En effet, le recours aux soins varie en fonction de la catégorie sociale.
L'orientation dans le système de soins n'est pas optimale et se fait à l'initiative du patient qui n'est pas toujours informé des choix à faire.

- Il appartient aux médecins de fournir les informations nécessaires pour mettre en oeuvre ces pratiques responsables. Ils doivent aussi résister à la demande de consultations, de prescriptions ou d'examens inutiles de leurs patients ; participer à éduquer chacun à une meilleure hygiène de vie, notamment alimentaire ; se

former et s'informer continûment des bonnes pratiques scientifiques qui permettent d'éviter des soins inutiles. Enfin, il importe qu'ils mettent tout cela en oeuvre en acceptant une évaluation de leurs pratiques.

- Les hôpitaux et cliniques doivent se soumettre à des procédures d'évaluation de leurs coûts de fonctionnement, coopérer entre eux de manière à éviter les doublons sur un même territoire, accepter de fusionner lorsque l'un d'entre eux n'a plus assez de moyens pour apporter un service de qualité à la population.

- Les laboratoires pharmaceutiques ont également leur rôle à jouer, non pour réduire les investissements pour la recherche de nouvelles molécules, mais pour ne pas se considérer comme des entreprises tout à fait comme les autres où le profit serait la seule norme. Un effort devrait être entrepris en aval lors de la mise à disposition des médicaments.

- Les entreprises, tout comme certaines pratiques d'agriculture, ont aussi une responsabilité directe sur la santé et indirecte dans l'effort à faire sur l'environnement de la santé.

5. Une meilleure répartition territoriale. L'une des plus fortes inégalités actuelles du système de santé réside dans ses disparités territoriales, qui recoupent souvent les disparités économiques.

Il y a des inégalités en termes d'offre de soins : forte présence médicale et hospitalière, en quantité et en qualité, dans les grands centres urbains ou dans les régions à plus fort pouvoir d'achat ; faible présence en zones rurales, périurbaines ou dans les régions en déclin économique. La densité de spécialistes va du simple au double entre certaines régions. On constate alors un écart de 50 % des dépenses de santé entre certaines régions et l'Ile-de-France.

La démographie médicale et la politique d'équipement hospitalière doivent donc être ajustées en fonction d'un principe d'équité territoriale. S'il s'avère nécessaire de mener une politique incitative pour que les praticiens soient mieux répartis en zones sanitaires prioritaires (quartiers défavorisés) ou plus désertifiées et en zones où les déplacements sont difficiles (en montagne par exemple), il conviendrait de l'accompagner d'une rémunération adaptée.

6. L'attention aux plus faibles. Pour les plus modestes, l'objectif doit être la gratuité ou la quasi-gratuité des soins. La CMU, avec sa part complémentaire, a été créée parce que il a été constaté que les obstacles financiers entraînaient de la part des personnes les plus démunies un très important phénomène de renoncement aux soins.

C'est ainsi que l'instauration d'un ticket modérateur s'est révélée inefficace vis à vis d'une grande majorité de la population qui s'est couverte auprès des organismes d'assurances complémentaires, mais a été malheureusement un poids pour les personnes les plus modestes qui ont dû renoncer parfois à des soins

importants.

Il faut enfin, une politique spécifique vis à vis des populations les plus démunies, pour lesquelles la CMU n'a pas tout réglé. Il convient d'aider à l'accès aux soins avant que n'adviennent des pathologies déjà très avancées.
Ces personnes les plus faibles n'ont pas seulement besoin de structures de soins. Il est nécessaire de lutter d'abord contre leur isolement humain, lui-même facteur d'angoisse et de dépression. La politique de santé fait ici partie d'une politique générale de solidarité, de fraternité et d'équité. Ceci appelle chacun à resserrer les liens sociaux avec son entourage, voisins et famille.

7. Casser la coupure entre médecine de ville et hôpital. La maîtrise des dépenses de santé doit passer par une implication de tous les personnels de santé. Les difficultés rencontrées ne doivent pas cacher le caractère indispensable et récurrent de la vigilance qui doit s'exercer en permanence sur le système de santé. Les chiffres récents montrent qu'un système sur lequel ne pèse aucune contrainte dérive inéluctablement. Or les dépenses de santé ne peuvent croître indéfiniment, quelle que soit l'importance des besoins individuels.

- A l'hôpital, un effort de maîtrise des dépenses a été engagé. Il a donné des résultats. Mais il a aussi des effets pervers (ex : absence de moyens suffisants pour les services d'urgence). Il faut certes rester sur cette ligne, mais avec une démarche orientée sur le développement de la qualité, en responsabilisant les acteurs médicaux et paramédicaux.

La lutte contre les infections nosocomiales, l'amélioration de l'accueil aux urgences, l'évaluation des pratiques médicales, la coopération avec les autres établissements de santé et avec les médecins de ville, la question de l'aval des services de soins sont autant de sujets délicats. Pour y faire face, il convient de s'appuyer sur la recherche de la qualité en chacun de ces domaines.

- En médecine de ville, la maîtrise des dépenses (honoraires et prescriptions) est particulièrement aigüe pour les médecins libéraux. C'est en effet le « poste de dépenses » qui dérive le plus. Ne conviendrait-il pas de sortir d'un mode de rémunération quasi exclusivement à l'acte ?

Il est clair qu'aujourd'hui le temps des mesures autoritaires (bonnes ou mauvaises) vis à vis des médecins a vécu. Ce n'est que par le dialogue avec les représentants des médecins, et sans doute par la voie de l'expérimentation, que l'on arrivera à progresser. Cela demandera de la part de ces représentants un sens aigu de leur responsabilité.

- Même si les choses ont un peu évolué (avec notamment les réseaux de soins),ces deux mondes restent deux mondes différents avec des règles de financement différentes et des contacts limités. Il conviendrait d'associer plus étroitement et de coordonner l'action de la médecine de ville et des hôpitaux, notamment pour les personnes âgées et les handicapés.

8. Clarifier les relations entre les différents acteurs. Notre pays doit apprendre à s'interroger collectivement sur les choix à faire en matière de prise en charge des dépenses et d'affectation du produit des cotisations.

Il faut également clarifier les relations entre les différents acteurs : rôle particulier de l'Etat sur qui pèse en dernier lieu la responsabilité politique et démocratique.

Sur ce sujet de la gouvernance du système de santé, il ne faut pas cacher les profondes divergences qui peuvent exister entre les uns et les autres : certains cherchant à renforcer la cohérence du système autour de l'Etat, notamment avec les agences régionales de santé ; d'autres voulant au contraire renforcer le poids des partenaires sociaux, aujourd'hui gestionnaires de l'assurance-maladie. Il s'agit d'un sujet très sensible, qui traverse les partis politiques.

9. La santé dépasse les seuls professionnels de la santé. Il importe d'embrasser la multitude des facteurs non médicaux ! La diminution du chômage et de la précarité de l'emploi, la résorption de l'habitat insalubre, l'amélioration des bas salaires, la lutte contre les pollutions sont des facteurs au moins aussi importants de bonne santé que les moyens médicaux.

Une société plus juste, plus fraternelle et plus attentive au bien-être général est aussi une société en meilleure santé.

CONCLUSION L'accès aux soins en France est parmi les meilleurs du monde, la qualité des soins est également de très haut niveau. Mais par son absence de régulation, le système est menacé. La concrétisation de cette menace est davantage à craindre pour les plus démunis d'entre nous.

Commission sociale des Evêques de France

Monseigneur Jean-Charles Descubes, archevêque de Rouen, Président
Monseigneur Jean Bonfils, évêque de Nice,
Monseigneur Lucien Fruchaud, évêque de St Brieuc et Tréguier
Monseigneur Yves Boivineau, évêque d'Annecy
Monseigneur Michel Guyard, évêque du Havre
Monseigneur André Lacrampe, archevêque de Besançon

Ce document, signé par les Evêques de la Commission sociale, est fondé sur un travail mené avec un groupe d'experts sous la direction du Père Jacques Turck, secrétaire général de la Commission sociale.

Avec ces experts ont été rédigées des fiches thématiques. Elles complètent et détaillent le texte sur les enjeux de la réforme de l'Assurance-maladie.
Une réflexion biblique apporte le témoignage fondateur de l'Ecriture Sainte et souligne l'attention requise par l'Evangile à l'égard des personnes malades.

Pour aller plus loin

Pour citer l'article : https://www.doctrine-sociale-catholique.fr//textes-des-conferences-episcopales-francophones/236-l-assurance-maladie-un-bien-commun