

Haut Comité de la santé publique

LE PANIER DE BIENS ET SERVICES DE SANTÉ

Du concept aux modalités de gestion

Février 2001

SOMMAIRE

Composition du groupe de travail	5
Préambule	7
1. Le panier de biens et services de santé dans le système français	11
2. la détermination du panier	13
3. La gestion de panier	13
4. Panier de biens et services et qualité	14
5. Financement et équité	16
5.1 Le ticket modérateur	16
5.2 La logique financière du panier de biens et services	18
6. Modalités de coordination entre assurances obligatoire et complémentaire autour d'un panier de biens et services commun	19
7. Panier de biens et services de santé et prévention	21
Recommandations	25
Conclusion	29
Annexe : contributions	31

Composition du groupe de travail

Roland Sambuc, HCSP (Président)

Anne-Carole Bensadon, direction générale de la Santé, MES

Maryvonne Bitaud-Thépaut, HCSP

Alain Briand, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, MES

Gilles Brücker, HCSP

Etienne Caniard, Mutualité Française

Yves Charpak, HCSP

Alain Coulomb, HCSP

Marc Duriez, Secrétariat général du HCSP

Jacques Lebas, HCSP

Simone Sandier, HCSP

Juan Vinas, Direction de la Sécurité sociale, MES

Marc Duriez, Secrétariat général du HCSP (Coordonnateur)

Personnalités ou organismes ayant fourni une contribution écrite

Etienne Caniard

Marcel Drulhe

Jean de Kervasdoué

Alain Letourmy

Andrée Mizrahi

Arié Mizrahi

Vincent Ravoux

CNAMTS

Préambule

Le Haut Comité de la Santé Publique a proposé en janvier 2000 une première approche du concept de panier de biens et services de santé dans le système de santé français¹.

Il s'agissait de clarifier les définitions du concept de panier, et de les confronter dans un premier temps aux règles qui déterminent actuellement en France l'ensemble des prestations remboursables.

Cette analyse s'est fondée sur un rappel de la construction historique de ces règles, qui ont abouti à l'existence de fait d'un panier de biens et services, comportant des domaines explicites et d'autres plus implicites. La définition du panier de biens et services actuel obéit ainsi à trois logiques différentes : une logique de listes de biens ou d'actes remboursables (médicaments, examens biologiques, ...), une logique d'activité prise en charge (hospitalisation par exemple), et une logique propre au patient (type de maladie). L'analyse du panier de biens et services actuel ne peut non plus être envisagée sans la prise en compte du reste à charge que constitue le ticket modérateur. Ce dernier pondère le degré d'inclusion des différents biens et services dans le panier remboursable.

La CMU, instaurée par la Loi du 27 juillet 1999, prend acte du fait que l'accroissement progressif du reste à charge limitait jusqu'alors l'accès aux soins pour les moins favorisés. Dans son premier rapport, le HCSP a souligné le caractère exemplaire de la CMU, qui définit un " panier de soins " spécifique comportant la prise en charge, sans reste à charge, de l'ensemble des prestations remboursées par le régime obligatoire, auquel s'ajoute une extension pour le matériel médical, l'optique et l'odontologie, historiquement très peu remboursés par le régime général. Dans ces derniers secteurs, les négociations entre le Gouvernement et les professionnels ont en particulier permis de définir des tarifs réellement appliqués, remboursés à 100% par la complémentaire CMU.

Bien que la méthodologie d'élaboration de ce premier panier " CMU " ait été très empirique, dans une approche essentiellement comptable, la réflexion doit se prolonger sur la valeur de modèle de ce dispositif, et sur les extensions ou améliorations qui pourraient être envisagées.

Le panier de biens et services peut en effet être envisagé comme l'ensemble des prestations dues en toute circonstance à tout citoyen, apparaissant ainsi comme l'élément fondateur de la qualité du système de soins et de son accessibilité pour les besoins prioritaires.

La réflexion sur le panier de biens et services doit être poursuivie car les mécanismes actuels de sa gestion sont inutilement implicites et obscurs, et conduisent à rendre impossible son adaptation rapide aux contraintes divergentes qui s'exercent sur la couverture du risque maladie, ou plus largement, du risque santé.

Toutes les tendances concourent en effet à augmenter de plus en plus rapidement les besoins de santé et de soins de la population, alors que la part de la richesse nationale qui peut être consacrée à la santé sera, dans tous les cas, limitée. Il est donc urgent que l'effort

¹ Haut Comité de la santé publique, *Le panier de biens et services de santé : première approche*. Rennes, Editions ENSP, 2000, 96 p.

de régulation du système de santé porte prioritairement sur l'amélioration du contenu du panier.

Plusieurs tendances évolutives du système de santé français convergent pour accroître les besoins de la population, et donc de la demande.

Le vieillissement de la population résulte à la fois de l'augmentation régulière de l'espérance de vie, avec un gain d'environ environ trois mois par an sur les trente dernières années. L'amélioration des possibilités de traitement permet de répondre à l'augmentation des besoins qui en résulte. C'est en particulier le cas dans le domaine des maladies chroniques, dont la fréquence augmente en général avec l'âge. Parallèlement, de nouvelles pathologies comme le SIDA ou l'hépatite C sont apparues, avec des coûts de prise en charge importants.

Ensuite, l'évolution du comportement des usagers, et le développement du consumérisme médical, se traduisent progressivement par une plus grande exigence des consommateurs de soins et de nouvelles attentes de leur part, en particulier pour l'accès aux technologies les plus récentes qui ne cessent de se développer, et qui sont souvent aussi les plus coûteuses.

L'émergence croissante des recours juridiques constitue enfin une incitation pour les acteurs de santé à privilégier le principe de précaution, avec d'importantes implications financières, et sans que le rapport bénéfice - risque soit toujours évalué.

Face à cet accroissement de la demande, la solvabilité de l'assurance maladie obligatoire est régulièrement menacée. Les mécanismes mis en jeu pour maintenir l'équilibre financier sont souvent généraux : l'encadrement des structures d'offre ou des professionnels impliquant le respect d'enveloppes budgétaires fixes, souvent au moyen de rattrapages collectif des dérives, et l'augmentation progressive du reste à charge pour le consommateur de soins, relativement ignorant de la pertinence réelle des soins remboursés.

La poursuite tendancielle du scénario aboutit inéluctablement à un désengagement croissant de l'assurance maladie obligatoire, dont les effets touchent particulièrement les personnes économiquement défavorisées, ce qui a déjà conduit l'Etat à prendre des mesures compensatoires indispensables, dont la CMU.

Par ailleurs, les mécanismes de régulation par enveloppe globale ou par restriction prospective de l'offre de soins (numerus clausus) ne peuvent appréhender le contenu qualitatif de l'activité et risquent, à terme, de rendre inaccessibles des soins indispensables.

Un grand nombre de mesures de régulation s'intéresse cependant aussi au contenu et à la qualité des soins (RMO, PMSI, ...), mais leur mise en œuvre est souvent complexe, longue et difficile. La réflexion sur le panier de biens et services doit renforcer la place de ces mesures, clarifier les responsabilités des différents acteurs, conduire à un panier dont les axes de choix soient clairs pour la population, et dont la mise en œuvre s'intègre dans un processus de simplification du système de santé.

La recherche de l'efficacité et de l'efficience des biens et services médicaux peut permettre d'établir un classement dans les priorités de santé, mais l'exemple de l'Oregon a bien montré les limites d'une approche trop théorique, qui pêche par les incertitudes d'évaluation des indicateurs d'efficacité (voire leur non-applicabilité à certains domaines), mais aussi par la nécessité de tenir compte de la gravité des affections, de la protection accrue que la société doit aux personnes les plus vulnérables.

La notion de service médical rendu apparaît clairement en France dans les mécanismes de choix des médicaments remboursés, et pourrait s'étendre à d'autres composantes du panier de biens et services, ce dont témoignent pour partie les propositions du plan stratégique de la CNAMTS, publié en 1999. Cela conduirait à éliminer du panier de biens et services les services non nécessaires pour un malade donné à un moment de sa maladie, sur la base de recommandations de pratiques cliniques issues de conférences de consensus.

Le contexte d'amélioration permanente des techniques médicales justifie de plus en plus la recherche de l'efficacité, mais le contrôle des dépenses de santé nécessite d'y inclure aussi la recherche de l'efficience. Les besoins de santé ont un caractère quasi illimité, et il peut ainsi paraître opportun à l'ensemble des citoyens d'accorder à leur santé une part accrue des richesses qu'ils produisent. Ainsi, la limitation des ressources consacrées à la santé relève de choix de société très difficiles à légitimer, et d'arbitrages politiques pour lesquels le rôle de l'Etat reste prépondérant.

La problématique de détermination du panier de biens et services devrait reposer sur une logique de santé publique, fondée sur la qualité des soins dispensés, l'équité d'accès et de distribution des soins. Ces mécanismes de choix devraient faire l'objet d'un réel débat démocratique afin d'être aussi explicites et transparents que possible.

Le HCSP a souligné dans son premier rapport l'importance qu'il attache à l'introduction de la prévention dans le cadre du panier de biens et services. Les modalités de cette introduction doivent faire l'objet d'hypothèses ou de scénarios, en distinguant la prévention individuelle et la prévention collective d'une part, la prévention primaire et secondaire d'autre part. Il convient aussi de faire la différence entre une définition théorique du panier remboursable, et la manière dont les différentes catégories de citoyens en bénéficient effectivement, compte tenu des différences d'accessibilité.

Les enjeux stratégiques concernant la détermination du panier de biens et services sont considérables pour l'ensemble des acteurs, ce qui ressort bien des analyses du premier rapport. Le panier de biens et services est un élément fondamental du contrat entre l'assureur et l'assuré. Il conditionne aussi le partage de champ entre le régime général et les assurances complémentaires. Il constitue un enjeu majeur pour l'ensemble des professionnels de santé. Toute évolution dans la définition du panier de biens et services soulève donc des réactions multiples de l'ensemble de ces acteurs, tendant ainsi à accroître l'inertie au changement.

Le rapport préliminaire du HCSP a cependant mis en avant des problèmes spécifiques qui justifient qu'une remise en question du fonctionnement actuel puisse être proposée.

Le ticket modérateur doit ainsi être discuté, dans la mesure où son effet dissuasif sur les consommations excessives de soins peut s'accompagner aussi, pour certains patients, d'une restriction sur les soins indispensables. C'est un mécanisme de régulation purement économique, qui est supposé agir sur les choix du patient, alors que celui-ci n'est pas, dans le " marché " très particulier de la santé, un acheteur éclairé, pleinement conscient de l'utilité des biens et services que le médecin lui prescrit. De plus, le développement des assurances complémentaires, puis de la CMU, a supprimé, pour la grande majorité des assurés, l'effet de freinage des dépenses obtenu par le paiement direct du ticket modérateur. En revanche, pour ceux, peu nombreux, mais souvent économiquement faibles, qui ne possèdent pas d'assurance complémentaire, le reste à charge peut atteindre des montants importants, par exemple pour des hospitalisations de courte durée, ou bien dans le cas des dépassements d'honoraires, constituant une source d'inégalités dans l'accès aux soins.

Le médicament est certainement le domaine où les mécanismes actuels d'autorisations de mise sur le marché font intervenir le plus clairement la notion d'efficacité, encore que la

procédure d'évaluation de l'efficacité clinique ne couvre pas tous les produits. Cependant l'efficacité ne définit pas la notion d'utilité. Le concept d'utilité doit prendre en compte l'ensemble des médicaments et stratégies possibles. De même la notion de service médical rendu doit répondre à d'autres critères que l'efficacité, en particulier la place du médicament au regard des autres thérapies disponibles, et son intérêt pour la santé publique. Depuis le décret du 27 octobre 1999, les médicaments ne sont inscrits sur les listes de remboursement que pour une période de cinq ans. La mise en œuvre concrète de ce dispositif devrait permettre de définir, pour le médicament, un panier évolutif et adaptable, pour lequel il serait possible de gérer aussi bien les entrées que les sorties. Ce principe doit être généralisé, il est en effet fondamental pour adapter en permanence le panier de biens et services à l'évolution des techniques et de la connaissance médicale, aussi bien qu'aux besoins de la population.

La qualité des soins se fonde sur le respect des normes de sécurité, sur la définition des bonnes pratiques médicales, sur les choix opérés dans les stratégies d'utilisation des ressources, et sur l'accessibilité qui en résulte. Ainsi, le panier de biens et services peut apparaître comme un outil déterminant pour une plus grande équité dans l'accès à la santé, sous réserve d'y inclure plus largement la prévention.

1. Le panier de biens et services de santé dans le système français

Le panier de biens et services remboursable du système de santé français ressort de la spécificité de sa régulation : une régulation financière dont la légitimité repose sur le droit d'accès à l'ensemble des biens et services proposés ainsi que sur le financement collectif par l'assurance maladie.

Il en résulte, d'une part une méconnaissance de l'efficacité et de l'utilité des services offerts, d'autre part un encadrement financier de la quasi-totalité des plans et mesures qui se sont succédé durant des décennies.

La référence aux besoins exprimés, à l'utilité des services et à la pertinence de leur recours a été insuffisamment associée aux politiques de régulation. L'offre a d'abord été organisée en fonction de critères financiers et en tant que facteur d'induction de la demande, sans qu'une recherche d'opérationalité de ce processus ait été entreprise. La recherche de l'efficacité, de l'efficience n'a pas été intégrée dans un objectif de rationalisation.

Cette régulation financière s'est soldée par une situation peu favorable au respect du principe d'équité de l'accès aux soins. L'accroissement de la participation des malades, sous la forme du ticket modérateur, a eu un effet déstructurant sur le panier de biens et services. On a ainsi vu apparaître un panier de biens et services à "géométrie variable", généré par un recours de plus en plus important à la protection complémentaire.

Tenter de remédier à l'insuffisante qualité du système en matière d'accès aux soins et de rationalité des services offerts peut consister en une réorganisation de la protection sociale, autour d'un panier de biens et services évalué en fonction de critères d'efficacité, d'utilité, d'efficience.

L'objectif serait d'associer la qualité, critère qui intègre le non-gaspillage mais aussi l'innovation, et l'équité.

La détermination d'un panier et ses modalités de financement doivent procéder d'une même problématique afin de garantir un accès équitable à des soins et services justifiés, offerts dans le cadre des diverses actions de santé : soins curatifs et de prévention.

Cette démarche qui se fonde sur la notion de santé devrait intégrer ainsi l'ensemble des acteurs.

Une illustration de la nécessité de formaliser les choix en matière de panier de biens et services : le cas des personnes âgées

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la durée de vie des personnes atteintes de maladies chroniques amènent, dans un contexte de financement socialisé de la protection sociale, à s'interroger sur la part des dépenses à charge de l'assurance maladie pour ce type de malades. La question posée est celle de la frontière entre ce qui relève de la maladie et ce qui relève d'un vieillissement de la personne, que l'on pourrait qualifier de "non pathologique". Pour Françoise Forette, "la dépendance n'est pas liée à la vieillesse, le vieillissement normal est un vieillissement dynamique".

On peut alors s'interroger sur la légitimité du consensus affiché qui conduit à exclure du système d'assurance obligatoire les conséquences de la maladie, quand elles touchent la personne âgée, et à

transférer ces dépenses vers un système d'assistance. Cet état de fait semble, au premier abord, peu compatible avec la notion d'équité, puisque l'exclusion touche de façon spécifique une sous-population : les personnes âgées.

Pourtant cette acceptation reflète une forme de rationalité. Elle est liée pour partie à la difficulté de faire la part, pour cette population, entre ce qui relève du sanitaire, que l'assurance maladie devrait prendre en charge, et du social. Si on définit la dépendance comme un besoin d'aide vis-à-vis des gestes courants et essentiels de la vie quotidienne, consécutif à des incapacités physiques, mentales ou psychiques, le lien avec la maladie est omniprésent car, dans la plupart des cas, les incapacités décrites précédemment résultent de maladies. Pourtant, la prise en charge d'un malade du fait de sa dépendance n'est pas aujourd'hui, dans la réalité, l'affaire du secteur sanitaire. Le terme de "dépendance" renvoie systématiquement à des prises en charge de type social ou médico-social. On ne peut pas imputer ce cloisonnement artificiel entre sanitaire et social aux seules difficultés de caractériser la nature de la prise en charge. Il correspond également à la crainte que l'assurance obligatoire ne puisse faire face à la couverture de ces risques dont on perçoit qu'ils vont, du fait des progrès médicaux, aller probablement en augmentant. Il est donc plus aisé d'exclure ces types de prise en charge de l'assurance maladie, en conservant une apparence d'équité en ce qui concerne l'accès aux établissements de santé. D'où la césure acceptée entre sanitaire et social dans ce domaine, avec des payeurs différents, des financements cloisonnés en fonction du type de prise en charge, alors même que les aides sont liées à la maladie et que c'est une volonté de prise en charge globale de la personne âgée qui est affichée par l'ensemble des acteurs.

Si on accepte de se poser la question en termes de contenu du panier de biens et de service, de son financement et des critères de choix qui conduisent à inclure ou à exclure les couples "service ou produits/type de malades", on peut alors tenter de préciser ce concept très global de dépendance. Cela devrait permettre d'envisager que l'assurance maladie assume les dépenses liées à la maladie ou, en l'absence d'un schéma de ce type, de formaliser les raisons de cette exclusion.

Peut-on imaginer que l'âge soit retenu comme critère d'exclusion ?

Un système à l'anglaise, par exemple, où les malades ne sont plus pris en charge par l'assurance obligatoire pour leurs séances de dialyse après 65 ans, paraît insupportable en France. Pourtant, l'exemple souvent cité de certains départements qui allouent des prestations différenciées selon l'âge des personnes handicapées et se servent de la prestation dépendance comme alibi pour diminuer le montant alloué aux personnes aveugles de plus de 60 ans est une illustration inquiétante du type de dérive que l'on peut observer. L'Etat doit garantir des droits d'accès identiques pour l'ensemble des citoyens, quel que soit leur âge.

Tout se passe comme si, après un certain âge (non défini), la maladie était reconnue comme une fatalité dont le traitement n'aurait à être remboursé que lorsque le caractère aigu de la maladie rend non éthique sa non-prise en charge, parce que la perte de chance devient alors patente.

Si on ose envisager différemment les priorités et leur hiérarchisation et que l'on tente de préciser ce concept de dépendance, de le scinder éventuellement, on s'oriente alors vers une couverture plus explicite de certains risques. Cette réflexion est indissociable de celle permettant de faire sortir du panier de biens et services des composantes dont l'efficacité n'a pas pu être démontrée. La difficulté vient de l'impossibilité de comparer des "couples" portant sur des objets différents selon des critères scientifiques, et de la nécessité de légitimer ces choix, nécessairement arbitraires. Le débat démocratique prend ici toute sa place.

2. La détermination du panier

La détermination du panier de biens et services résulte d'un processus institutionnel dans lequel le rôle de l'Etat est prédominant. Il fixe les priorités de santé sur la base de rapports d'experts et des instances mandatées (HCSP, CNS...). Il détermine chaque année le cadre financier (l'objectif national des dépenses d'assurance maladie) à l'intérieur duquel peuvent se développer les diverses activités.

Le gouvernement a pour obligation de présenter régulièrement un document synthétique sur sa politique de santé. Cette obligation le contraint à définir des priorités à partir de ses objectifs politiques, de l'expertise de l'administration et des avis et recommandations du Haut Comité de la santé publique et de la Conférence nationale de santé.

Ce document n'a cependant aucune valeur normative. Voté en même temps que la loi de financement, il ne présente que des "orientations et objectifs". Le non-respect des engagements ne peut être juridiquement sanctionné.

Le dispositif mis en place se heurte à :

- la difficulté de présenter chaque année une politique de santé et de renouveler chaque année le débat ;
- la difficulté de discuter de ces questions dans le cadre de la loi de financement dont l'objectif principal n'est pas d'arrêter une politique de santé, mais de fixer des objectifs de dépenses et de prendre des mesures à caractère financier.
- L'intégration dans la politique de santé des actions susceptibles d'être prises en charge implique :
- d'établir chaque année un état des lieux des mesures prises en fonction des priorités arrêtées ;
- de susciter un débat parlementaire sur la politique de santé en dehors de la loi de financement et dans une perspective pluriannuelle.

3. La gestion du panier

Si la détermination du contenu du panier de biens et services constitue un impératif, il est indispensable d'explicitier les modalités de gestion de ce contenu. Ces modalités concernent les relations entre assurance maladie et prestataires de soins ainsi que l'adaptation des services médicaux aux malades. La nécessité de répondre aux besoins des patients constitue le premier élément d'élaboration du contenu. La difficulté est ici de définir une hiérarchisation des besoins et des priorités sur la base de critères susceptibles d'évoluer, en particulier en fonction des besoins ressentis par la population et de l'avancée des progrès médicaux.

Par ailleurs la gestion du panier nécessite d'inclure les actes et les produits médicaux dont l'utilité est reconnue : la gestion des actes médicaux implique de connaître, de prouver leur efficacité médicale compte tenu de l'état des connaissances du moment et de procéder à des substitutions entre thérapeutiques obsolètes et innovantes.

Elle implique également une adéquation permanente entre ces connaissances et la compétence des professionnels.

La prise en compte de ces implications conduit à dépasser la conception française d'un panier déterminé implicitement dans le cadre d'une régulation financière, pour lui attribuer une dimension médicale. Il s'agit d'évaluer les produits et l'usage qui en est fait pour soigner une pathologie déterminée. Pour ce faire, il est indispensable de disposer de référentiels et de systèmes d'information permettant le suivi des normes par les praticiens.

À une logique d'actes et de produits remboursés, nous voulons substituer une logique d'actions de santé intégrant l'ensemble des actes nécessaires à la maîtrise d'un risque ou d'une pathologie. À une opération de simple comptabilité, il convient de préférer une démarche de prise en charge d'une pathologie ou d'un risque.

Cela suppose de pouvoir définir une stratégie curative et/ou préventive pour ces différents risques. Cette stratégie doit comporter un ensemble d'actes qui entre de facto dans le panier dès lors que chaque acte est validé comme contribuant à l'efficacité de cette stratégie, en tenant compte dans le temps de la nécessité de suivi et d'accompagnement social.

L'ensemble de ces préconisations conduit à distinguer les rôles qui incombent à l'Etat d'une part, à l'assurance maladie d'autre part. Ces rôles demeurent encore mal clarifiés, comme l'a récemment souligné la ministre de l'Emploi et de la Solidarité à l'occasion des rencontres du " Grenelle de la santé " .

L'Etat a pour mission de garantir l'équité d'accès à tous aux soins essentiels et de qualité dans le cadre de contraintes économiques. Son rôle est un rôle de tutelle et non de gestion.

Il revient à l'assurance maladie de gérer les biens et services dans un objectif d'efficacité, d'utilité. La question essentielle est de savoir si l'assurance maladie est susceptible d'assumer un rôle actif dans la fourniture des biens et services. Peut-elle s'inscrire dans cette " logique d'actions de santé intégrant l'ensemble des actes nécessaires à la maîtrise d'un risque ou d'une pathologie " que nous proposons ci-dessus ? Peut-elle dépasser sa fonction de comptable des ressources collectives pour évaluer en permanence l'adéquation et la qualité des actes réalisés ?

La démarche préconisée incite à attribuer plus de latitude aux organismes de protection sociale maladie. Ces derniers doivent pouvoir disposer d'un réel pouvoir de négociation avec les praticiens. Ils doivent assumer un nouveau rôle, c'est-à-dire associer au rôle de financeur celui d'acheteur éclairé. C'est à cette condition que l'assurance maladie peut véritablement faire mettre en œuvre le panier de biens et services par les prestataires de soins et l'adapter à la demande exprimée.

Certaines mesures structurelles doivent accompagner ce modèle :

- Il faut envisager une simplification du dispositif des organismes de prise en charge qui se traduirait par une diminution du nombre, voire une unification des différents régimes ;
- La notion d'acheteur implique une connaissance précise de la demande exprimée et des possibilités d'offre et donc le développement d'instruments d'information.

4. Panier de biens et services et qualité

Pour le HCSP, le panier de biens et services conçu comme un ensemble de prestations offertes à tout citoyen apparaît comme élément fondateur de la qualité du système de soins à condition qu'il réponde au critère essentiel de sa légitimité : l'accessibilité pour les besoins prioritaires (M. Gadreau).

Il est indispensable que le contenu du panier et ses modalités d'application évitent les motifs implicites de limitation qui, pour des raisons de contrainte financière, écartent les patients du bénéfice de certaines actions ou innovations. La couverture des soins dentaires, de la lunetterie, des prothèses apparaît ainsi globalement insuffisante et inéquitable. Par ailleurs, les campagnes de dépistage du cancer du sein ne bénéficient qu'à environ 50 % des personnes potentiellement concernées.

Cette qualité se fonde en outre sur le respect des normes de sécurité, sur la définition des bonnes pratiques médicales, sur les choix opérés dans les stratégies d'utilisation des produits de santé, sur l'accessibilité aux structures de soins.

La qualité des choix opérés peut être mesurée selon plusieurs ordres de critères :

- L'utilité des soins, entendue comme le bénéfice que l'utilisateur est en droit d'attendre pour sa santé ;
- La demande sociale, notamment celle relative au confort et au bien-être : la lutte contre la douleur, l'accompagnement de fin de vie, la préservation de la dignité de la personne.
- La prévention : le panier de biens et services, instrument déterminant d'une plus grande équité en matière de santé, doit intégrer comme facteur clé de qualité une intervention aussi large que possible sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire développer les politiques de prévention.

Le contrôle de la qualité s'établit sur des critères objectifs et validés :

L'expertise scientifique et médicale relève de la mobilisation de la communauté scientifique et médicale sur la base de règles d'évaluation et de bonne pratique édictées sous l'autorité de l'Anaes.

Ne doivent alors être acceptés dans le cadre du panier pris en charge que les produits (biens, actes) dont l'efficacité médicale a été prouvée en fonction des normes du moment, et non en fonction de celles qui prévalaient à la date de mise sur le marché de ces produits.

Par ailleurs, on ne peut concevoir un panier qu'en habilitant professionnels et établissements de santé.

Enfin, les conditions d'utilisation d'un produit ou d'administration d'un acte doivent faire l'objet de protocoles.

On notera enfin que l'évaluation au plan individuel semble indispensable pour s'assurer qu'un acte ou une prescription a été effectué à bon escient. La gestion de la qualité correspond alors au souci de ne pas nuire au malade, de lui donner au contraire toutes ses chances, et de ne pas engager de dépenses inutiles (J. de Kervasdoué).

La dimension médicale concernant l'usage du panier est déterminante vis-à-vis d'un " bon usage " du panier. En effet, on peut s'interroger longuement sur les modalités pertinentes de le déterminer de façon rationnelle ; il reste que si son usage, c'est-à-dire la dispensation de son contenu, ne se fait pas selon des modalités précises, optimisant les ressources qui y sont introduites, l'efficacité ne sera pas au rendez-vous.

L'interrogation concernant le bon usage du panier par les médecins est donc essentielle. Ce bon usage suppose la définition de références médicales validées pour chacune des composantes du panier, une information et une formation régulièrement actualisées des

médecins à cet égard, mais également une procédure de contrôle effectif des pratiques cliniques permettant une “ maîtrise médicalisée des dépenses de santé ” (J. de Kervasdoué).

Il faut ici promouvoir cette démarche encore insuffisante de l'évaluation. Il est sans doute de la responsabilité des praticiens de favoriser la mise en place de ces dispositions, véritable aide à la gestion de la qualité.

On voit que les implications de la “ démarche qualité ” conduisent à privilégier une approche de gestion des actes effectués.

5. Financement et équité

Dans son précédent rapport, le Haut Comité de la santé publique concluait que la prise en charge du panier de biens et services de santé “ doit être globale et complète dès lors que ce panier vise à réduire les inégalités d'accès aux soins ”. Il ajoutait que “ le poids important du ticket modérateur rend indispensable l'accès de toute la population à une couverture complémentaire si l'on veut éviter que cette restriction de prise en charge ne pèse essentiellement sur les groupes vulnérables.”

Cette conclusion tend à rationaliser la prise en charge des biens et services de santé. Elle affirme la nécessité d'une conception globale de cette prise en charge et d'un accès universel répondant à l'impératif d'équité.

La prise en charge de l'assurance maladie est partielle. Globalement, elle représente 73 % de l'ensemble de la dépense nationale de santé. Cette proportion s'est progressivement réduite jusqu'en 1993, laissant à l'assuré une part croissante du financement de l'ensemble de ses dépenses de soins alors que le taux de couverture par l'assurance maladie a en fait augmenté pour les différentes composantes de soins. La substitution de soins hospitaliers par des soins ambulatoires s'accompagne mécaniquement de la baisse de la couverture des dépenses de santé dans leur ensemble. Si ce glissement est porteur d'économies, il faudrait néanmoins améliorer la prise en charge des soins ambulatoires qui, si elle était plus “ juste ”, pourrait inciter à renforcer ce mouvement.

Une première question consiste à savoir ce qui doit être pris en charge. Actuellement, aucune légitimité thérapeutique ne fonde le taux de remboursement des services proposés sauf pour les maladies bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Seule la pharmacie fait l'objet d'une détermination de ce qui peut être pris en charge sur la base du service médical rendu et de son amélioration. Cette prise en charge peut être plus ou moins importante selon l'efficacité thérapeutique du médicament, ses effets indésirables, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection, les caractères préventif, curatif ou symptomatique, l'intérêt pour la santé publique (Décret n° 99-915 du 27 octobre 1999, Art. R. 163-3. – I. et Art. R. 163-5. – I).

5.1 – le ticket modérateur

Dans le système de santé français, le ticket modérateur a pour rôle fondamental de responsabiliser l'utilisateur.

Dans la pratique, le ticket modérateur a été utilisé comme instrument de régulation de la demande et des dépenses d'assurance maladie. Dans cette optique, son rôle originel s'est estompé. L'accroissement de la charge financière pour l'utilisateur s'est traduit par un renforcement des inégalités d'accès aux soins.

Il est important de souligner à cet égard que la part restant à la charge de l'assuré s'est accrue en France jusqu'en 1995, en particulier pour les soins ambulatoires. La France se situe au sein de l'Union européenne parmi les pays qui laissent une part particulièrement lourde à la charge de l'assuré.

Ce constat permet de penser :

- d'une part qu'il est certainement possible de réduire cette charge en améliorant le taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire ;
- d'autre part que l'écart important entre les taux de remboursement pour l'ambulatoire et pour l'hospitalisation peut conduire à ce que la prise en charge ambulatoire soit retardée jusqu'à des stades évolués de la maladie, nécessitant alors des hospitalisations qui auraient pu être évitées. Ce différentiel de taux de remboursement peut également entraîner des recours injustifiés à l'hospitalisation, sources inutiles de dépenses. Il faut ainsi certainement tendre à rapprocher les niveaux de remboursement entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation (E. Caniard).

Par ailleurs, l'application du ticket modérateur s'est modulée, pour des raisons institutionnelles et financières tenant à la solvabilité des malades, en fonction de plusieurs considérations :

Les diverses activités et interventions ont des références institutionnelles différentes et se voient affecter des taux de couverture particuliers :

- La couverture de l'hospitalisation, pour des raisons de santé publique tenant à la tutelle de l'Etat et à l'importance financière des interventions, est plus importante (on remarquera cependant que le taux de couverture générale est passé de 80 % à 75 % et qu'un forfait journalier a été institué). L'exonération de la participation des malades est prévue pour certaines interventions ($K > 50$), pour certaines catégories de populations, certaines pathologies. Au total les dépenses d'hospitalisation sont couvertes à 89,9% par l'assurance maladie.
- La couverture des soins ambulatoires est moins généreuse, particulièrement en matière de soins dentaires et de prothèses.

Mais la prise en charge peut varier également en fonction des régimes d'assurance maladie. Certains régimes ont conservé, lors de leur intégration dans le dispositif général de 1945, le bénéfice d'une protection totale pour leurs adhérents (SNCF, Mines). En revanche, les adhérents de la Canam bénéficiaient jusqu'à une date très récente d'une couverture inférieure à celle du régime général.

Elle peut également être conçue en fonction des pathologies traitées, du fait de l'importance des coûts impliqués. Les interventions lourdes ($K > 50$) sont prises en charge à 100 % en hospitalisation, les séjours hospitaliers au-delà de 30 jours, les affections de longue durée, dont la liste est fixée limitativement, exonèrent les malades de toute participation financière pour les dépenses liées à ces pathologies.

Des considérations de type économique ont d'autre part conduit à opérer une dissociation entre le prix pratiqué et le remboursement : honoraires libres, biens médicaux (hors médicaments).

Certaines de ces dispositions vont à l'encontre des principes d'équité sur lesquels repose le modèle français :

- Disparité de prise en charge entre les régimes,
- Différence de prise en charge selon les types de soins qui induit un transfert vers l'hospitalisation des malades les moins aisés,
- Différence de prise en charge du fait des dépassements pratiqués par une partie des praticiens.

Il en résulte des différences d'accès aux soins. La structure des soins varie selon le milieu social, avec selon les catégories socio-professionnelles une part très différente consacrée à l'hospitalisation, aux soins de spécialistes et de dentistes (A. et A. Mizrahi).

On notera que le différentiel de dépenses de l'assurance maladie entre les différentes catégories sociales traduit au moins en partie, au niveau de la consommation, l'impact des divers taux de remboursement et des dépassements. Il conduit à un montant de remboursement par personne globalement supérieur pour les groupes défavorisés, essentiellement du fait que la part de l'hospitalisation dans leur consommation de soins est plus importante. Pour les soins de ville, les montants remboursés sont relativement stables, mais ceux relatifs aux soins de spécialistes ou dentaires sont plus élevés pour les cadres et les professions intermédiaires, ceux concernant la pharmacie et les soins de généralistes le sont pour les ouvriers (A. et A. Mizrahi).

On peut conclure, au vu de ces résultats, que les remboursements de l'assurance maladie définissent un panier de biens et services différent selon les catégories sociales. L'hospitalisation peut ainsi constituer pour les catégories moins aisées le seul recours au système de santé, celui où l'on va " après avoir attendu ".

On peut évoquer également la plus grande faculté pour certaines catégories d'associer à l'accès aux soins une démarche de prévention individuelle.

5.2 – La “ logique ” financière du panier de biens et services

Dans la logique française le panier de biens et services s'exprime implicitement à partir de la régulation financière. Il se module au gré des relations entre les modalités de financement des organismes de protection sociale et les possibilités d'accès aux soins.

La définition du contenu du panier de soins relève des prérogatives de l'Etat sur la base de l'expertise. L'organisation de ce panier revient, dans notre système, au financeur dont les missions concernent la solvabilité de la demande mais aussi les négociations conventionnelles avec les offreurs de soins. L'intervention du financeur structure les relations de l'offre et de la demande. Cette structuration s'effectue sur la base d'instruments tels que le remboursement total ou partiel, la tarification des actes et le contrôle médical. Certaines spécificités françaises sont à noter à ce propos :

- Il existe une dépendance très forte de l'assurance maladie à l'égard de l'Etat qui garde la maîtrise de l'allocation des ressources entre les différentes activités de soins ;
- Le financeur a très peu de visibilité sur les biens et services proposés au remboursement. Il se situe en position d'“ acheteur aveugle ” ;
- Le financement est le fait principalement de l'assurance maladie obligatoire, mais le désengagement progressif de cette dernière jusqu'en 1995 sur les taux de remboursement a suscité une intervention grandissante de la part des mutuelles et assurances complémentaires. Or, l'adhésion à une protection complémentaire varie selon les catégories socio-professionnelles.

L'analyse de l'insertion du (des) financeur(s) dans la problématique du panier de biens et services doit prendre en compte les possibilités d'articulation envisageables entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire et l'amélioration souhaitable du rôle de ces financeurs.

La diminution de la part de la couverture maladie obligatoire et l'augmentation des charges financières laissées aux ménages ont conduit un nombre grandissant de personnes à ne se soigner qu'en cas d'urgence absolue ou dans le meilleur des cas à prendre une assurance maladie complémentaire. La CMU a cependant atténué ce phénomène pour certaines populations.

Dans la pratique, la protection maladie n'est plus le monopole de l'assurance maladie obligatoire. Des assurances complémentaires, à but non lucratif ou lucratif, ont pris le relais de la prise en charge et conditionnent, de plus en plus, l'accès aux soins essentiels et de qualité.

On considère cependant que l'accès à ces soins essentiels et de qualité doit être garanti indépendamment du risque individuel et des revenus (critères généralement retenus par les complémentaires à but lucratif).

L'association de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire, qui concerne désormais une grande partie de la population, implique une prise en charge répondant aux critères évoqués ci-dessus, le respect des règles déontologiques, la participation à l'amélioration de l'accès aux soins.

Cette considération renforce la nécessité de définir un panier de biens et services explicite qui puisse être géré en coordination par les deux types de financeurs.

6. Modalités de coordination entre assurances obligatoire et complémentaire autour d'un panier de biens et services commun.

Partant du constat de l'existence en France de deux types d'assurance, obligatoire et complémentaire, il convient de s'orienter vers une gestion associée d'un panier de biens et services commun qui couvrirait les soins jugés essentiels.

A l'intérieur de ce panier, il conviendrait de définir les limites et les devoirs des complémentaires, leur très grande hétérogénéité actuelle constituant une source d'inégalités importantes (cf études du CREDES).

On doit pouvoir concevoir que la couverture de certains risques ou soins non pris en charge par le panier puisse être laissée à la liberté de l'assuré, qui peut alors s'adresser aux services d'une assurance complémentaire, mais que précisément tout ce qui correspond aux besoins jugés "essentiels" de prise en charge relève du domaine d'une gestion coordonnée entre assurance obligatoire et complémentaire dans le respect des règles éthiques et déontologiques. Cette orientation va dans le sens d'une récente directive du Parlement européen. Elle évite les dérives inégalitaires actuellement observables en France et celles générées dans certains systèmes de santé européens (Allemagne, Pays-Bas, Irlande) par la limitation de l'accès au panier proposé dans le cadre de l'assurance obligatoire aux assurés percevant un revenu annuel inférieur à un certain seuil.

Quelles peuvent être les modalités de gestion dans le cadre d'une association entre les deux types de financement ? La question posée est celle de l'articulation envisageable entre l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire sur la base d'hypothèses de choix

d'un panier de biens et services. La gestion de ce panier doit être fondée sur une coordination et une base commune de financement.

La détermination de la dimension médicale du panier s'effectue en fonction de l'utilité, de l'efficacité et de la qualité des thérapeutiques que l'on accepte de prendre en charge, compte tenu de contraintes financières. À cette détermination sont associés des protocoles thérapeutiques qui s'imposent aux prestataires de soins. Ces procédures doivent être réalisées par une instance d'expertise indépendante.

Par ailleurs, des procédures de contrôle doivent accompagner l'administration des soins, des pratiques cliniques.

Ces préalables à la gestion du panier impliquent une démarche commune. L'ensemble des dispositions peut faire l'objet d'un accord de principe. Ne seraient alors admis à la protection complémentaire que les services et biens définis dans le cadre de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.

Ce modèle implique pour l'assurance complémentaire le respect d'un cahier des charges.

Pour répondre à l'impératif d'équité, les instruments de gestion économique du panier doivent éviter des orientations perverses ou discriminantes :

- Le respect de tarifs opposables semble s'imposer en matière de rémunération des professionnels. Les dépassements présenteraient des risques de dérives et fausseraient l'implication de l'assurance complémentaire dans la gestion du panier de biens et services commun ;
- La participation financière de l'utilisateur au panier construit en fonction du service médical rendu pourrait être envisagée selon des modalités évitant tout effet discriminant en matière d'accès aux soins : forfait annuel global, forfait annuel limité à un certain montant de prestations, ticket modérateur en fonction du revenu, en fonction de l'efficacité des services et biens proposés. Plusieurs de ces solutions sont mises en œuvre dans d'autres pays européens (Finlande, Suède, Italie).

Un des moyens de valoriser la prévention est d'intéresser l'utilisateur à une gestion responsable de son capital-santé et de favoriser des comportements rationnels et responsables..

En tout état de cause, le ticket modérateur, dans ce modèle associant assurance obligatoire et assurance complémentaire, doit acquérir une rationalité : la constitution d'un panier de biens et services impliquant à la fois offreurs et demandeurs.

Il est indispensable de substituer cette conception de la participation du patient à celle qui existe actuellement. Le ticket modérateur, " simple " instrument de régulation des dépenses, constitue un frein mécanique et aveugle à la consommation et laisse le patient, dans certains cas, dans l'incertitude de la charge financière qui lui incombe (soins dentaires, biens associés aux TIPS, supplément d'honoraires). Il y va de l'équité du système.

Enfin, ce modèle serait évidemment favorable à l'instauration de schémas de coordination des soins permettant la recherche d'une rationalité de l'itinéraire du malade entre les diverses structures sanitaires, l'amélioration du " rendement " thérapeutique tant pour l'assurance obligatoire que pour l'assurance complémentaire associées autour des mêmes protocoles, l'insertion de programmes de prévention.

De façon générale, il permet aux financeurs de s'insérer davantage dans la gestion éclairée des soins, de dépasser le rôle de payeur qui leur est imparti jusqu'ici et de valoriser la régulation financière.

7. Panier de biens et services et prévention

Dans son rapport 1998 à la Conférence nationale de santé et au Parlement sur l'allocation régionale des ressources et la réduction des inégalités de santé², le Haut Comité a souligné que c'est au niveau des déterminants de santé qu'il faut agir. C'est dans le domaine de la prévention que les améliorations les plus importantes peuvent être attendues.

Dès son premier rapport sur La Santé en France³, le HCSP avait d'ailleurs stigmatisé la faible part des ressources consacrée à la prévention ou à l'éducation pour la santé, au regard de celle consacrée aux soins.

En fait, une proportion non négligeable des soins pris en charge par l'assurance maladie se rapporte à des démarches de prévention, et il y a actuellement une confusion importante entre curatif et préventif. On peut ainsi ranger, par exemple, dans la catégorie prévention les consultations gynécologiques et les frottis de contrôle pratiqués au titre d'un suivi systématique, puisqu'il n'y a généralement pas de symptôme clinique à l'origine de ce type de consultation.

Parmi les actes de prévention concernant l'individu, peuvent être distingués :

- les actes de prévention primaire, qui comprennent les vaccinations, mais aussi l'éducation pour la santé personnalisée en fonction des facteurs de risque, ou de la maladie du sujet ;
- les actes de prévention secondaire, dont le dépistage systématique.

Par nature même, les actes de prévention, qui s'adressent à des individus en général non malades, doivent être pratiqués selon des protocoles garantissant un risque minimum et une efficacité optimale pour l'individu. Ainsi, on retrouve à des degrés divers dans la prévention primaire et dans le dépistage, les mêmes exigences de qualité pour l'organisation des pratiques : existence de référentiels (calendrier vaccinal, protocoles de dépistage,...), respect d'un calendrier pour les patients (fréquence des dépistages, des rappels de vaccination par exemple), formation permanente des professionnels pour la réalisation d'actes dont on attend un haut degré de qualité et de standardisation des pratiques (ex : radiologiques dans le dépistage du cancer du sein). Enfin, l'évaluation des actions de prévention nécessite la mise en place d'un système d'information spécifique. En effet, du point de vue de la collectivité, il faut vérifier en permanence si l'efficacité globale d'un programme de prévention reste satisfaisante.

Lorsque ces conditions sont réalisées, la recherche d'une couverture aussi exhaustive que possible de la population cible ou exposée devient une exigence méthodologique et éthique, tout en respectant les choix individuels de non-participation.

La prise en charge financière de la prévention se doit alors d'être totalement assurée par la collectivité, et de bénéficier du principe du tiers payant. C'est d'ailleurs le cas, par exemple,

² Haut Comité de la santé publique, *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*. Rennes, Editions ENSP, 1998, 192 p.

³ Haut Comité de la santé publique, *La santé en France : rapport général*. Paris, La Documentation française, 1994, 334 p.

pour les campagnes expérimentales de dépistage radiologique des cancers du sein qui sont conduites dans certains départements français. Cette gratuité de l'examen de dépistage initial devrait être étendue aux explorations complémentaires pratiquées en cas de test positif. En effet, il y aurait un paradoxe à ce que le patient paie un ticket modérateur sur la suite de la démarche diagnostique induite par un dépistage gratuit auquel il a été invité à se soumettre !

La désignation des professionnels qui réalisent les actes constitue un problème important pour l'organisation des actions de prévention. L'intégration de la prévention dans le panier de biens et services semble avoir pour corollaire de confier une grande partie des actes de prévention aux professionnels qui prennent en charge les soins.

En revanche, la cotation de ces actes devrait relever d'une nomenclature spécifique. Ainsi, l'éducation du fumeur pourrait correspondre à une lettre - clé. Certains actes pourraient nécessiter aussi une habilitation pour le professionnel qui souhaite les réaliser. C'est par exemple déjà le cas dans certains départements pour les radiologues qui souhaitent réaliser les mammographies pour les femmes invitées dans le cadre du programme de dépistage.

La supervision du bon déroulement des protocoles, du respect des dates pour un calendrier de vaccination, ou du respect de la bonne périodicité pour la réalisation des frottis de dépistage du col de l'utérus, nécessite la mise en place d'une fonction spécifique. La distinction de ces deux niveaux, exécution et supervision est classique dans la mise en œuvre de programmes de santé. Ce rôle ne repose actuellement sur aucun acteur clairement désigné. C'est tantôt le patient lui-même qui va jouer ce rôle, tantôt le généraliste, mais le plus souvent personne.

L'organisation des campagnes de dépistage correspond aussi à une activité bien spécifique : qui prend l'initiative, par exemple, d'inviter les femmes de la population cible à participer au dépistage ? Qui convoque pour les dépistages récurrents ?

Dans les campagnes expérimentales de dépistage, des structures associatives ont souvent été créées et financées pour répondre à ces besoins de coordination. L'inclusion de la prévention dans le panier de biens et services amène à concevoir un mode d'organisation plus général, et donc à désigner les acteurs jouant spécifiquement un rôle de coordination et, les mêmes ou d'autres, un rôle de supervision et d'évaluation. Parmi ces acteurs, plusieurs solutions non exclusives devraient être discutées, en particulier :

- le généraliste référent du patient, sous réserve que la mise en place des médecins référents se généralise rapidement et qu'à terme, quel que soit le régime d'assurance maladie, tout résident soit inscrit auprès d'un médecin référent. Les missions du médecin référent dans le cadre du suivi de prévention doivent être précisément définies, et cette activité doit faire l'objet d'une rémunération spécifique et juste.
- l'assureur, qu'il s'agisse du régime obligatoire ou complémentaire, peut jouer un rôle d'organisation ou de supervision des actions de prévention. Cela suppose qu'il mette en place un fichier nominatif personnalisé qui distingue l'ensemble des assurés et des ayants droit, et qu'il puisse gérer les données, en partie médicales, relatives au suivi des programmes de prévention qui s'appliquent à chaque individu. Cette solution est cohérente avec la notion que l'assureur doit en principe bénéficier des économies générées à terme par une meilleure application des programmes de prévention. L'inconvénient risque d'être l'éclatement de cette organisation entre les différents régimes d'assurance maladie, et la nécessité que le dossier prévention de chaque individu soit transmis s'il advient qu'il change d'assureur.

- l'usager lui même pourrait assumer pour une part la responsabilité du suivi, du moins pour des protocoles simples. Cela suppose la mise en place de mécanismes d'incitation qui restent à définir. Par exemple, l'usager pourrait être invité à se soumettre annuellement à un contrôle de son état dentaire en vue de favoriser les soins conservateurs. Le public pourrait ainsi avoir intérêt à participer aux programmes de dépistage, dans l'hypothèse où les soins consécutifs aux maladies détectées seraient remboursés à 100%. Dans tous les cas, l'adhésion du public à cette nouvelle orientation du PBS vers la prévention nécessiterait une large campagne d'information et de sensibilisation.

Il faut cependant éviter que ces mécanismes ne se soldent pas par une pénalisation des assurés sociaux qui n'auraient pas été en mesure, pour de multiples raisons, de répondre à cette incitation à la prévention.

La validation des protocoles de prévention individuelle introduits dans le PBS, ainsi que leur mise à jour permanente, relève de la responsabilité de l'Etat, qui doit définir pour chaque action un cahier des charges national précis, sur la base de recommandations élaborées par l'ANAES ou des comités scientifiques en relation avec les sociétés savantes.

Cette étape pose probablement peu de problèmes, car elle fonctionne déjà sur ce modèle pour les vaccinations obligatoires. Il existe ainsi depuis 1994 un programme national de dépistage du cancer du sein, mais cela n'a pourtant pas encore permis de standardiser les pratiques ni d'encadrer le dépistage spontané, ce qui constitue en soi un résultat décevant. Il apparaît donc urgent que des dispositions réglementaires précisent l'obligation de mise en œuvre de ces programmes, et les modalités d'application retenues.

Parmi les protocoles de prévention validés au niveau national, certains pourraient rester optionnels dans leur application à telle ou telle région, en fonction des priorités régionales de santé. C'est peut-être en effet dans le domaine de la prévention que pourrait être introduite assez naturellement une modulation régionale du panier de biens et services.

L'introduction de la prévention dans le panier de biens et services conduit donc tout naturellement à développer une démarche active et coordonnée des actions, par rapport au patient et à la collectivité, sur la base de référentiels de bonne pratique. Jusqu'alors, le fonctionnement passif du système de soins, qui laisse souvent au seul patient la responsabilité de déclencher l'épisode de soins, est probablement à l'origine de nombreuses inégalités d'accès aux soins.

La prise en charge à 100% de la prévention devrait impliquer dans les mêmes conditions la prise en charge à 100% des soins consécutifs aux dépistages organisés.

RECOMMANDATIONS

Les questions posées par la définition, le contenu et la gestion du panier de biens et services remboursables sont au cœur de la réflexion sur le bon fonctionnement du système de soins.

À l'issue de la réflexion menée par le Haut Comité avec l'aide d'experts, il est apparu les points suivants :

Le panier de biens et services remboursable représente actuellement un mode de régulation souvent implicite de l'accès aux soins ou de leur consommation.

Cette régulation financière s'effectue par plusieurs mécanismes dont les deux plus importants sont :

- le non-remboursement de l'acte,
- le remboursement mais sur la base d'un taux censé constituer un mode de régulation de la consommation.

Sur ces points le HCSP considère :

- que la démarche de remboursement d'un acte doit être fondée sur la base du **service médical rendu**,
- que les données d'évaluation du service médical rendu doivent être accessibles à tous les professionnels de santé, et rendues publiques,
- que le service médical rendu doit prendre en compte l'accompagnement social inhérent à la réponse à la demande de soins,
- que cet accompagnement social constitue un élément du panier de soins.

Sur le ticket modérateur

Le constat :

- Le ticket modérateur a régulièrement augmenté jusqu'en 1995 ;
- Le ticket modérateur n'est nullement capable de constituer un outil régulateur des dépenses de santé ;
- Le ticket modérateur en France est l'un des plus élevés au sein de l'Union européenne, même si la tendance à l'augmentation est générale ;
- Le ticket modérateur pénalise l'accès aux soins des personnes ne disposant pas d'une complémentaire, notamment les plus démunies et les nombreuses personnes vivant avec les minima sociaux ou à peine au-dessus ;
- ces retards d'accès aux soins constituent un préjudice pour la santé des plus vulnérables ;
- le caractère élevé du ticket modérateur pour les soins ambulatoires conduit à attendre ou favoriser des prises en charge en hospitalisation, préjudiciables aux malades (situation clinique évoluée) ou à la bonne gestion des ressources (séjours hospitaliers non nécessaires).

Le HCSP recommande :

- la mise en œuvre d'une réduction du ticket modérateur pour les soins inclus dans le panier de biens et services,
- la réduction de l'écart de taux de remboursement entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation,
- l'analyse d'une procédure d'aide progressive à l'acquisition d'une complémentaire pour les revenus faibles, notamment pour réduire les effets de seuil des dispositions actuelles d'octroi d'une complémentaire dans le cadre de la CMU. Il serait nécessaire, pour les populations bénéficiant de faibles revenus, de favoriser l'accès aux couvertures complémentaires sur la base de la CMU par une participation financière de l'Etat inversement proportionnelle aux revenus du foyer.

Sur les actes de dépistage

La politique de dépistage des maladies vise à permettre une prise en charge précoce avant même l'extériorisation des symptômes et surtout avant la survenue de complications. Cette précocité de prise en charge est un facteur essentiel du pronostic de la maladie, et de l'efficacité de la prise en charge dans le système de soins.

- Ces actions de dépistage doivent donc être encouragées et facilitées pour qu'elles bénéficient au plus grand nombre des personnes exposées au risque de ces maladies. Il convient d'inclure ces actions dans le panier de biens et services. Cependant l'impact de ces actions de dépistage n'est effectif que si celles-ci s'inscrivent dans des programmes coordonnés. Il faut définir précisément le rôle des différents acteurs, en particulier pour le financement, l'organisation et la supervision des programmes, et valoriser la participation des professionnels de santé à ces programmes.
- Le panier de biens et services doit pouvoir être l'un des outils de valorisation de ces programmes. Il convient d'informer les assurés sociaux de l'importance de souscrire à ces programmes. L'adhésion des usagers, à un stade asymptomatique des maladies, ne peut être assurée que si la couverture est totale en termes de prise en charge, y compris l'assurance d'un tiers payant évitant l'avance des frais. Il devrait en être de même pour les examens complémentaires et les soins consécutifs à un dépistage.
- Ces programmes incitatifs doivent bien sûr être contrôlés pour éviter que les facilités de recours à ces actes de dépistage ne se soldent par un excès de recours.

Sur les actions de prévention

Le HCSP a souligné l'importance des actions conduites sur les déterminants de la santé en vue de réduire les inégalités de santé et d'optimiser l'impact des stratégies de santé.

Ces déterminants sont nombreux, en particulier les comportements des usagers en termes de consommation de produits nocifs (alcool, tabac) ou de mode d'alimentation⁴.

L'engagement des professionnels de santé demeure peu important dans le domaine des actions de prévention en raison des contraintes caractérisant ce type d'intervention (consultations longues) et de leur non-prise en compte dans la nomenclature des actes.

⁴ Haut Comité de la santé publique, *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions*, Editions ENSP, 2000, 275 p.

- Le HCSP recommande que soient étudiées les modalités d'une prise en charge effective des actions éducatives dans le domaine de la santé, en prévoyant également la valorisation des actes de prévention qui peuvent être conduits par des infirmiers ou d'autres personnels paramédicaux.
- Dans le même ordre d'idées le développement de l'éducation thérapeutique doit être intégré dans le panier de soins.
- Dans le domaine de la prévention, la politique de vaccination doit être encouragée. Les taux de couverture vaccinale demeurent médiocres vis-à-vis de maladies comme la rougeole ou l'hépatite B. Les vaccinations et revaccinations doivent faire l'objet d'une prise en charge à 100 %, d'autant que certaines visent autant à protéger la collectivité (vaccination altruiste) que l'individu lui-même.

Sur le contrôle de l'usage du panier de biens et services

L'optimisation des ressources disponibles pour tous nécessite la plus grande rigueur dans l'utilisation du panier de biens et services, c'est-à-dire la prescription de tous les soins nécessaires mais rien que ceux-ci. Cette rationalisation des moyens est sans doute un point essentiel, d'obtention difficile du fait de l'évolution rapide des techniques et des modes de prise en charge des malades et des pathologies. La question de l'évolution des compétences est au cœur du problème, et cet enjeu a été souligné au sein même du Conseil national de l'Ordre des médecins. Le bon usage du panier impose donc une accélération du processus d'actualisation des connaissances par la formation continue selon des modalités définies par les professionnels eux-mêmes, adaptées à chaque discipline et prenant en compte les innovations techniques et thérapeutiques.

La qualité de cette formation, et son impact sur des prescriptions conformes aux référentiels de bonnes pratiques, doit faire l'objet d'une évaluation régulière définie dans un processus concerté entre les professionnels et les financeurs. Ces évaluations doivent favoriser des demandes locales susceptibles d'être assorties d'un accompagnement pédagogique : elles doivent être perçues comme une aide à la qualité et non comme une démarche de sanction des pratiques.

Sur la dimension sociale du panier de biens et services

Les Etats généraux de la santé ont souligné les attentes des citoyens pour un renforcement des actions d'accompagnement social en matière de soins. Le Haut Comité a également rappelé que la santé est avant tout une dynamique d'adaptation à un environnement et à un milieu. Une politique de soins qui ne se soucierait pas d'intervenir sur les déterminants de l'environnement condamne régulièrement les malades à des rechutes.

Les politiques d'aide sociale doivent ainsi être des éléments de l'efficacité durable d'une politique de soins. Le cloisonnement des enveloppes budgétaires nuit gravement à la cohérence des politiques de soins et rend compte d'une surmédicalisation des stratégies de prise en charge, en particulier pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

CONCLUSION

Conçu comme l'ensemble des produits, des actes et des prestations pris en charge par l'Assurance Maladie pour l'ensemble des citoyens, le panier de biens et de services (PBS) constitue donc un élément déterminant de la qualité du système de soins.

Fonder l'équité et la qualité de notre système de soins sur le libre accès pour tous à ce panier nécessite d'en clarifier le contenu ainsi que les règles qui régissent ses entrées et ses sorties.

Au plan des principes, les données apparaissent claires et simples : mettre dans le panier " tout ce qui est nécessaire, rien que ce qui est nécessaire ".

En pratique il s'agit de passer d'une logique de panier implicite à une logique **explicite** c'est-à-dire clairement énoncée et compréhensible par les professionnels et les usagers.

Le premier rapport du HCSP sur ce sujet a ainsi défini les critères d'entrée fondés sur le service médical rendu. Ces entrées dans le PBS doivent être consenties pour une durée limitée au terme de laquelle une réévaluation est nécessaire.

Si les critères d'efficacité et d'efficience peuvent en général être clairement mesurés, celui du service médical rendu renvoie à la mesure de l'intérêt en santé publique. Cette évaluation est moins aisée, notamment pour les actes médicaux dont l'utilité n'est mesurable que pour des pathologies définies, dans le contexte de filières de soins précises, et si le respect des bonnes pratiques peut être assuré, en particulier par les références médicales opposables.

L'efficacité du PBS suppose donc son bon usage c'est-à-dire un usage rationnel (plutôt que rationné) des actes et des biens médicaux qui le composent.

Prendre en compte, au sein du PBS, l'utilité des biens et services au vu des politiques de santé publique, nécessite le renforcement des actions de prévention, en particulier le développement des actions de vaccination, de dépistage, et de prise en charge précoce. L'équité, réduite à l'accès aux soins, n'est pas suffisante. La qualité attendue de la réponse du système de santé nécessite la promotion des politiques de prévention.

Il est nécessaire d'inclure dans le PBS les actes médicaux qui permettent un réel développement des politiques de prévention. Cette démarche suppose une politique active d'information et de mobilisation des usagers sur des programmes de prévention clairement définis et accessibles à tous.

La part laissée à la charge des assurés après le remboursement par l'assurance maladie obligatoire (ticket modérateur) restreint l'accès aux soins pour les plus vulnérables et les plus démunis. Ce ticket modérateur, particulièrement élevé en France, notamment pour les actes de soins ambulatoires, est un élément démontré de difficultés d'accès aux soins pour les revenus faibles. Il est inefficace en termes de contrôle des dépenses de santé, et peut priver de soins ceux qui ne disposent pas d'une assurance complémentaire. Aussi l'assurance complémentaire apparaît-elle comme une condition nécessaire pour assurer l'accès aux soins. Elle doit prendre sa part dans la gestion du PBS ; elle doit être soumise aux mêmes règles déontologiques et éthiques pour contribuer à assurer, dans le cadre du PBS, l'équité dans l'accès aux soins, et la qualité du service médical rendu.

La mise en place de ce PBS ne peut se faire de façon satisfaisante que si le rôle de ses différents acteurs est bien clarifié.

De ce point de vue :

- l'Etat arrête le contenu du panier, fixant les règles d'entrée et de sortie des biens et services ;
- les caisses d'Assurance Maladie en assurent la mise en œuvre. Les négociations avec les professionnels doivent permettre l'accès pour tous les assurés à ce panier de soins ;
- les usagers du système doivent être partie prenante des choix opérés au sein du PBS et responsabilisés dans leurs comportements à l'égard du système de soins.
- les prestataires de soins conservent une responsabilité majeure : celle du bon usage du panier, selon des règles fixées par les experts et les sociétés savantes, précisées dans des références reconnues et régulièrement réévaluées.

Enfin il convient de souligner que la réponse du système de soins ne peut ignorer l'importance des actions sociales qui doivent nécessairement accompagner les modalités de prise en charge par les soins. La cohérence du système et son efficacité sont à ce prix.

Ainsi défini le PBS peut être l'instrument d'une politique de santé publique. Il précise les droits de chacun en termes de soins, de prévention et d'accompagnement social. Sa composition doit être clairement explicite pour être l'outil d'une politique rationnelle d'utilisation des biens et services médicaux. Son fonctionnement est assuré par la clarification des responsabilités de ces différents acteurs : Etat, assureurs, professionnels de santé et usagers.

- **Introduction**
- **Contributions**

Etienne Caniard, Mutualité française Quelques réflexions préalables à la mise en place d'un panier de biens et services de santé	35
Marcel Drulhe, Université de Toulouse L'accès aux biens et services de santé : sur quels critères ?	39
Jean de Kervasdoué, Conservatoire national des Arts et Métiers Le panier de biens et services : quelques principes d'action	45
Alain Letourmy, Cermes/CNRS Commentaires sur le panier de biens et services de santé	55
Andrée et Arié Mizrahi, ARgSES Panier de soins. Quelques éléments chiffrés sur les taux de remboursements actuels des régimes obligatoires de sécurité sociale	61
Vincent Ravoux, CPAM de Seine-Saint-Denis Éléments de réponse au questionnaire du Haut Comité de la santé publique	65
CNAMTS Panier de biens et services. Éléments de réponse au questionnaire du Haut Comité de la santé publique	69

Introduction

Pour éclairer sa réflexion, le Haut Comité a demandé à plusieurs experts une contribution écrite articulée autour des questions suivantes.

1 - Le panier de biens et services s'inscrit dans une dimension sociale. Sa détermination relève d'un principe de solidarité.

- Quelle conception de la solidarité peut-on proposer et quelle étendue peut-elle avoir ?
- Comment se pose la problématique de la prise en charge des biens et services pour prendre en compte ce principe ?

2 - Les critères d'efficacité et d'efficience déterminent le périmètre du panier de biens et services concevable en fonction de considérations sanitaires et financières.

- Comment interviennent ces critères dans la constitution du panier ?
- Quels modèles d'entrées-sorties peut-on concevoir ?
- Quels scénarios d'impact ?

3 - L'accès au panier de biens et services ne doit pas être entravé par des mesures financières dissuasives afin de satisfaire au principe d'équité d'accès aux soins.

- Si le PBS doit être remboursé à 100 %, quels mécanismes peut-on envisager pour éviter le risque moral ?
- Peut-on concevoir de moduler la participation financière de l'utilisateur en fonction de son revenu ?

4 - Le PBS doit-il intégrer non seulement les soins mais aussi la prévention, l'éducation ? Quel type de prise en charge peut-on concevoir ? Quel champ de la prévention vous semble pouvoir ou devoir entrer dans le PBS ?

5 - Pour satisfaire aux principes de détermination du panier et garantir ses critères de mise en œuvre, quels rôles et quelles responsabilités doivent assumer les différents acteurs :

- prescripteurs,
- assureurs,
- État,
- industriels,
- usagers.

6 - Argumenteriez-vous en faveur d'une modulation régionale du panier de biens et services de santé ? (serait-elle acceptable ? Dans quelle mesure peut-elle contribuer à la réduction des inégalités régionales de santé ?).

Nous publions les contributions des experts qui nous ont répondu.

Quelques réflexions préalables à la mise en place d'un panier de biens et de services explicite

Etienne Caniard, Mutualité française

Avant de formuler quelques remarques sur la définition d'un panier de biens et de services, il convient de jeter un regard sur la situation existante.

Il est intéressant de constater que c'est la mise en place de la CMU et les débats qui ont entouré la définition des biens et services, que l'on voulait rendre accessibles aux bénéficiaires, qui a fait émerger la réflexion sur le panier de biens et de services.

Pourtant, un panier de biens et de services remboursé par l'assurance maladie existe, même si sa construction est le résultat d'un complément de décisions, plus souvent implicite qu'explicites, et répondant à des soucis divers, ce qui a masqué les conséquences de la politique poursuivie depuis de très nombreuses années.

Le résultat est un panier de biens et de services très extensif quant à son périmètre mais assorti d'un taux de prise en charge par les régimes obligatoires très faible.

C'est ainsi que se sont créées les conditions d'une exclusion des soins liés au fait que l'existence de droits ouverts par les régimes obligatoires ne suffit plus à leur exercice effectif.

Cette situation a été atténuée par diverses dispositions qui ont conduit à l'instauration d'un ticket modérateur " variable " en fonction de nombreux critères (pathologie, lieu de soins, situation de l'assuré...). Cela a permis de limiter les cas d'exclusion des soins, mais a rendu le système plus complexe et a modifié les itinéraires de prises en charge selon la situation socio-économique des assurés, empêchant un pilotage rationnel de l'offre de soins.

Ce constat montre bien que la définition du panier de biens et de services ne se réduit pas à un catalogue d'actes mais doit aboutir à la prise en charge d'un soin qui fait intervenir d'autres facteurs tenant aux conditions dans lesquelles ce soin est délivré... et donc à l'organisation de l'offre de soins.

1. PBS et prévention

Il est essentiel d'intégrer la prévention dans les paniers de biens et de services. C'est une nécessité si l'on veut renforcer l'efficacité de la politique de santé mais aussi dans une logique de responsabilisation de l'assuré.

La définition d'un panier de biens et de services ne doit pas conduire à franchir une étape supplémentaire vers un comportement de consommateur passif face à une offre " légitimée " par sa prise en charge. L'intégration de la prévention, fondée sur des programmes prenant en compte les difficultés d'accès liées autant à des considérations d'ordre culturel que financier, peut aussi contribuer à une politique de réduction des inégalités sociales.

L'intégration des politiques de prévention (pas seulement les dépistages à caractère technique mais aussi la prévention primaire) dans la définition du panier de biens et de services est un moyen de passer d'une contrainte peu perçue, mais réelle, qui exclut souvent la prévention des itinéraires de santé des moins favorisés, à une logique d'incitation. Celle-ci peut être concrétisée par des taux de remboursement majorés pour ceux qui se " prêtent au jeu " de la prévention. Une condition doit cependant être requise : faire en sorte

que les moyens d'accès à la prévention soient adaptés aux différents publics afin de ne pas " réserver ", de fait, le bénéfice de ces améliorations de prise en charge aux populations les plus sensibles à cette prise en charge précoce de leur santé.

2. L'objectif d'accès réel aux soins nécessite une articulation entre régimes obligatoires et régimes complémentaires

Les limites d'un panier de biens et de services, simple élément régulateur de l'accès aux soins, sont aujourd'hui largement mises en évidence. Sans aller jusqu'à un objectif de correction des inégalités de santé, on ne peut cependant envisager un panier de biens et de services qui organise et garantisse à tous l'accès à l'ensemble des politiques de santé sans une articulation entre les interventions des régimes obligatoires et des régimes complémentaires.

En effet, le bénéfice d'une couverture complémentaire est un préalable à l'exercice des droits issus des régimes obligatoires.

Le principe retenu pour articuler les interventions des financeurs pourrait être de réserver les aides octroyées aux couvertures complémentaires à la conformité d'un cahier des charges.

Aujourd'hui, les aides directes ou indirectes de l'État vers les complémentaires sont de trois ordres :

- prise en charge des couvertures complémentaires pour les bénéficiaires de la CMU, en échange du respect d'un cahier des charges pour le panier de biens et de services (tant au niveau des remboursements qu'au niveau des tarifs pratiqués par les professionnels de santé) ;
- exonération des charges sociales sur le montant de la participation des employeurs aux contrats collectifs relevant de l'article 83 du Code général des impôts. Cette exonération est destinée à favoriser la participation au financement de contrats collectifs qui effectivement limitent les possibilités de sélection des risques puisqu'ils sont obligatoires pour tous les salariés de l'entreprise, mais ne comportent aucune contrainte sur les garanties couvertes et n'ont, bien sûr, aucun caractère viager puisqu'ils s'interrompent généralement avec le contrat de travail ;
- à cette exonération dont l'entreprise bénéficie s'ajoute la déductibilité sur le revenu imposable pour le salarié de la part qu'il supporte directement. Cette déductibilité est pour l'État une dépense fiscale qui favorise la souscription de contrats complémentaires pour une seule catégorie de population qui n'est pas a priori celle qui connaît l'exclusion la plus forte ou les plus grandes difficultés d'accès aux soins.

Si le système actuel répond, sans aucun doute, à un objectif d'accès à une convention complémentaire pour la population qui en est démunie (CMU), les autres interventions répondent à une logique de lien entre le contrat de travail et la couverture complémentaire. Celles-ci ne permettent en aucun cas de favoriser la couverture des populations précarisées, ni des personnes âgées et concourent à ajouter une exclusion à une autre en cas de rupture du contrat de travail.

Il faut donc réfléchir à un système d'aides ou d'incitations fondées sur d'autres critères afin de redonner de la cohérence à l'ensemble des interventions.

Ces critères devraient concourir à :

- favoriser l'accès aux couvertures complémentaires des populations qui en sont exclues,
- tenir compte des caractéristiques des couvertures complémentaires au regard des items suivants : absence de sélection des risques, caractère viager de la couverture, étendue des garanties...

3. La définition d'un panier de biens et de services nécessite-elle la fixation de tarifs opposables ?

Actuellement, le ticket modérateur est davantage le résultat d'un arbitrage économique que la traduction de choix explicites. La sédimentation de nombreuses règles conduit, au-delà de l'apparence d'un taux de remboursement identique pour tous, à un ticket modérateur variable selon le produit, le prestataire, le bénéficiaire, le site, la pathologie...

Le système fonctionne avec une logique "d'urgence". Les pathologies graves, sont "correctement" prises en charge pour tous grâce à l'hospitalisation qui bénéficie d'un ticket modérateur très faible.

Par contre, les soins de ville, la médecine ambulatoire qui permet une intervention en amont, n'est prise en charge que pour un peu plus la moitié des dépenses, la prévention étant encore plus négligée, parfois même exclue, du ticket modérateur.

Ce "choix" conduit à des structures de consommation des soins très différentes selon le milieu social... même si le montant total des dépenses est souvent comparable.

La démonstration est ainsi faite que le but à rechercher est moins une égalisation des dépenses de santé pour l'ensemble de la population que la recherche d'une consommation optimale (entre prévention, médecine ambulatoire et hôpital) pour chacun, indépendamment de sa situation sociale.

À défaut de pouvoir afficher un objectif de rapprochement des tickets modérateurs à court terme, irréaliste sauf à accepter une augmentation du ticket modérateur hospitalier qui ne permettrait plus à l'hôpital de jouer son rôle de dernier recours, au moins faut-il réfléchir aux conséquences d'un partage des interventions entre régimes obligatoires et régimes complémentaires qui ne permet pas aujourd'hui aux pouvoirs publics d'agir sur un accès à la prévention et aux soins précoces.

4. La modulation de la prise en charge en fonction du revenu peut-elle être étendue ou généralisée ?

Le principe fondateur de notre système de protection sociale demeure l'universalité qui permet notamment d'éviter la stigmatisation des moins favorisés et légitime les prélèvements assis sur une large assiette.

À cet égard, l'instauration de la CSG constitue certainement une restauration des principes fondateurs de 1945 dans un contexte d'emploi très différent. Est-il pour autant illégitime d'envisager des systèmes **temporaires** de discrimination positive ?

La Couverture maladie universelle, telle qu'elle a été mise en œuvre, répond à cette logique d'exception. Il faut cependant être vigilant pour éviter une dérive possible, qui conduirait, par le recours systématique aux CPAM pour assurer la complémentaire CMU, à confondre régimes obligatoires et régimes complémentaires (la différence étant de moins en moins perceptible pour les assurés qui bénéficient du tiers payant coordonné).

Les choix effectués pour la CMU peuvent en effet faire coexister deux types d'interventions complémentaires :

- soit les bénéficiaires de la CMU choisissent une caisse primaire pour assurer la couverture complémentaire. Dans ce cas, la CPAM est remboursée au franc le franc des dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire,
- soit les bénéficiaires de la CMU choisissent une mutuelle ou une assurance : celle-ci dispose d'un crédit limitatif de 1 500 francs. Si la consommation moyenne de cette population excède ce seuil (ce qui est vraisemblable), le risque de désengagement des mutuelles en l'absence de révision des sommes allouées est réel, ce qui conduirait à une gestion systématique du complémentaire CMU par les CPAM... et à une sorte d'exonération du ticket modérateur sous condition de ressources.

Si cette logique devait prévaloir, les conditions de la remise en cause du principe d'universalité seraient réunies et la solidarité exercée au niveau du financement serait fragilisée.

Cette analyse conduit aussi à souligner les dangers d'un panier de biens et de services minimum, correspondant aux besoins " vitaux " et pris en charge à 100 % qui peut paraître séduisant en termes de " filet de sécurité ", mais qui, pour les mêmes raisons, change profondément la nature de notre système de protection sociale.

De nombreuses autres remarques pourraient être développées sur l'éventuelle modulation régionale d'un panier de biens et de services (faut-il viser l'égalité des remboursements ou des " reste à payer " qui, en l'absence d'opposabilité, dépendent des prix pratiqués en un lieu donné), sur l'influence du PBS sur l'offre de soins (notamment si les paniers de biens et de services intègrent des critères de qualité, d'homologation des matériels, d'accréditation des professionnels qui permettent une sélectivité des prises en charge), sur la nécessité d'une CCAPS (Classification commune des actes professionnels de santé) pour atténuer le cloisonnement, ou sur les mécanismes à imaginer pour favoriser les " sorties " du panier de biens et de services pour accompagner l'innovation et éviter le développement de rentes.

Le but de cette contribution n'est pas de répondre à l'ensemble des interrogations soulevées par le PBS mais de souligner les conséquences des choix sur les acteurs (État, caisses d'assurance maladie, complémentaires, offreurs de soins, citoyens...) et de trouver un équilibre entre les principes qui doivent être arrêtés par l'Etat et leur mise en œuvre qui doit permettre aux autres acteurs d'exercer leurs responsabilités.

L'instauration d'un PBS (voire de plusieurs PBS) doit entraîner des contraintes nouvelles, contreparties d'une amélioration de la prise en charge pour les assurés et d'une solvabilisation de leur activité pour les professionnels de santé.

L'enjeu de ce débat est autant la clarification des règles et l'explicitation des choix que la définition des prestations remboursées dont le contour et le niveau ne peuvent être figés.

L'accès aux biens et services de santé : sur quels critères ?

Marcel Drulhe,
CERS/CNRS 5117, Université Toulouse-le-Mirail,
Inserm U518, Université Paul Sabatier

Sur quels fondements établir l'accès aux ressources de promotion de la santé et aux ressources de sa réparation quand elle est détériorée ? Même ainsi posée, la question reste prise **dans les présupposés de la métaphore** du " panier des biens et des services de santé " : à l'instar de la ménagère, la santé bascule dans le registre du marché économique et dans l'univers consumériste du supermarché. Cela veut dire que la santé est totalement produite par des professionnels qui offrent leurs produits aux consommateurs : en matière de santé, les membres de la collectivité nationale sont-ils de simples consommateurs, des clients dionysiaques et farceurs qui vident le panier que d'autres remplissent ? La prévention est-elle réductible à l'application de consignes médicales visant la protection des individus qui s'y réfèrent ? Tentons d'avancer dans la réponse au premier problème posé tout en gardant en arrière-fond ce questionnement à peine esquissé.

La devise républicaine " Liberté, égalité, fraternité " reste la référence obligée et nécessaire pour déterminer les voies acceptables et reconnues par la société française tout entière, susceptibles de conduire ses membres vers ce bien commun, la santé. D'emblée, il importe de souligner que l'objectivation des processus à l'œuvre en santé publique permet d'exhiber **un grave travers** qui nuit à la mise en œuvre de politiques justes au service de l'accès à ce bien commun : **le cloisonnement du sanitaire et du social, le cloisonnement de l'ambulatoire et de l'hospitalier, surtout le cloisonnement de la prévention et du soin**. La mise en place de réseaux ainsi que la multiplication des échanges et des partenariats entre ces secteurs, tout comme leur rééquilibrage, constituent des pré-requis pour l'efficacité d'une politique équitable d'accès aux ressources de santé.

Les principes opératoires qui permettent à certains biens et services de rentrer dans le panier et qui offrent ainsi les moyens d'une meilleure appropriation de ce bien commun, tout comme les principes d'endiguement de la demande par sélection des produits les plus profitables, présupposent la **liberté d'expression et de choix** en la matière. Bien sûr, son exercice est **compris dans les limites** de la réciprocité des libertés ainsi que du respect des normes collectives de santé publique démocratiquement établies, qui peuvent les encadrer, afin de promouvoir ou de préserver le bien-être collectif.

Une composante essentielle du maintien et de la promotion de ce bien-être est **la réduction des inégalités sociales**, dans la mesure où elles engendrent des frustrations, du stress et des conditions précaires d'existence qui, en s'inscrivant dans les corps des citoyens, produisent des effets délétères socialement différenciés : ces processus et leur aboutissement contreviennent alors au principe républicain d'égalité.

Que les inégalités sociales soient un " mal nécessaire " pour l'efficacité et la vigueur du système économique, constitue une position théorique défendue par certains courants économiques et reprise explicitement ou implicitement par certains théoriciens de la justice. Mais d'autres contre-argumentent à partir de l'expérience historique des Trente Glorieuses : le resserrement de l'éventail des revenus n'a pas empêché la croissance économique ni l'augmentation de l'espérance moyenne de vie au cours de cette période. Dès lors proposer de moduler la participation financière des citoyens qui ont recours à des ressources du " panier de biens et services de santé " selon leur revenu (revenu de l'individu ou revenu du ménage) consacre et redouble l'inégalité économique : cela contrevient au principe d'égalité et au projet de réduction des inégalités.

Cependant, ne pourrait-on pas considérer qu'une absence de participation financière pour les revenus les plus bas, puis une participation identique pour tous au-delà d'un certain seuil (principe du ticket modérateur) procèdent d'une discrimination positive ? Il s'agirait de procéder à un détour inégalitaire pour rétablir l'égalité : la CMU renvoie dans le fond à ce principe. Il reste que " donner plus à ceux qui ont moins " relève d'une politique de soulagement immédiat de la souffrance sociale et, éventuellement des risques, sans que soit envisagée et décidée une action publique dont le but serait la correction ou l'éradication des processus ayant de telles conséquences. **Toute action publique de discrimination positive, en santé comme ailleurs, devrait être couplée à une action publique visant à supprimer ou à réduire à plus long terme le contexte qui favorise ces souffrances sociales et ces risques.**

En outre les critères de différenciation pour établir la population cible des mesures positivement discriminatoires deviennent des marqueurs de discrédit, générateurs d'identités stigmatisées, tout comme l'implantation territoriale et la répartition de certaines classes d'équipements peuvent souligner des formes d'" handicapologie " attachées à ces espaces. Dès lors, toute action de santé conduite en fonction d'une discrimination positive nécessite de grandes précautions dans sa mise en œuvre pour éviter d'ajouter un " risque social " aux processus et aux contextes délétères par ailleurs visés.

Si la discrimination positive s'inscrit bien dans l'esprit étasunien formé à la diversité des groupes ethnoculturels du melting-pot, elle transforme la visée française classique d'égalité des chances via l'égalité des conditions en un dispositif de gestion du malheur des individus et des groupes par " traitement compensatoire ", dispositif au sein duquel la perspective de " rattrapage " disparaît. Cet infléchissement paraît coïncider avec un **changement de posture de l'État social** : état d'esprit soupçonneux qui fait des " ayant droit " des " profiteurs virtuels " avec la " complicité virtuelle " de professionnels de la protection sociale, au lieu de donner une confiance a priori, dont les aboutissements feront l'objet d'évaluations ultérieures ; moralisation des " plaignants " pour qu'ils reprennent au plus vite un emploi ou en retrouvent un, au lieu de débattre avec eux et avec les employeurs des conditions d'exercice de leurs activités de survie. Le " lestage " du panier de biens et de services de santé par tout ce qui relève de la réparation et du soin au détriment de la prévention encourage aussi cette dérive de l'État providence : on arrête ou on stabilise les maladies sans beaucoup se soucier d'intervenir en amont sur la précarisation de l'emploi et les frustrations dans le travail dont on sait qu'elles sont le contexte favorable pour engendrer et développer des pratiques dangereuses pour la santé.

L'ensemble des inconvénients du principe de discrimination positive ne signifie pas son invalidité totale. Il indique divers ordres de problèmes à prendre en compte dans son application : jusqu'où pousser sa logique sans sacrifier l'objectif d'égalisation des conditions, en particulier par l'ouverture d'une logique complémentaire de prévention ? Quels sont les contre-feux à mettre en place pour annuler les stigmatisations et les tendances à l'affirmation d'identités mutuellement exclusives, en particulier par la multiplication des seuils, pour éviter les polarisations binaires ?

Il paraît nécessaire d'abandonner cette logique du soupçon et du contrôle a priori pour **revenir à une logique de compassion victimaire**, c'est-à-dire reprendre le questionnement sur les conditions socio-économiques et sur les modes d'interactions qui produisent les victimes de nos sociétés : qu'est-ce qui produit les morts violentes qui déciment notre jeunesse ? Quelles sont les contreparties délétères de la réduction du temps de travail et des conditions de travail ainsi bousculées par ces changements dans les temporalités sociales ? quels sont les modes de vie qui favorisent une avancée en âge sans incapacité ? Les recherches effectuées par les diverses sciences sociales de la santé ont permis d'avoir des réponses partielles à ces problèmes : leur diffusion la plus large possible auprès de nos concitoyens devrait permettre la formation d'un débat public sur les enjeux de la prévention.

Depuis l'avènement d'une société démocratique, **la fraternité** n'est pas une donnée première : ce ne peut être qu'un **projet de citoyens libres et égaux**. C'est pourquoi la socialité ou le lien social reste toujours problématique : la question sociale est en perpétuelle réémergence et nécessite l'invention permanente pour changer les solutions ou les ajuster. L'histoire des deux derniers siècles a montré l'insuffisance de la solution contractuelle d'inspiration libérale (libre contrat de travail, libre contrat d'épargne pour l'assurance de quelques risques), même mâtinée d'un habillage philanthropique sous-tendu par une logique du soupçon et un moralisme d'incitation à la soumission et à l'ascétisme. La solidarité de marché s'inscrit dans l'éphémère et la prise de risque, elle nécessite une solidarité privée de type caritatif pour suppléer à ses limites. Le contexte de la mondialisation et du développement de l'individualisme utilitaire qui incitent à tout évaluer selon le rapport coûts/avantages, favorise un retour à ce type de solidarité : l'instrumentalité des échanges les rend anonymes, impersonnels, éphémères, sans frontières et sans réciprocité ; par ailleurs, la solidarité urbaine contemporaine est marquée par la fragilité des relations que la mobilité, les choix affinitaires et l'ébranlement de la condition salariale rendent multiples mais instables : la sociabilité s'accomplit en de " multiples ailleurs ".

La composante philanthropique de la solidarité privée de type contractuel a été largement d'inspiration familialiste : en dépit de l'effondrement de la société d'Ancien Régime, on a continué à imaginer une solidarité sur le mode communautariste qui intriquerait en une alchimie totale le soutien affectif, le soutien domestique, le soutien réticulaire et le soutien économique. La solidarité communautariste est une spirale redistributive en fonction de rôles préétablis et d'une hiérarchie incontestable, sauf à se faire exclure du groupe. Cette sorte de solidarité contrevient à maints égards aux principes d'une société démocratique et républicaine.

C'est pourquoi **la solidarité publique**, qui s'est progressivement constituée au travers de durs affrontements entre les mouvements sociaux et les représentants de la nation pour rapprocher les droits formels et les droits réels, et qui garantit une coopération mutuellement avantageuse sur le long terme, reste pour les citoyens un ensemble de dispositifs à maintenir tout en les adaptant, car ils garantissent la longue chaîne des réciprocités entre les genres, les classes sociales et les générations. La crise des vingt-cinq dernières années a été particulièrement révélatrice des limites propres à la solidarité publique : déresponsabilisation et effets désincitatifs du fait du découplage entre le payeur et le consommateur, multiplication des cercles d'inclusion/exclusion du fait de l'ancrage de cette solidarité sur la condition salariale et du fait de la diversité des complémentations apportées par les assurances privées et les mutuelles, etc. **L'État providence, assureur universel, est-il le seul régulateur de ce type de solidarité ?**

Une observation rapide de l'actualité invite à conclure assez largement par l'affirmative : face à ce qui lui paraît être une atomisation individualiste et à un éparpillement associatif qui se réfèrent souvent à une rationalité instrumentale et utilitaire, **l'État en appelle régulièrement à des experts et les experts prétendent porter la véritable demande des usagers**. La notion d'utilisateur en est venue à s'imposer dans l'espace public, à la fois comme équivalente et comme concurrente de la notion de client, sans qu'elle ait fait l'objet d'un examen critique. Cette notion traduit d'abord et surtout une posture, celle d'agents qui veulent proposer un bien ou un service de telle sorte que chacun ait les mêmes chances d'y accéder. Cette propriété permet de faire la partition entre le rapport social caractéristique du marché libre et concurrentiel (qui génère le client) et le rapport social caractéristique du service public (qui offre à chacun un bien ou un service en excluant sa rareté puisque tout membre peut y accéder) générateur des " usagers ".

Mais que ce soit en tant qu'utilisateur ou en tant que client, les individus pris sous cet angle sont déterminés à partir du pôle d'une offre : l'emprise de l'offre fait d'eux des " aveugles,

sourds et muets ” dont seuls des spécialistes en sciences sociales peuvent décoder la “ langue des signes ”, une langue très compliquée d’ailleurs puisque les divers corps de ces spécialistes ne décodent pas la même chose ! La preuve qu’ils ne parlent pas, c’est qu’ils ne peuvent “ voter qu’avec leurs pieds ” (recourir à d’autres fournisseurs de biens ou de services équivalents). En d’autres termes, les usagers sont des acteurs invoqués parce qu’ils sont censés détenir la vérité ou la naturalité d’une demande pourtant jamais recueillie explicitement mais toujours supposée et interprétée, ce qui donne lieu à des interprétations différentes en fonction de la position des offreurs et des spécialistes décodeurs.

La détermination des usagers, comme des agents dont on interprète la demande faute de la laisser s’exprimer dans sa forme, sa logique et son contenu propres, a trois conséquences au moins : d’abord, par leur égalité et leur liberté formelles qui sont censées être leurs attributs, les usagers sont indifférenciés (il est inimaginable de retrouver leurs positionnements au sein de l’espace social) ; ensuite, compte tenu de leur “ mutisme ”, ils sont exclus de toute interaction et de tout échange symbolique, ce qui est un présupposé indispensable pour la possibilité d’une négociation ; enfin, parce qu’ils sont censés s’en tenir à une attitude consumériste, il n’est pas envisageable que les usagers entreprennent quelque forme d’action collective que ce soit (leur dimension collective résulte seulement de l’agrégation de leurs comportements).

Est-ce à dire qu’entre l’individu et l’État, il n’y aurait plus que des experts ? A regarder nombre de messages de prévention, on pourrait le croire tellement l’appel à la responsabilisation s’adresse aux individus singuliers sur le mode de prescriptions et d’interdits, ce qui indique un management autoritariste que les organisations les plus modernes ont abandonné depuis longtemps. Pourtant l’histoire sociale des deux derniers siècles invite à reconnaître l’importance du rôle qu’ont joué les collectifs de travail et leurs solidarités concrètes dans la constitution de la solidarité publique. De ce point de vue, **il est erroné de confondre l’État social et l’État providence** : celui-ci n’est qu’une composante du premier. L’État social, c’est aussi l’État planificateur (keynésien) qui soutient le développement de certaines options économiques, anticipées comme les plus favorables au développement social et à la santé publique ; c’est aussi l’État qui favorise la participation des citoyens aux décisions collectives et leur responsabilisation, qui peut faire émerger et accompagner une démocratie sociale. Cette dernière composante de l’État social (l’encouragement à la démocratie sociale et au débat public) constitue un contrepoint aux dérives de l’État providence (effets désincitatifs, seuils d’inclusion/exclusion, etc.).

Cependant, il apparaît que le travail politique nécessaire pour vivifier et animer cette composante est faible, voire quasi absent : le recours systématique à des experts incite à la dérive technocratique ainsi qu’aux décisions unilatérales et autoritaires. **L’enjeu est de susciter des groupements médiateurs**, c’est-à-dire de favoriser des collectifs intermédiaires entre l’individu et l’État : ces collectifs, lorsqu’ils existent, sont des forces de proposition de solutions alternatives parce qu’ils participent ainsi à l’animation du débat public. L’État ne peut pas prétendre éduquer chaque individu, contrairement à ce qu’il a longtemps prétendu en conservant le monopole des médias audiovisuels : en particulier, la responsabilisation préventive qui vise à susciter la modification des comportements individuels, manque très largement d’efficacité faute de tenir compte des collectifs existants et faute d’en susciter de nouveaux pour travailler à la transformation des conditions sociales et culturelles de tels comportements. D’autre part, le maintien du paritarisme actuel ne saurait suffire : il importe de prendre en considération d’autres collectifs que les syndicats, soit qu’ils se manifestent déjà (les groupements de chômeurs, par exemple), soit que les politiques travaillent la société civile pour en faire émerger de nouveaux, en particulier à partir du mouvement associatif. C’est de la négociation entre ces collectifs, qui dépassent des revendications corporatistes, et de l’État que pourraient advenir des principes ajustés et justes pour définir les procédures qui détermineraient les équilibres équitables entre les biens et services de santé, et pour mettre en œuvre les possibilités d’accès au panier de ces biens et services.

Une telle perspective permet de **substituer une logique de services coordonnés et évalués tant par les usagers que par les professionnels** à une logique d'institutions pilotées par l'État, ses experts et sa bureaucratie.

À partir de tels fondements, il est possible d'orienter les répartitions des biens et des services de santé dans le panier de la société française ainsi que leur distribution entre ses composantes. Pour l'essentiel, il s'agit de **remplacer** un État qui s'est simplement voulu animateur de la classe des élus locaux et des corporations professionnelles locales au lieu de " tout imposer " du centre, **par un État véritablement animateur de la société civile** pour que les citoyens ne soient pas de simples usagers ou clients toujours demandeurs d'un élargissement du " panier de santé " : au contraire, **ils se responsabiliseront s'ils sont associés** à la constitution de l'état des lieux de leur propre point de vue (en leur laissant le soin de hiérarchiser les souffrances telles qu'ils les supportent et les risques tels qu'ils les expérimentent) et à la détermination des biens et des services les plus appropriés, **bref, s'ils sont associés au débat de prise en compte et de décision en matière de santé.**

Ce passage en la confiance à faire à la société civile se heurte aux préjugés et à la résistance tant de la classe politique (qui se laisse bercer par l'image du " peuple-enfant " toujours " en déficit d'explication ") que des professionnels (que la longue socialisation aux spécialités médicales conforte dans la domination d'un savoir qu'on n'imagine pas, sinon partagé, du moins partageable, contrairement à ce que viennent de montrer les vingt dernières années d'expérience à propos du sida). Plus d'un siècle d'école obligatoire, sa démocratisation relative (en dépit de ses échecs ou de ses ratés) et un accès de plus en plus facile à toutes sortes d'informations grâce aux médias et aux nouvelles technologies de la communication donnent à nos concitoyens une multitude de ressources pour comparer expertises et contre-expertises, pour réfléchir, pour faire des propositions et pour se déterminer.

L'ultime enjeu reste celui du temps : à l'heure du capitalisme managérial réticulaire qui associe le " zéro défaut " au " zéro seconde perdue ", y aura-t-il collusion entre cette culture économique du " gain du temps " à tout prix et la culture médicale de l'urgence ? Une telle alliance nous ferait perdre l'accomplissement d'une condition de possibilité de la démocratie : pas de débat possible et pas de délibération sans disposer de longues plages de temps, sans (horresco referens) perte de temps ! Revenir à un certain " ralenti " permet d'apercevoir " ce qui ne passe pas " dans l'écoulement soutenu ou rapide des activités sociales, d'objectiver le " subliminal " que l'accélération elliptique de la vie rend imperceptible alors même qu'il produit toutes sortes de blocages.

L'adaptation et le renouvellement des orientations de justice sociale au sein du système de santé (et pas seulement du système de soins) de notre pays (tout comme à l'échelle de l'Europe) passent par ces mutations.

Le panier de biens et services : quelques principes d'action ?

**J. de Kervasdoué,
Chaire d'économie et de gestion des services de santé,
Conservatoire national des arts et métiers**

1. Introduction : nature et définition du problème

Dans les lignes qui vont suivre nous allons nous efforcer de répondre aussi clairement que possible aux deux questions suivantes :

- Qui choisit les prestations remboursées par l'assurance maladie à tous les Français ?
- Comment et en vertu de quels principes s'opèrent ces choix ?

La réponse à ces deux questions dépend bien entendu de la définition des “ prestations remboursées par l'assurance maladie à tous les Français ”, autrement dit, et il ne s'agit que de cela, du fameux “ panier de biens et de services ” ou “ panier de soins ”.

Définition du panier de biens et de services

Le panier de biens et de services d'une assurance maladie est constitué de l'ensemble des produits, des actes et des prestations remboursés en totalité, ou en partie, de façon systématique ou conditionnelle, par ce régime d'assurance à ses affiliés.

Cette définition conduit d'ores et déjà à trois constats :

- il existe aujourd'hui en France, tant pour les régimes obligatoires que complémentaires, un panier de biens et de services,
- définir ce panier ne se limite pas à borner l'ensemble des produits, des actes et des prestations remboursés, mais il convient simultanément de préciser dans quelles conditions et pour quels malades ces produits, actes ou prestations sont pris en charge par l'assurance maladie,
- les conditions de remboursement peuvent être médicales, économiques ou financières et concerner soit le produit (ou l'acte), soit le patient.

Ce n'est pas parce que l'appellation “ panier de biens et de services ” est nouvelle que les questions posées ici le sont aussi, elles sont aussi vieilles que l'assurance maladie. Il ne s'agit donc pas d'inventer de toutes pièces de nouveaux mécanismes, mais de voir dans quelles conditions les mécanismes en vigueur aujourd'hui pourraient être amendés.

2. Les composantes du panier de biens et de services et leurs raisons d'être

Un panier de biens et de services possède trois dimensions. Elles sont physiques, médicales et économiques.

2.1. La dimension physique

Composante

C'est celle connue de tous, c'est le " panier " au sens métaphorique du terme. Il est déjà, nous allons le voir, assez hétérogène. Il est constitué de :

- la liste des médicaments remboursés,
- la liste des produits médicaux remboursés, celle définie aujourd'hui par le TIPS⁵,
- la liste des actes médicaux remboursés, celle définie aujourd'hui par la NGAP⁶.

Comme le droit de prescrire des produits de santé est limité, ce panier n'existe que si l'on précise simultanément les professionnels et les institutions de santé habilités à le mettre à la disposition de la population. Il doit donc, pour être défini, s'enrichir de :

- la liste des professionnels de santé agréés,
- la liste des institutions de soins agréées : hôpitaux, cliniques, centres de santé...

et de leurs champs de compétence respectifs.

Raisons d'être

Pour arrêter ces listes, des principes différents peuvent être invoqués. Ils ne sont pas antinomiques mais complémentaires.

Le principe de l'efficacité : l'évaluation universelle

Ne devraient être acceptés au remboursement que des médicaments, des produits, des actes dont l'efficacité médicale a été prouvée par des recherches cliniques conformes aux normes actuelles en la matière, et non pas celles qui prévalaient au moment où ces produits et actes ont été pour la première fois mis sur le marché. L'évaluation réalisée à cette occasion mérite le qualificatif d'universel, car elle mobilise toutes les meilleures et les plus actuelles recherches mondiales.

Le principe de la compétence⁷

Sont habilités à délivrer des actes médicaux des professionnels de santé qui en ont acquis et démontré la compétence.

Le principe de la conformité aux normes

Sont habilitées à accueillir des patients les institutions qui ont, à la suite de procédure d'accréditation ou de certification, démontré qu'elles étaient conformes aux normes en vigueur.

⁵ Tarif interministériel des prestations sanitaires.

⁶ Nomenclature générale des actes professionnels.

⁷ Pour ce principe et le suivant c'est volontairement que nous évitons de nous référer à la notion de "qualité" car elle est galvaudée et imprécise.

2.2. La dimension médicale

Composante

Les conditions d'utilisation d'un produit ou d'administration d'un acte doivent dépendre des connaissances médicales du moment et de l'état du malade.

Contrairement à ce qui est encore le plus souvent la règle⁸ en France, les conditions de remboursement d'un produit ou d'un acte ne sont pas assorties de la vérification effective de la pertinence de leur administration. Certes les références médicales opposables (RMO) montrent la voie, mais cette procédure n'est encore que le tout premier pas du contrôle effectif des pratiques cliniques la " maîtrise médicalisée des dépenses de santé ".

Selon les pays concernés, le vocable utilisé porte différents noms : " élaboration de référentiels ", " élaboration de protocoles ", " managed care ", " evidence based medicine ". Dans tous les cas, il s'agit de vérifier si, compte tenu de l'état du malade, ce qui doit être prescrit, et seulement cela, l'a effectivement été.

La nécessaire évaluation locale

Depuis plus de vingt ans nous soulignons que le principe de l'efficacité de la substance ou de l'acte, nécessaire dans l'élaboration des listes de médicaments, de produits ou d'actes autorisés, ne suffit pas. En effet, rien ne dit que parce qu'un médicament est autorisé du fait de sa réelle efficacité thérapeutique, il soit toujours prescrit à bon escient ! Nous avons maintenant de nombreuses preuves que ce n'est pas le cas⁹. Nous savons en outre que, du fait de la croissance exponentielle des savoirs et des produits médicaux, il est impossible pour un médecin de suivre seul l'ensemble des évolutions techniques et scientifiques de la médecine. Or comment peut-on avoir le droit de tout (ou presque tout) prescrire alors qu'il est impossible de tout (ou presque tout) connaître ? Il est donc nécessaire de mettre en place des systèmes d'évaluation locale.

Ce n'est pas au ministère de la Santé ou à l'agence compétente que l'on peut vérifier si, par exemple, les règles d'asepsie ont bien été respectées chaque jour, pour chaque malade, dans chaque bloc opératoire de France. Il convient de le faire sur place. C'est cela " l'évaluation locale ". Elle est depuis longtemps entreprise par les ingénieurs et les gestionnaires du secteur industriel et commercial ; c'est l'essentiel de que l'on appelle dans ces secteurs " la gestion de la qualité ".

Le constat du fait qu'il est réellement nécessaire de développer l'évaluation locale en médecine est de moins en moins rejeté par les professionnels de santé. Du chemin a donc été parcouru, car ils ont longtemps prétendu que la déontologie de chacun, certes indispensable, suffisait ! Si la bataille des principes est gagnée, il y a encore loin de la théorie à la pratique. Les conditions de mise en œuvre sont nombreuses et posent de réels problèmes philosophiques, financiers et techniques. Comme il n'est pas question de faire suivre chaque professionnel de santé par un contrôleur, que faut-il contrôler ? Quel est le bénéfice et le coût de tout mécanisme de contrôle ? Qui doit le faire ? Comment ? Ces questions n'ont reçu en France que des réponses partielles et, le plus souvent, mal acceptées par les intéressés.

⁸ Les références médicales opposables (RMO) et les limites d'administration des produits pharmaceutiques sont, de fait, peu contrôlées.

⁹ J. de Kervasdoué, *La qualité des soins en France*, Paris, Editions ouvrières, 2000.

Raisons d'être

Ne pas nuire au malade, lui donner toutes les chances ouvertes par l'arsenal thérapeutique disponible, telles sont les premières raisons pour lesquelles il importe de mettre en œuvre des méthodes s'assurant de l'effective qualité des soins et pas seulement des conditions nécessaires à cette qualité¹⁰.

Ne pas engager de dépenses inutiles. Je crois que c'est Jean Bernard qui a dit que " tout ce qui n'était pas scientifique n'était pas déontologique " pour des raisons médicales certes, mais aussi économiques : des dépenses inutiles sont doublement scandaleuses car, d'une part, il serait possible de les affecter à d'autres fins et, d'autre part, les dépenses d'assurance maladie proviennent du travail des Français qui ont, au nom de la solidarité, été privés de la jouissance immédiate de sommes bien gagnées.

2.3. La dimension économique et financière

Il n'y a aucune raison a priori pour que tous les produits et tous les actes des listes précédentes, quel que soit le professionnel de santé qui les prescrit, soient remboursés pour tous les malades de la même façon. Le seul outil du panier n'est donc pas et ne doit pas se cantonner aux seules définitions et mises à jour de listes de médicaments ou d'actes. Outre les conditions médicales de prise en charge, il doit également préciser la nature et les conditions partielles ou totales du remboursement.

La dimension économique enrichit la gamme des outils disponibles et donne à l'assuré un signal, parmi d'autres, de l'utilité de tel produit ou tel acte.

Composante

La composante économique du panier de soins s'exprime par les choix précisés ci-après :

- la liste des maladies remboursées à 100 % (c'est aujourd'hui le cas des affections de longue durée, ALD),
- les conditions diverses, autres que la nature de la maladie du patient, qui donnent droit à un remboursement intégral (c'est par exemple aujourd'hui le cas des interventions chirurgicales dont la valeur de l'acte est supérieur à K50, bien d'autres conditions existent ou sont imaginables),
- les mécanismes de co-paiement, c'est-à-dire le ticket modérateur qui précise le montant laissé à la charge de l'utilisateur et donc, le cas échéant, assurable par un assureur qualifié de "complémentaire",
- les mécanismes de franchise, c'est-à-dire le montant en valeur absolue et non plus en pourcentage payé par le patient (l'exemple le plus familier est celui du forfait journalier de tout séjour hospitalier qui conduit à un hébergement).

¹⁰ J. de Kervasdoué, *La qualité des soins en France*, Paris, Editions ouvrières, 2000.

Raisons d'être

La solidarité

Si certaines personnes atteintes d'une maladie grave sont systématiquement remboursées à 100 %, c'est pour éviter que l'éventuel manque d'argent limite l'accès à des soins médicalement justifiés. Il en est également ainsi des interventions, des actes ou des médicaments particulièrement onéreux.

La limitation des dépenses globales

Une des hypothèses fondamentales de la théorie économique est de prétendre que plus les agents économiques payent un bien ou un service, moins ils consomment ce bien ou ce service. C'est de là que provient le qualificatif de "modérateur" du ticket du même nom. Bien entendu cette fonction disparaît en grande partie avec la CMU et la couverture totale d'une très grande partie de la population¹¹ : les dépenses médicales encourues deviennent financièrement insensibles à la très grande majorité des Français. C'est donc à leur assureur complémentaire de les représenter pour ce qui est de ce ticket modérateur.

La limitation de la part de l'assurance maladie dans les dépenses de soins

Dans ce cas il ne s'agit pas d'hypothèse et de raisonnement économique plus ou moins fondé, mais d'une simple règle de trois : plus le patient paye un acte, un médicament ou un séjour hospitalier, moins l'assurance maladie contribue financièrement à ce même acte, médicament ou séjour. C'est simple et ça marche au prix d'inégalités évidentes : le ticket modérateur est aveugle et ne distingue pas entre les riches et les pauvres !

L'efficacité

Certains médicaments ou services pourraient être mieux remboursés que d'autres simplement parce qu'ils sont médicalement plus efficaces. Il est par exemple curieux qu'en France, contrairement à beaucoup d'autres pays occidentaux, le ticket modérateur le plus élevé s'applique aux soins de première intention (la médecine de ville en général et plus particulièrement le médecin généraliste) où les soins ne sont globalement remboursés qu'à 56 % alors qu'à l'hôpital ils le sont à plus de 90 % !

De très nombreux autres principes peuvent également être invoqués dans ce domaine et, notamment, l'équité.

3. Légitimité, rationalité et rationnement des mécanismes de définition du panier de biens et de services

Pour revenir à ce que nous avons appelé la "composante physique" du panier et aux critères nécessaires à sa définition, ils sont en principe de deux ordres. Le premier est médical : toute thérapeutique faisant partie du panier doit être efficace. Le second est économique : chacune de ces thérapeutiques doit être efficiente ; c'est-à-dire que, s'il y a plusieurs manières également efficaces de soigner, il convient de choisir la moins chère.

Ces principes, s'ils étaient appliqués en France, conduiraient à quelques bouleversements, toutefois, à eux seuls, ils ne suffisent pas. En effet, ils ne prennent pas en compte le fait que les ressources financières sont toujours rares¹². Or, si l'on refuse souvent à ce que le marché fasse la loi au nom de la solidarité, il convient cependant de définir des limites ; mais qui le

¹¹ La contribution du ticket modérateur à la limite de la consommation de soins médicaux est abondamment débattue par les économistes de la santé (J. de Kervasdoué, *Santé pour une révolution sans réforme*, Paris, Gallimard, 1999).

¹² Ce principe de rareté, lui constaté chaque jour, est l'essence même de l'économie!

fait, selon quels principes, avec quels critères ? Quelle que soit la réponse à ces questions, **il s'agit dans tous les cas de mettre en place des mécanismes de rationnement** ! Le mot “ rationnement ” et la réalité qu'il est censé recouvrir le plus souvent n'ont pas bonne presse, mais quelle est la définition du rationnement ?

Les mécanismes de rationnement sont constitués de tous les mécanismes hors marché de limitation de l'offre.

Ils abondent dans le secteur de la santé. La définition d'une liste de médicaments autorisés en France, de médicaments ou d'actes remboursés, la carte sanitaire dans son ensemble, le numerus clausus des médecins... sont des exemples de mécanisme de rationnement.

La pénurie n'est associée au rationnement que si la contrainte physique ou financière est atteinte avant le point d'équilibre entre l'offre et la demande de ce marché fictif.

Le rationnement est par essence :

- visible (on sait qui, quelle institution élabore une liste ou plafonne un budget),
- discontinu (toute liste est limitée, tout budget est fermé, chacun de ces mécanismes a des effets de seuil),
- politique et bureaucratique (il s'agit toujours de la décision d'une personne et d'une instance et non pas d'une régulation automatique et invisible du marché¹³). Les questions de légitimité prennent donc une importance majeure. Elles tiennent simultanément à la nature de la décision et à celle du décideur.

Les mécanismes de rationnement ne disposent pas, comme la plupart des mécanismes de marché, de système autorégulateur, il importe donc d'être vigilant sur les principes qui les fondent et les modalités de leur mise en œuvre. Inadaptés, ils ne sont pas sans conséquences quelquefois lourdes pour les patients ou les assurés.

La très grande majorité des mécanismes utilisés pour définir les dimensions physique, médicale et économique du panier de soins sont des mécanismes de rationnement : des mécanismes hors marché de limitation de l'offre.

Quelques “ pathologies ” du rationnement et donc des méthodes les plus couramment utilisées pour définir le panier de soins :

- La pénurie : le refus d'accès aux soins par des listes d'attente ou l'incapacité d'être assuré, la dotation budgétaire qui conduit à ne pas offrir des actes médicalement efficaces. C'est de cette conséquence néfaste que le rationnement tire son image négative, mais elle est loin d'être la seule.
- La rente : certains hôpitaux disposent de budgets plus généreux que s'ils existaient des mécanismes de marché concurrentiels entre établissements de soins ; des médicaments à l'efficacité incertaine sont toujours remboursés...
- La barrière à l'innovation : il faut plusieurs mois, et le plus souvent plusieurs années, pour qu'un acte nouveau soit coté, pour qu'un médicament ou un bien médical innovant soit admis au remboursement.
- La barrière à l'entrée : il est impossible aujourd'hui en France, à une équipe de jeunes médecins et gestionnaires de créer¹⁴ un nouvel établissement de soins. Les mécanismes de carte sanitaire, dans ce cas, protègent ceux qui sont en place.

¹³ Personne ne définit en France les prix des raquettes de tennis. Ils sont ce qu'ils sont en fonction de la loi de l'offre et de la demande.

¹⁴ Ils peuvent en racheter un s'ils arrivent à trouver les fonds nécessaires.

- La création d'inégalités : du fait de limites budgétaires notamment se perpétue un rationnement " passif ", par exemple les campagnes de dépistage du cancer du sein n'atteignent le plus souvent que 50 % des personnes potentiellement concernées.
- La perte de qualité : du fait de contraintes administratives et financières, le médecin réalisera par exemple une radiologie conventionnelle alors que, compte tenu des connaissances du moment, le cas du malade requérait une IRM. Cette forme est pernicieuse car elle est le plus souvent cachée.
- ...

Si nous insistons sur ces déviations, maintes fois constatées en France, c'est parce qu'il ne suffit jamais de définir des acteurs, ce que nous allons faire et des principes, ce que nous venons d'esquisser, encore faut-il mettre en place des mécanismes de gestion qui fonctionnent et définir des responsabilités qui sont lourdes de conséquences pour les personnes ou les institutions qui ne les prennent pas. Or, aujourd'hui il est souvent beaucoup plus dangereux dans ces domaines pour un responsable qui a " un projet de carrière " de prendre des décisions que de ne pas en prendre ! L'avantage des mécanismes de marché c'est qu'ils contraignent les décideurs au mouvement, sous peine de mort institutionnelle. Puisque le marché, pour des raisons qui tiennent à la justice sociale, ne peut être le mécanisme dominant¹⁵ de régulation, il importe d'imaginer des systèmes d'adaptation efficaces. Vaste programme !

4. Le rôle des différents acteurs

4.1. Les industriels

C'est ce rôle qui, à ce stade, est le plus clair, le plus simple à définir. Le marché des produits de santé est un marché mondial. Tout produit nouveau qui a subi les tests exigés par les instances de réglementation nord-américaines ou européennes est immédiatement connu. Il est de l'intérêt de l'industriel de le proposer au marché européen, le deuxième marché mondial, très proche en valeur du marché nord-américain.

Le rôle de l'industriel est donc d'offrir, de proposer et, plus tard, s'il est accepté comme un des éléments du panier de soins, d'en maintenir la qualité et les spécifications.

4.2. L'État

Il se compose du parlement, du gouvernement et de l'administration à laquelle nous associons toutes les agences concernées par les questions de santé. Si nous ne voulons pas être noyés dans des analyses complexes de sciences politiques et administratives en précisant les détails des compétences de chaque élément de cet ensemble, nous remarquerons avec d'autres que, pour des raisons d'équité, **c'est à l'État d'arrêter le contenu du panier de soins**. Rappelons la complexité de ce " contenu " à la fois physique, médical et économique et disons que les institutions actuelles conviennent. Il leur manque un chef d'orchestre clairement identifiable et des moyens d'expertise permettant de suivre l'évolution des pratiques médicales¹⁶.

¹⁵ Les mécanismes de marché ou de quasi-marché sont néanmoins très sous-utilisés en France.

¹⁶ Faut-il souligner que l'excessive lenteur, pour utiliser un euphémisme, de la NGAP est un scandale depuis longtemps dénoncé, sans effet réel! Ce mal guettait la classification en GHM du PMSI. Des instances viennent d'être créées. Donnons-leur le bénéfice du doute.

La seule question que nous évoquerons ici sera celle du **niveau de détail** dans la définition de ce panier. Cette question est centrale. Si le gouvernement souhaite donner une certaine autonomie aux caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et complémentaires dans la gestion de ce panier et si, simultanément, l'État définit dans le moindre détail le contenu de ce panier, les caisses n'auront plus de marge de négociation avec les institutions et les professionnels de santé ! Si, en revanche, la définition est trop grossière, des inégalités trop lourdes dans la couverture des assurés s'instaureront du fait de trop grandes différences constatées entre les caisses d'affiliation qui auront à gérer le panier.

La tendance culturelle française étant de pousser l'égalité jusqu'à la paralysie, le risque du détail excessif me paraît être le seul véritable danger. L'État devra accepter de ne pas tout définir et expliquer pourquoi justement il n'est pas souhaitable de rentrer dans trop de détails immédiatement obsolètes. Ce serait donc aux caisses d'assurance maladie de les négocier avec les professionnels et institutions de santé.

4.3. Les caisses d'assurance maladie

Nous venons d'en définir le rôle principal : celui de négocier avec les professionnels et institutions de santé, au nom de leurs affiliés, les conditions de mise en œuvre du panier de soins. Le panier des soins s'impose à tous. Il appartient aux caisses financées par l'impôt et les cotisations sociales d'offrir **au minimum** ce niveau de garantie à leurs affiliés.

Si elles le peuvent, il doit donc leur être possible d'offrir une meilleure garantie, soit seules, soit en partenariat avec les assureurs complémentaires, de moduler les tarifs et les prix sous la contrainte de la composante économique du panier, de contrôler le volet médical du panier et donc le bien fondé des prescriptions.

4.4. Les assureurs complémentaires

La seule question les concernant est la définition de leur degré de liberté à l'égard des caisses d'assurance maladie d'une part et des professionnels et institutions de santé d'autre part. Le fait que leur niveau de remboursement des médicaments, actes et séjours soit fortement associé à celui du panier limite la tentation, pour de nombreux hommes politiques, de transférer des charges du régime obligatoire vers les régimes complémentaires.

La conséquence de cette stratégie est évidente : leur liberté d'action est alors fortement réduite¹⁷. Le rôle est de même nature que celui des assureurs complémentaires : négocier, contrôler, rembourser.

4.5. Les institutions de santé et les prestataires de soins

Ils sont libres de ne pas passer d'accord avec les financeurs des régimes obligatoires et complémentaires. Cette liberté, rarement exercée pour des raisons économiques évidentes¹⁸, devrait avoir pour contrepartie le respect du contrat dans toutes ses formes : le contenu physique du panier, ses composantes médicales et économiques.

En fait, nous avons vécu en France avec une négociation entre deux monopoles : les producteurs de soins d'une part et les caisses d'assurance maladie d'autre part avec pour acteur – de plus en plus – et arbitre – de moins en moins - : l'État.

¹⁷ Le fait que la Mutualité Française ait eu pour politique de ne pas rendre solvable les dépassements et le secteur 2 a certainement contribué à limiter, en France, la croissance des dépenses de santé.

¹⁸ Le financement par l'assurance maladie rend la demande des patients solvable.

En outre, depuis de très nombreuses années, les professionnels de santé passent des accords, ne les respectent pas et ceci impunément.

Si les patients peuvent un jour choisir la caisse chargée de gérer leur panier de soins financé par des fonds publics, et si cette caisse dispose d'une marge de manœuvre pour négocier avec les producteurs de soins des conventions les incitant à la qualité et à l'efficacité, une émulation s'installera. Les Français en seront les bénéficiaires. Les praticiens et institutions qui n'auront pas su s'adapter paieront un prix qui pourra aller jusqu'à leur retrait du secteur. Il suffit de regarder ce qui s'est passé depuis quinze années en Amérique du Nord pour se rendre compte qu'il ne s'agit pas de spéculation intellectuelle mais de restructuration lourde, c'est d'ailleurs pour cela que rien ne s'est encore passé en France.

4.6. Les Français

Le nom utilisé ne l'est pas au hasard : il s'agit ni de patients, ni d'affiliés mais de citoyens à la fois cotisants et usagers actuels ou potentiels. Nous savons que les Français sont à la fois généreux¹⁹, jaloux de leur liberté, sensibles à toute forme d'inégalité et réticents à payer impôts et cotisations sociales et ceci, vraisemblablement, dans l'ordre indiqué pour ce qui est du secteur de la santé.

Il me paraît difficile de les contraindre sans leur laisser de choix disposant aujourd'hui, ils n'en ont pas conscience, d'une liberté, dans ce domaine, unique au monde !

Si donc une modification du panier de soins va, comme nous le pensons, vers des contraintes accrues du fait de l'évolution de la médecine et des finances publiques, il nous semble important de leur offrir plus de liberté : le choix de la caisse gestionnaire tout en garantissant l'égalité par une définition large mais pas trop détaillée du panier de soins.

5. Quelques regards vers l'étranger

La très grande majorité des pays occidentaux ont précédé la France dans ce type de réflexions (Royaume-Uni, Pays-Bas, Pays nordiques, Canada, États-Unis...). Que peut-on tirer de leurs expériences ?

- L'exclusion de médicaments ou d'actes chirurgicaux du panier est politiquement nécessaire mais financièrement très peu prometteuse, notamment parce que pratiquement tout ce qui existe sur le marché est un jour médicalement utile à quelqu'un ! Il faut donc attendre de cette exercice plus une légitimité renforcée que des économies majeures.
- L'analyse de l'efficacité médicale relative des différentes thérapeutiques par la méthode des QALYs²⁰ qui fut menée dans l'État d'Oregon a conduit à de très nombreux débats mais n'a jamais été suivie d'effets ! Le budget de prise en charge des pauvres (Medicaid) a été augmenté pour éviter précisément qu'elle soit appliquée !
- Ce n'est d'ailleurs pas parce qu'une technique médicale est efficace qu'elle est nécessairement remboursée. Il en est ainsi le plus souvent des mesures de prévention en France, nos caisses, rappelons-le une fois encore, sont " d'assurance maladie " et non pas " d'assurance santé ".

¹⁹ Il suffit de regarder les cotes de popularité des hommes publics.

²⁰ Quality adjusted life years (QALY), méthode permettant de calculer en année de vie sans handicap le bénéfice obtenu en investissant une somme de x francs.

- La seule voie véritablement prometteuse est celle ouverte par le “managed care” américain (que l’on peut traduire par “gestion du risque” mais dans un sens bien différent de celui donné aujourd’hui par l’assurance maladie). Le panier de soins n’est, dans ce cas, pas seulement physique et économique comme en France, mais aussi fortement médical et donc conditionnel. Il ne dépend pas du seul produit, acte ou hôpital, mais de l’usage qui en est fait pour un patient précis, ayant une pathologie ou un état clinique déterminé.
- Pour mettre en place ces techniques il faut, au moins pour les pathologies onéreuses et/ou fréquentes :
 - construire des référentiels,
 - pouvoir suivre la réalité de leur suivi par le corps médical et donc disposer d’un système d’information approprié (codage des actes et des pathologies),
 - être capable de modifier tout comportement qui s’écarte de ces recommandations par des mécanismes d’incitation et, le cas échéant, des pénalités.
- La concurrence entre régimes ayant à gérer un panier de soins préalablement défini semble avoir aux Pays-Bas un réel effet d’émulation, mais l’impact global et chiffré n’a pas pu être encore précisément évalué.

Il n’y a pas un remède simple qui par enchantement pourrait résoudre les problèmes de nos systèmes de soins mais une série d’actions, de mesures, de débats publics dont nous manquons cruellement en France, notamment pour la définition du panier de soins. Cet élément essentiel de la politique de santé existe, il y a bel et bien un panier de soins composé de tous les éléments que nous avons rappelés, nous n’estimons pas encore qu’il soit nécessaire d’en débattre publiquement !

Les quelques tentatives courageuses, qu’il s’agisse de la commission de la transparence, de la Cnamts²¹ ou de la Mutualité Française²² n’ont eu pour succès que des succès d’estime et, dans le meilleur des cas, des effets à retardement et que la mèche était longue ! Mais, n’avons-nous pas, selon l’OMS, le meilleur système de santé au monde²³ ?

²¹ Le plan stratégique de la Cnamts comportait plusieurs propositions courageuses.

²² La position de la FNMF sur les médicaments génériques date de plus de vingt années !

²³ Le fait que cette organisation internationale se soit trompée dans ses calculs, notamment du niveau d’éducation en France, et qu’elle ait réalisé une pondération mondiale à partir d’un échantillon de mille personnes employées pour la plupart par cette institution ne va tout de même pas nous empêcher ce cocorico final.

Commentaires sur le panier de biens et services de santé

Alain Letourmy
Cermes/CNRS

L'approche proposée dans le rapport du Haut Comité de la santé publique est intéressante dans la mesure où elle suggère fortement de modifier la logique de régulation du système de santé en accordant d'abord attention aux besoins de santé publique, avant toute autre considération économique qui s'apparenterait à un rationnement de l'offre ou de la demande. À plus d'un titre il s'agirait d'une évolution considérable des principes de fonctionnement du système de santé français et il est apparemment fécond de suivre la voie qui est ouverte ici.

De mon point de vue, cette approche ambitieuse atteint vite ses limites, car on se heurte sans cesse à deux écueils : l'irréalisme ou l'arbitraire de la démarche. D'une part il n'est guère réaliste qu'on obtienne un changement radical du système en mettant l'accent sur l'élaboration d'un outil comme le panier de biens et services de santé (PBS) qui pose toute une série de problèmes fondamentaux, sans réfléchir sur la conduite du processus de changement. D'autre part l'application a minima du PBS dans le système actuel amènerait à mobiliser des critères apparemment rationnels, mais en réalité arbitraires pour décider de ce qui sera dans ou en dehors du PBS.

1. Quelle solidarité ?

1.1. Le PBS conçu dans le cadre du dispositif actuel de financement

Du point de vue de la solidarité, il semble assez naturel d'envisager le panier de biens et services de santé dans le cadre d'un régime obligatoire d'assurance maladie équivalent à celui que connaît la France. En effet, même si ce dispositif (fondé sur l'assurance maladie de la sécurité sociale sous contrainte financière globale) n'est pas parfait, il présente des caractéristiques intéressantes, en plus de la mutualisation du risque propre à toute couverture assurantielle : il organise une redistribution verticale, il offre aux bénéficiaires une garantie " vie entière " sans sélection à l'entrée et ne repose pas sur un ajustement individuel de la cotisation au risque. En outre, ses lacunes vis-à-vis du principe d'universalité de la Sécurité sociale ont été partiellement comblées par la CMU²⁴. Si l'on se place dans ce cadre, ce seront la notion de risque et les garanties stipulées à travers les prestations statutaires et contraintes par l'Ondam²⁵ qui présideront implicitement à la définition du PBS. Pour reprendre les termes du rapport, la conception du PBS sera faite par défaut et la question est alors de savoir si le financement par l'assurance maladie obligatoire permet de tirer tous les avantages supposés de cet outil. Pour y répondre, il est a priori utile d'examiner comment la définition du panier interfère avec la notion de risque d'une part, la gestion de la contrainte financière d'autre part.

²⁴ Couverture maladie universelle.

²⁵ Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Risque et panier

Entendue au sens étroit, la notion de risque implique une séparation entre deux types de dépenses : d'une part celles qui sont la conséquence de la maladie, dont l'occurrence est supposée imprévisible au niveau individuel et qui ont vocation à être couvertes ; d'autre part les autres dépenses de santé qui ne découlent pas de la réparation d'un état de santé dégradé par la maladie survenue de manière imprévisible.

Dans ce cadre assez strict, les dépenses correspondant à de la prévention ou à de l'éducation pour la santé n'ont pas à être couvertes automatiquement et il y a débat quant à la prise en charge de dépenses de soins qui seraient parfaitement prévisibles, comme celles qui sont inéluctables en fonction du vieillissement individuel, synonyme de dégradation naturelle de l'organisme. Si elles étaient appliquées, ces formes d'exclusion devraient avoir une incidence sur la définition du panier de santé. Mais cette approche assez brutale de l'assurance n'est pas exactement celle qui est utilisée pour définir la couverture maladie et on peut la nuancer, soit à partir d'arguments relevant de la bonne gestion du risque pour l'assureur, soit en prenant acte de la fragilité de la notion de dépense de soins imprévisible dans le contexte d'une assurance solidaire. Du coup, la notion de risque ne constitue pas en elle-même un cadre trop contraignant pour le développement de l'approche du PBS, mais il reste à démontrer que celle-ci peut apporter une innovation réelle par rapport au dispositif de couverture existant.

Du point de vue de l'assureur, il peut être avantageux d'encourager la prévention ou l'éducation pour la santé, si les activités correspondantes aboutissent effectivement à réduire la dépense associée aux sinistres (moindre occurrence de la maladie, occurrence de maladies traitables à moindre coût). Ce sont les seules activités de ce type qui devraient être candidates à une entrée dans le panier dans une logique orthodoxe d'assurance, après qu'on ait établi leur intérêt en termes de réponse aux besoins. Si les calculs déjà faits en matière de vaccination et de dépistage laissent penser qu'une bonne partie de la prévention médicale a des chances d'être incluse dans le panier, on peut se demander si les actions dont l'efficacité reste floue ont la moindre chance d'y entrer. Ainsi en est-il de tout ce qui relève de l'éducation pour la santé, dont l'efficacité est difficile à concevoir et à mettre en évidence (ce qui ne veut pas dire qu'elle est inexistante). De ce fait il reste à démontrer que, sur ce point particulier, la situation actuelle serait significativement modifiée en matière de couverture en faisant référence à la notion de panier de biens et services dans une problématique qui reste fondée sur la notion de risque.

L'assurance maladie ne fait, en pratique, qu'un usage très modéré de la notion de dépense prévisible, même si l'une des justifications (parmi d'autres qui sont peut-être plus convaincantes) de la faible prise en charge des dépenses de lunetterie et de soins dentaires renvoie à l'inéluctabilité de celles-ci. En effet, dès lors que l'assurance obligatoire solidaire est antinomique avec toute sélection fondée sur l'état de santé des personnes, le caractère prévisible des dépenses consécutive à une intervention professionnelle est difficile à fixer a priori. De ce fait il est difficile d'établir une hiérarchie des dépenses en fonction de leur caractère plus ou moins prévisible, hiérarchie qui cadrerait la démarche de définition du panier ou bien qui lui fournirait un critère opérationnel. Sur ce point, l'application qui est faite de la notion de risque dans le cadre de l'assurance maladie de la Sécurité sociale ne limite pas la réflexion sur le PBS, mais ne l'alimente pas non plus.

Enveloppe et panier

À l'évidence, l'existence d'une contrainte financière va à l'encontre d'un développement autonome de la démarche de définition d'un panier de biens et services, c'est-à-dire fondée sur les besoins. En effet, s'il existait un critère de classement des biens et services indépendant du coût de chaque candidat au panier, définir le PBS à l'intérieur d'une

enveloppe financière serait facile. Il suffirait d'écartier les biens et services à partir du rang correspondant à l'épuisement de l'enveloppe. Mais il n'y a aucune raison pour qu'un critère de ce type existe. Des méthodes de classification des biens et services existent qui aboutissent à des groupes équivalents de coûts et il reste à qualifier ces groupes en termes de besoins, mais on peut les contester.

Ainsi, le rapport du Haut Comité a voulu écartier sans justification véritable des critères de type QALY²⁶. Il n'est pas certain qu'on puisse trouver des solutions de remplacement. En vérité la démarche a toute chance de déboucher sur une procédure arbitraire, peut-être beaucoup plus difficile à mettre en place que la contrainte actuelle de financement qui est globale par secteur, mais assez peu sélective dans son principe. Il faut être conscient de ce que la compatibilité d'un panier et d'une enveloppe est douteuse, si on cherche à l'obtenir à grande échelle et non sur une partie de l'activité de soins (cf. CMU). Ce constat n'est-il pas celui qui a empêché l'aboutissement de la Commission Dunning ? Sans doute peut-on juger a posteriori que le panier " implicite " qui a résulté de l'historique de l'admission des actes et des biens médicaux au remboursement par l'assurance maladie n'est pas optimal en termes de réponse aux besoins. Mais il faut s'interroger sur les raisons de cette non-optimalité. Est-ce la nomenclature qui est en cause ou l'application qui découle de l'organisation du système et de son financement ? Si l'on cherche à maintenir le dispositif actuel de financement avec ses contraintes budgétaires et si l'on veut éviter l'instauration de critères arbitraires, il est probable que toute tentative de " retournement " de la démarche, fondée sur la construction du PBS, se traduira par un toilettage utile de la nomenclature actuelle, car n'entraînera pas une modification plus profonde, qui buterait soit sur l'enveloppe, soit sur les principes d'organisation du système.

1.2. Le PBS conçu dans le cadre d'un autre dispositif de financement

Pour éviter cette déception, voire cette impasse, de la démarche du PBS, la réflexion doit porter sur la contrainte budgétaire publique dans le système actuel ou sur l'organisation même du financement du système, sujets évidemment délicats. Cette orientation ne pourrait à mon sens déboucher sur un changement sans que soit organisé un processus de concertation des acteurs de la santé, motivé et de grande ampleur.

La première voie consiste à conserver le cadre de l'assurance maladie obligatoire, mais à respecter le principe de l'assurance en acceptant d'ajuster, en moyenne, les cotisations à la dépense. La méthode ne consiste pas à poser la question de l'entrée de biens et services dans le panier de l'assurance maladie dont le budget est prédéfini, mais d'ajuster les recettes de l'assurance au volume probable de biens et services d'un panier qui est considéré comme le meilleur vu les besoins des assurés. Sans préjuger de la méthode de définition du PBS (experts, commission profane, etc.), il y a tout lieu de penser que la démarche va aboutir à une dépense supérieure à ce que l'Ondam prévoit.

Mais les propriétés du système actuel seraient conservées en termes de solidarité et l'on aurait, en théorie, un panier légitime en termes de santé publique. Cette voie est-elle utopique ? Qu'est-ce qui garantit que le PBS serait un instrument plus robuste qu'une nomenclature et qu'il ne pourrait être aussi facilement adapté aux aspirations des professionnels ? C'est là toute la limite d'une réflexion qui est focalisée sur un outil et qui débouche sur la mise à plat de tout le système de financement et (probablement) de rémunération des professionnels.

L'autre voie consiste à s'affranchir du financement complet par l'assurance maladie obligatoire, à définir le contenu du PBS et à mettre en place un autre dispositif de

²⁶ Quality adjusted life years, méthode permettant de calculer en année de vie sans handicap le bénéfice obtenu en investissant une somme de x francs.

financement, dont les propriétés en termes de solidarité devraient être étudiées et comparées à celles du système actuel. Dans un exercice de ce type, on sent qu'il est nécessaire de prendre en considération d'une part des arguments en faveur d'un panier minimal, reposant principalement sur des jugements d'experts et des données établies scientifiquement dans le cadre de la pensée médicale, d'autre part des arguments en faveur d'un panier élargi correspondant à ce qui est souhaité par les usagers considérés comme consommateurs de soins. Par exemple, pour fixer les idées en acceptant d'être caricatural, le panier minimal serait justiciable d'un financement socialisé intégral et pourrait être fondé à la fois sur un critère de type "risque vital" (incluant l'activité préventive) et sur une garantie d'accès aux soins primaires. Tout ce qui sortirait de ce panier minimal serait à financer individuellement, mais évidemment selon des modalités encadrées par la loi. Le panier élargi pourrait comprendre un ensemble plus complet de biens et services et en particulier des services efficaces, mais d'utilité disparate (exemple, chirurgie esthétique), ou des services difficiles à évaluer, mais a priori adaptés à des problèmes de mal-être (exemple, psychanalyse). Le financement de ce panier élargi pourrait être conçu selon un principe mixte : financement socialisé pour partie, assurance avec options soumises à sélection, épargne santé. La solidarité correspondant à ces paniers serait d'une nature différente de celle que propose la sécurité sociale.

2. Quels critères d'efficacité et d'efficience ?

Faire mention de critères d'efficacité et d'efficience est inévitable dans une démarche de rationalisation de l'utilisation des biens et services de santé. Mais en pratique la production de critères généraux et robustes découlant de ces notions et servant a priori à la sélection d'activités est sujette à caution. En outre il faudra s'interroger sur la compatibilité entre la l'instrumentation de telles notions et la volonté de construire un PBS consensuel entre professionnels et profanes, car les uns et les autres n'ont pas la même compréhension de l'efficacité et de l'efficience.

S'il paraît logique de conditionner l'entrée d'un bien ou service de santé dans le panier à la démonstration de son efficacité, mesurée par une amélioration de la santé des personnes qui le consomment, il faut accepter quelques conventions pour mettre en pratique ce principe. En effet un critère d'efficacité existe pour une activité lorsqu'elle s'applique à un patient dont l'état de santé fait l'objet d'un codage médical précis. Les biens et services constituant un traitement ou plus généralement un protocole de prise en charge d'une maladie peuvent ainsi donner lieu à l'évaluation d'une efficacité clinique. Il est alors assez simple de fixer un niveau d'efficacité pour décider de l'entrée dans le PBS. L'application stricte d'un critère de ce type amènerait à construire le PBS en références aux données de l'EBM (evidence based medicine) et ferait sans doute écarter 25 à 30 % des traitements actuellement pratiqués. Mais l'existence d'un critère simple d'efficacité n'est pas systématique au regard de l'ensemble des biens et services de santé.

Par exemple il n'est pas facile de concevoir l'efficacité d'une consultation de première intention, ni celle de tous les biens et services appréciés par les patients en termes d'amélioration de la qualité de vie. Dans ces cas de figure (en pratique très fréquents) il faut convenir de ce qui est acceptable à l'entrée du PBS sans chercher à toute force une justification en termes d'efficacité. Par exemple, il pourrait être opportun de faire entrer dans le PBS tous les recours de première intention (biens et services primaires) et de n'utiliser un critère d'efficacité que pour les protocoles secondaires associés à des niveaux assez précis de diagnostic ; il faudrait aussi s'entendre sur les indicateurs de qualité de vie susceptibles de fournir l'évaluation de certaines activités.

La notion d'efficience se prête encore plus difficilement à une mobilisation systématique en matière de biens et services de santé. Elle peut être utilisée toutes les fois que des substitutions techniques sont possibles, mais en dehors de ces cas, il faut s'entendre sur

une unité commune de résultat pour décider d'accepter ou de refuser un bien ou un service dans le panier au vu de l'efficacité de sa production. À nouveau, on revient à une discussion sur les QALYs ou tout autre grandeur du même genre.

Il n'est donc pas aussi simple de dire que " les critères d'efficacité et d'efficacité déterminent le périmètre du PBS ". Ce périmètre est incomplet et il reste une part d'incertitude assez importante pour apprécier la pertinence de faire entrer tel bien ou service dans le panier.

3. Quelle équité d'accès aux soins ?

Les questions d'équité en matière d'accès aux soins sont délicates car il faut les aborder en termes financiers, physiques et culturels. Il n'est pas possible d'imaginer à la fois un égal accès physique pour tous et une planification rationnelle de l'offre qui introduit des distorsions pour les équipements spécialisés. En revanche il pourrait être envisagé de moduler le co-paiement en fonction de la distance, en considérant que l'éloignement réduit l'aléa moral. Il est clair qu'on va là vers un système très complexe et incompatible avec les principes généraux de la sécurité sociale.

Le risque moral est par ailleurs une notion chère aux assureurs, mais qui devrait être étudiée finement dans le domaine de la santé, dès lors que l'on veut privilégier la réponse aux besoins et le recours précoce aux soins. Il n'y a évidemment pas d'obligation à couvrir le PBS à 100 %, mais si on le fait et si l'on veut limiter l'aléa moral, il convient de fixer les règles du jeu en expliquant quels abus ne seront pas tolérés et comment ils seront sanctionnés. À nouveau on va vers la complexité pour un profit difficile à apprécier.

La discrimination selon le revenu existe à ma connaissance dans des pays comme l'Irlande ou le Danemark, mais elle se traduit en pratique par l'existence de plusieurs secteurs de soins. Il semble difficile de l'envisager sans la coupler avec un dispositif d'" opting out " qui, à supposer qu'il soit constitutionnel, modifierait radicalement le système fondé sur les principes de la sécurité sociale. On retrouve ici le PBS comme vecteur d'une réforme profonde dont la faisabilité sociale ne me semble pas évidente.

4. Prévention et éducation pour la santé

La prévention et l'éducation pour la santé posent des problèmes par rapport à la notion de risque, comme il a été dit plus haut. Mais, dès lors qu'elles relèvent d'une activité professionnelle individualisable (actes médicaux par exemple), elles ne sont pas différentes de la médecine curative quant à leur classification en vue d'une entrée dans le panier. En revanche, s'il s'agit d'interventions non individualisables ou n'impliquant pas des professionnels (accès à l'information par exemple), il semble délicat de les intégrer à la démarche PBS.

5. Les acteurs

La question posée sur les rôles et les responsabilités des acteurs est cruciale, mais il faudrait beaucoup de temps pour y répondre, car elle implique forcément une réflexion sur l'agencement institutionnel du système. À vrai dire, la mise au point d'une méthodologie de débat sur le PBS entre tous les acteurs évoqués (prescripteurs, assureurs, État, industriels, usagers) constituerait la seule manière d'envisager une réponse. Mais je ne suis pas sûr que cette voie soit praticable.

6. Régionalisation

Si le PBS est d'abord une réponse aux besoins, on voit mal pourquoi il ne serait pas régionalisé, c'est-à-dire décidé de façon autonome dans chaque région et variable in fine selon la région. Il est presque inutile de dire que la démarche du PBS serait là très novatrice.

Conclusion

La notion de PBS est en fait assez ambiguë, car porteuse de deux problématiques entre lesquelles il est important de choisir pour cadrer l'exercice. Il me semble que ce choix a été fait lorsque le PBS a été effectivement traduit dans la pratique (Oregon, CMU) et qu'il se rattache alors à une idéologie particulière de traitement de la pauvreté et de l'exclusion.

Selon la première problématique, le panier de biens et services peut être considéré comme un ensemble à vocation universelle dans les systèmes marqués par une intervention publique : on peut alors l'identifier dans tous ces systèmes de santé et ce qui sert à articuler toute la demande et toute l'offre de soins dans un contexte tutélaire constitue un avatar du panier. Le panier serait là une notion fondamentale, voire fondatrice, susceptible, si l'on parvient à préciser les règles de sa définition optimale, de transformer radicalement le système. Cette option est très riche et a vocation à faire évoluer le système dans le sens d'une réponse équitable et solidaire à tous les besoins, de l'amélioration de la qualité des soins et de la participation des usagers aux décisions. Mais ce n'est pas une petite affaire que d'obtenir un consensus de tous les acteurs sur cette démarche (Pays-Bas) et il reste à démontrer qu'il existe un optimum à cet égard, à moins que l'on considère qu'un optimum de second rang (qui traduise en fait un certain rapport de forces) soit une réponse correcte et pérenne au problème posé.

La plupart des questions formulées en termes de solidarité, d'équité sont évidemment différentes si l'on accepte de revoir les principes qui fondent le système existant, mais il reste à démontrer que la réflexion sur le PBS constitue la bonne méthode pour aborder ce grand débat.

Mais le panier se présente aussi comme un simple outil de hiérarchisation des biens et services, quoiqu'il ait vocation à résulter d'un algorithme complexe. Cet algorithme est à construire en prenant en considération des notions comme les besoins, l'efficacité des réponses proposées par les professionnels et leur efficacité, mais le panier est censé s'intégrer au sein du système où il doit s'appliquer et il est susceptible de respecter les principes qui fondent l'organisation de celui-ci. Cette seconde option est plus opérationnelle et sa faisabilité sociale semble avérée mais il faut s'interroger sur la capacité de la démarche à changer tout le système ou, ce qui revient au même, à s'appliquer à toute la population.

D'un point de vue factuel, les paniers de biens et services qui ont été définis sur un mode de hiérarchisation semblent avoir concerné des franges de population situées en dehors du dispositif légitime et dominant (Oregon, CMU), quels que soient les efforts faits pour éviter des traitements discriminatoires (CMU). On peut soutenir l'hypothèse que le panier de biens et services relève dans ce cadre de la notion de filet de sécurité ou plus généralement d'une logique de rationnement de l'intervention publique. Ainsi la formulation basique du problème est alors de savoir comment décider de l'entrée dans une enveloppe fixée les divers biens et services correspondant aux activités de soins et de prévention. Cette logique de rationnement correspond à l'identification de l'ensemble minimum de biens et services que l'État estime devoir à tous. Son expression consumériste (panier) rappelle qu'elle privilégie la satisfaction des besoins, mais de façon limitée, compte tenu de la rareté des ressources posée a priori. La notion de panier a son pendant en termes d'offre : le "paquet minimum d'activités" (PMA) qui est censé être dispensé dans toutes les formations de santé des pays à faible revenu. Le PMA ne préjuge pas du mode de financement des activités et il est compatible avec la participation financière des usagers, qui est effective. Il renvoie bien lui aussi à une logique de rareté, qui semble là aussi aller de soi.

Si le PBS est effectivement un instrument de gestion rationnelle des ressources rares, ses objectifs ne peuvent être grandioses et il semble qu'il faudrait le dire en ouvrant le débat sur le sujet.

Panier de soins : Quelques éléments chiffrés sur les taux de remboursement actuels des régimes obligatoires de sécurité sociale selon l'âge, le sexe et le milieu social

A. et A. Mizrahi, ARgSES (Arguments socio-économiques pour la santé)

Nous nous référons au panier de soins implicite défini comme l'ensemble des services et biens médicaux remboursés par les régimes obligatoires de sécurité sociale associés au taux de remboursement relatif à chacun de ces biens et services (cf. rapport " Le panier de biens et services de santé " du Haut comité de la santé publique). Les différences de consommations médicales selon l'âge, le sexe et les principales caractéristiques socio-économiques, milieu social, mode de protection, niveau d'instruction, revenu, etc. sont maintenant assez bien connues, nous présentons ici quelques éléments chiffrés sur les taux effectifs de remboursement par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Ces taux sont le résultat de mécanismes réglementaires complexes relatifs à la fois au type de soins et à la personne et sont rarement le fruit de véritable décision.

Le champ des biens et services pouvant donner lieu à remboursement est relativement bien défini (cf. rapport cité p. 3-4), ainsi que les taux réglementaires de remboursement, résultats de stratifications historiques d'arbitrages entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé et une logique devenue assez floue au cours du temps, proche à l'origine de celle de " service médical rendu ". Au-delà des incohérences de ces taux soulignées fréquemment²⁷, les taux effectifs de remboursement s'écartent des taux réglementaires du fait essentiellement de trois dispositions de nature différente et obéissant à des logiques différentes :

- la prise en charge à 100 % de soins relatifs à certaines affections réputées longues et coûteuses ou pour d'autres motifs liés à l'état de santé, grossesse, invalidité, etc. On passe donc d'une logique de " service médical rendu " à une logique par pathologie, ce qui entraîne des taux de remboursement effectifs variables pour un même type de soins selon l'exonération partielle ou totale du ticket modérateur de la personne ;
- la prise en charge à 100 % de tous les soins pour des motifs sociaux (RMI) ou de meilleur taux de remboursement pour des régimes spéciaux plus favorables, SNCF, Alsace-Moselle, etc. ;
- l'existence de dépassement d'honoraires non pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Ces dépassements que tous les praticiens n'utilisent pas dans la même mesure induisent des taux de remboursement effectifs différents selon le type de soins et des taux de remboursement pour un même type de soins différent selon les aires géographiques ou le milieu social par exemple.

Par le jeu combiné de ces principaux mécanismes, exonération du ticket modérateur et dépassement d'honoraires, les taux de remboursement ne peuvent être connus précisément a priori, ni a fortiori régulés.

1. Disparités des taux de remboursement selon l'âge et le sexe

Les paniers de soins, " soins effectivement utilisés par les patients et taux de remboursement ", sont donc variables selon l'âge. Ainsi, pour les soins de spécialistes dont la consommation augmente peu avec l'âge, les taux de remboursement aussi augmentent

²⁷ Une appendicectomie remboursée à 100 %, une observation de plusieurs jours en service de médecine remboursée à 80 %, une consultation remboursée à 70 %, les analyses prescrites à 60 % alors que les patients ne prennent pratiquement jamais l'initiative en ce domaine.

peu avec l'âge alors que pour les soins de généralistes et surtout infirmiers, dont la croissance avec l'âge est forte, les taux de remboursement croissent de la même façon. Seuls les taux de remboursement des soins dentaires diminuent avec l'âge, cette décroissance s'explique par la péréquation qui est faite entre les soins conservateurs bien remboursés, dont le recours varie peu avec l'âge, et les prothèses qui augmentent fortement et sont très mal remboursées, sur la base de forfaits très éloignés des prix pratiqués par les chirurgiens-dentistes. Cette anomalie bien connue n'obéit à aucune logique claire puisque ne faisant pas appel à une solidarité entre malades et non-malades mais revient à faire payer, en partie, aux patients se faisant faire des prothèses, les soins conservateurs des autres patients.

Le taux de remboursement effectif des hommes est toujours supérieur à celui des femmes sauf aux âges de la maternité, ce qui peut être induit par les pathologies plus graves, en termes de pronostic vital, des hommes que des femmes ou par un comportement discriminatoire quant à l'exonération du ticket modérateur, soit au niveau de la demande, soit à celui de l'octroi. En tout état de cause, les taux de remboursement moins élevés pour les femmes pour tous les types de soins ne sont pas non plus le fruit d'une décision des législateurs, des administrateurs ou des professionnels de santé mais le résultat imprévu de ces mécanismes complexes (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Taux de remboursement par la sécurité sociale selon le type de soins par âge et sexe

	2 -15 ans	16- 39 ans	40- 64 ans	65-79 ans	80 ans et +	Hommes	Femmes	Ensemble
Généralistes	67,6	69,2	71,3	76,8	81,4	73,9	70,6	71,9
Spécialistes	64,4	68,9	69,3	72,7	72,6	70,9	68,5	69,5
Médecins	66,0	69,0	70,1	74,5	77,6	72,3	69,4	70,6
Dentistes	50,7	42,5	31,2	27,0	35,7	37,3	35,1	36,1
Analyses	61,3	70,1	67,8	74,5	77,7	71,0	70,1	70,4
Infirmiers	65,6	79,1	88,4	94,2	94,9	91,8	90,9	91,2
Kinés.	75,6	80,3	80,3	81,2	88,6	82,0	78,2	79,7
Pharmacie	59,2	63,5	71,2	75,1	78,2	74,0	67,4	70,3
Optique	28,5	3,8	3,3	3,6	4,7	6,4	5,9	6,1
Ens. Ville	61,6	63,4	63,6	70,6	78,4	67,9	64,2	65,8
Hospital.	98,6	98,3	98,5	98,4	98,6	98,6	98,3	98,4
Ensemble	83,1	78,7	77,8	75,6	82,6	81,7	77,1	79,2

Source : Données Credes - Appariement EPAS-ESPS année 1995 - 1 8 742 personnes - Calculs ARgSES

Notons cependant que la consommation de soins de ville des femmes est supérieure d'environ 30 % à celle des hommes et le remboursement de 27 %. La consommation hospitalière est proche pour les deux sexes, ainsi que les taux de remboursement. De ce fait

les montants remboursés pour les femmes ne sont supérieurs que de 9 % à ceux des hommes.

2. Disparités d'accès aux soins et des taux de remboursement selon le milieu social

Les comportements et les possibilités financières variables selon les milieux sociaux entraînent à la fois des recours aux soins différents, phénomène assez bien connu, mais aussi des taux de remboursement différents.

Quelques que soient les sources analysées, les groupes sociaux dont la personne de référence est salariée se situent dans le même ordre de dépense croissante pour les soins de ville : cadre supérieur, profession intermédiaire, employé, ouvrier qualifié, manoeuvre-ouvrier spécialisé, et de dépense décroissante pour l'hospitalisation, les indépendants occupant une place intermédiaire entre les professions intermédiaires et les employés. Les soins de ville plus élevés des plus favorisés étant en quelque sorte compensés par une plus faible hospitalisation alors que c'est l'inverse pour les moins favorisés. La dépense médicale moyenne varie donc peu selon le milieu social, ce qui n'implique aucune conclusion sur la qualité ou l'efficacité des soins reçus par les uns et par les autres, compte tenu de leur état de santé que nous savons différent.

In fine, c'est la structure des soins qui varie selon le milieu social, avec une place très différente consacrée à l'hospitalisation, aux soins de spécialistes et de dentistes.

Tableau 2 : Structure des soins selon le milieu social

	Cadre Sup.	Prof. inter.	Employé	O.Q.	O.S.	Indép.	Ensemble
Spécialistes	13,4	9,3	8,1	6,8	5,0	10,4	8,4
Dentistes	12,0	10,9	5,6	7,3	4,5	3,9	7,9
Ambulatoire	73,1	64,0	58,7	52,6	47,5	70,5	59,1
Hospitalisation	26,9	36,0	41,3	47,4	52,5	29,5	40,9
Dépense totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Appariement EPAS-ESPS 1995, L. Com-Ruelle, S. Dumesnil " Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux " Credes n° 1269 - 4 517 personnes.

Le jeu complexe des variations des taux de remboursement selon le type de soins, de l'exonération du ticket modérateur plus élevé dans les milieux moins favorisés, des consommations médicales différentes selon le milieu social, entraîne des taux de remboursement par la sécurité sociale en général plus élevés pour les groupes les moins favorisés. Il convient de préciser cependant que les écarts de consommation sont tels que, si le montant des remboursements par personne est globalement supérieur pour les groupes défavorisés essentiellement du fait de leur hospitalisation, par contre pour les soins de ville, les montants remboursés sont relativement stables selon le milieu social ; pour les soins de spécialistes ou dentaires, plus élevés pour les cadres et les professions intermédiaires, pour la pharmacie et les soins de généralistes, plus élevés pour les ouvriers.

Tableau 3 : Taux de remboursement par la sécurité sociale selon le type de soins par milieu social

	Cadre Sup.	Prof. inter.	Employé	O.Q.	O.S.	Indép.	Ensemble
Généralis.	65,2	68,8	71,8	74,9	77,2	69,8	71,9
Spécialis.	63,5	70,5	72,0	75,6	76,7	46,9	69,5
Médecins	64,0	69,8	71,9	75,2	76,9	54,9	70,6
Dentistes	26,7	36,1	37,9	41,3	45,6	26,9	36,1
Analyse s	70,4	70,6	72,5	74,2	78,0	43,0	70,4
Infirmiers	89,5	89,8	91,6	91,5	91,9	92,8	91,2
Kinési.	73,7	76,0	79,2	83,9	83,9	75,8	79,7
Pharmacie	68,4	68,7	70,1	72,4	73,6	64,8	70,3
Optique	5,1	5,5	6,3	7,3	7,9	4,8	6,1
Ens. ville	57,0	63,2	66,9	69,9	73,4	60,1	65,8
Hospital.	96,9	98,2	98,4	98,6	98,7	97,9	98,3
Ensemble	67,7	76,7	79,7	82,3	87,0	73,7	79,2

Source : Données Credes, appariement EPAS-ESPS année 1995 – 18 742 personnes - Calculs ARgSES.

Éléments de réponse au questionnaire du Haut Comité de la santé publique sur la question du panier de biens et services de santé

Vincent Ravoux, CPAM de la Seine-Saint-Denis

1. L'introduction du panier de biens et de services de santé permettrait de simplifier notre réglementation en matière de protection sociale. D'une part, les droits seraient ouverts uniquement sous condition de résidence régulière en France. Les différents régimes de sécurité Sociale seraient unifiés. Les soins seraient pris en charge intégralement à l'intérieur du panier de biens et de services, le droit de choisir de l'assuré s'exerçant en dehors du panier de biens et de services. C'est là où la concurrence s'exercerait entre organismes complémentaires. Au passage, la CMU serait absorbée par la nouvelle réglementation.

2. J'ai des difficultés à concevoir un système global permettant de déterminer le périmètre du panier de biens et services de santé et d'en prévoir les mécanismes d'entrée-sortie.

C'est pourquoi je propose de faire reposer la réflexion sur quelques exemples concrets, d'en faire l'expérimentation avant de généraliser un concept. Parmi les thèmes susceptibles d'expérimentation, je propose la prise en charge du diabète de type 2, le dépistage et le traitement du cancer du sein. D'une façon plus générale, les affections de longue durée sont prioritaires du fait de leur gravité médicale et de leur enjeu économique.

3. La question du risque moral ne doit pas être surévaluée, car elle existe déjà. 85 % de la population a une couverture complémentaire et l'introduction de la CMU a bouleversé le paysage. Autrement dit, les soins sont déjà remboursés de fait à 100 %, les tranches intermédiaires basses étant les plus défavorisées.

À ce propos, la dispense d'avance des frais doit être associée au panier de biens et de services.

- La participation financière des assurés se fait au moment du versement des cotisations sociales ou de la CSG. Introduire une modulation supplémentaire équivaldrait à payer deux fois.
- L'introduction du panier de biens et de services sera en fait un facteur d'équité, car tout le monde aura un accès à des soins de qualité.

Il est sûr cependant, mais comment faire autrement, que le niveau de revenu permettra de couvrir plus ou moins de biens et services de santé en dehors du panier (comme c'est d'ailleurs le cas)²⁸.

4. Pour déterminer s'il faut intégrer la prévention et l'éducation dans le champ du panier de biens et services de santé, je suggère de segmenter la question :

- en cas de pathologie identifiée (exemples : diabète, HTA), l'éducation et la prévention liée à la maladie me semble relever sans équivoque du panier,
- en cas de situation socio-sanitaire identifiée (exemples : grossesse, prise en charge d'un jeune enfant, situation liée au vieillissement...), je fais la même réponse.

²⁸ Cf. l'étude récente du Credes sur la couverture complémentaire.

- Les actions de dépistage ou de vaccination organisées relèvent également du panier de biens.
- Le problème le moins facile me semble être les campagnes de prévention et d'éducation liées à un déterminant général de l'état de santé (exemple : la consommation de tabac ou d'alcool, les accidents de la route...). Il me semble que ce type d'actions devrait être identifié au sein d'un fonds spécial alimenté non seulement par des ressources provenant du secteur de la protection sociale, mais également d'autres financeurs. Pourquoi ne pas utiliser un système proche de l'écotaxe ?
- Les actions relevant de l'éducation (au sens général), de l'environnement ou de la sécurité alimentaire me semblent en dehors du champ du panier de biens.

5. Voici comment je vois la répartition entre les différents acteurs.

- L'État expert alimente la réflexion des usagers sur les priorités de santé à retenir en proposant au débat un rapport d'orientation sur les priorités de santé publique au cours des trois à cinq années à venir. Les usagers en débattent, le modifient, le complètent. D'un point de vue pratique, le système des conférences régionales de santé me semble encore le meilleur moyen d'associer le maximum d'acteurs. Si l'enjeu est réel, il y aura mobilisation.
- Le rapport ainsi amendé est repris par les experts issus, cette fois-ci, du milieu des professionnels de santé, des assureurs et bien sûr de l'État. L'objectif est de déterminer les éléments pratiques pour mettre en œuvre les priorités identifiées : éléments en amont (exemple : éducation scolaire, sécurité alimentaire...), actions liées au système de santé, thérapeutiques acceptées, coût financier. À cette occasion, les assureurs négocient la nomenclature nécessaire, les tarifs et autres incitations financières avec les professionnels pour les thérapeutiques acceptées qui, seules, font partie du PBS. Ils adaptent en conséquence les conventions qui les lient avec les professions de santé (par exemple en matière de formation professionnelle).
- L'État (le parlement) arrête sur la base de ce rapport une loi de programmation de santé publique d'une durée de trois à cinq ans, révisable chaque année. Cette loi ne comprend que trois à cinq objectifs et précise l'ensemble des éléments pratiques nécessaires à son exécution, ainsi que le budget associé. Cette loi n'a pas pour objectif de reprendre l'ensemble de la réponse aux besoins de santé de la population, mais simplement d'en rendre quelques-unes ultra prioritaires.
- Les prescripteurs restent libres de leur thérapeutique. Les assureurs associés à la profession en contrôlent la qualité et la pertinence.
- La responsabilité opérationnelle sur le terrain est confiée à une structure régionale de type agence régionale de santé. C'est notamment cette agence qui a la responsabilité financière de l'objectif.
- Chaque année, un rapport sur l'exécution du programme et sur les résultats obtenus est soumis à la discussion des usagers et du parlement. La loi de financement décline le budget annuel consacré aux priorités de santé.
- Les collectivités locales peuvent accompagner la réalisation de ces priorités en négociant un contrat d'association. Les programmes régionaux de santé sont revus dans ce sens.

L'avantage de cette solution est de sérier les problèmes en les centrant sur des questions prioritaires de santé susceptibles de rencontrer l'adhésion des acteurs. Le dispositif s'inscrit dans la continuité en valorisant les points forts de l'existant et en répondant aux critiques faites au système actuel.

Une évaluation de la procédure peut être réalisée relativement facilement.

Au fond, ce qui est proposé est à mi-chemin des systèmes mis en place dans l'Oregon et en Grande-Bretagne.

6. Je suis défavorable à une modulation régionale du panier de biens et services de santé pour trois raisons :

- Une raison pratique mais déterminante : la gestion d'un panier de soins explicite n'est pas encore opérationnelle et pose des difficultés importantes. La complexifier encore par une gestion régionale me semble hasardeux.
- Une raison d'observation : est-on sûr que les différences entre régions sont telles qu'elles nécessitent une modulation régionale ? N'y a-t-il pas une sorte d'effet d'optique ? Pour prendre un exemple, la mortalité due à une consommation excessive d'alcool est inégale selon les régions, mais faut-il, pour cela, que le panier de biens et services de santé surestime ou sous-estime les services y afférents, selon la région. On peut noter au passage une forte convergence des programmes régionaux de santé des différentes régions.
- Enfin, les inégalités de santé font intervenir des déterminants multiples qui ne sont pas exclusivement du secteur de la santé. Avoir un panier adapté spécifiquement à une région donnée, sans que son accès soit mieux assuré, ne sert finalement pas à grand-chose.

À mon avis, s'il n'est pas utile de moduler régionalement le panier de biens et services de santé, en revanche, il est nécessaire de moduler les ressources permettant sa disponibilité et dont l'usage est susceptible d'agir sur les déterminants en amont.

Éléments de réponse au questionnaire du Haut Comité de la santé publique

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Si les principes de solidarité et d'équité conduisent à la notion de panier de soins, les critères d'inclusion doivent comprendre, outre ceux d'efficacité et d'efficience, qui sont premiers, des critères " non scientifiques " d'utilité sociale (individuelle) et sociétale. Ces deux derniers critères, certes seconds en matière de couverture maladie, sont tout aussi légitimes que les précédents si l'on veut respecter le principe de démocratie sanitaire.

1.1. Quelle conception de la solidarité ?

On doit retenir pour principe que chacun finance selon ses moyens et reçoit selon ses besoins pour l'ensemble du champ couvert.

La France distingue le sanitaire et le social, au contraire du Québec par exemple ; cette option pose des problèmes :

- théoriques : les deux champs ne sont pas exclusifs l'un de l'autre,
- techniques : elle impose de trancher au sein d'un " besoin global " entre une composante pathologique, physiologique ou sociale
- pratiques : les professionnels comme les bénéficiaires sont tentés, en fonction de la prise en charge ou non par la solidarité, de faire glisser un besoin d'un champ vers l'autre.

D'où la nécessité de cerner le plus précisément possible ce qui relève, exclusivement ou non, du champ sanitaire.

1.2. Problématique de la prise en charge

Si le panier est composé de prestations efficaces, efficientes et utiles, leur prise en charge doit être suffisante pour garantir leur accessibilité et donc l'équité d'accès. Bien entendu, les conditions de prise en charge peuvent être rigoureuses : indications, conditions d'exécution, etc. Elles peuvent également se limiter à certaines indications et/ou équipements, et/ou compétence.

La réglementation actuelle est :

- extrêmement complexe et coûteuse à gérer : ticket modérateur (TM) variable selon le produit (médicament : 35, 65, 100 %), le prestataire (70 ou 65 %), le site (hôpital à 80 %, ville à 70 %), la pathologie, le geste (K > 50), sujette à d'innombrables exceptions,
- incertaine pour les bénéficiaires qui peuvent se voir appliquer un reste à charge imprévisible (dentaire, TIPS).

Peu de pays développés l'utilisent, même si, en raison du poids croissant de la couverture maladie dans l'économie générale, de plus en plus de " reste à charge " forfaitaire voit le jour (en Allemagne par exemple).

Cette réglementation utilise le ticket modérateur comme un frein mécanique et **aveugle** à la consommation (hormis les nombreux cas d'exonération lorsque ce ticket modérateur risque de devenir une barrière infranchissable - soins trop coûteux ou trop nombreux) ; elle pourrait être améliorée et s'orienter vers une modulation de la participation du bénéficiaire en fonction de ses choix au regard de sa conduite d'usager : " nomade " consommant librement

au jour le jour, ou engagé dans une démarche de coordination des soins, de transparence et de responsabilité. Au moyen d'une modulation, établie progressivement, fléchée, en fonction du degré d'implication de l'assuré (prévention/éducation pour la santé), multiplication des stratégies préventives et thérapeutiques, émergence rapide de la transparence dans tous les domaines ainsi que du consumérisme, avènement de l'autonomie de l'individu.

Autrement dit, l'efficience de la dépense socialisée du panier est accrue par :

- la focalisation sur ce qui est efficace et utile,
- mais également par la modulation de sa prise en charge, qui devrait être fonction :
 - du prix : tarif de référence pour les médicaments par exemple,
 - du comportement du bénéficiaire, informé et éclairé.

Cet objectif suppose une action concertée des régimes obligatoires et des organismes complémentaires tirant sa légitimité d'un objectif commun de qualité. C'est ainsi que doit être compris l'accord du 10 mars 1999 passé avec les organismes d'assurance complémentaire.

2.1. Critères de constitution du panier

Sur son périmètre général, on peut décrire trois ordres de contraintes : le technique - et les prestataires de soins sont en droit de demander le financement de méthodes efficaces de soins -, l'économique - et la représentation nationale doit décider du montant global de son effort -, le politique - représentant le souci d'équité et, sous certaines conditions, les besoins et les choix des usagers.

Pour ce qui concerne l'assurance maladie, elle peut et doit :

- peser pour obtenir une enveloppe aussi large que possible ;
- négocier avec les autres acteurs (offreurs, producteurs, usagers) le contenu du panier et surtout ses tarifs ;
- leur restituer régulièrement ses constats ainsi qu'à l'État, afin de maintenir au mieux le panier.

Les prestations devraient et être, bien entendu, assorties de conditions précises de prise en charge et répondre à un arbre de décision faisant intervenir les paramètres suivants :

- degré d'efficacité : traitement radical ou diagnostic certain, traitement suspensif ou amélioration diagnostique significative (c'est-à-dire avec modification pronostique franche), traitement symptomatique efficace, modéré, etc.
- gravité de la pathologie : risque vital, fonctionnel, etc.
- prévalence.

2.2. Quels modèles d'entrées-sorties ?

Il devrait être établi que toute nouvelle modalité diagnostique ou thérapeutique significative doit impérativement s'accompagner d'une remise à plat des recommandations ou enseignements précédents concernant la ou les pathologies en cause, et/ou le réexamen de l'ensemble des produits de la classe ; le principe de substitution doit devenir la règle.

Les introductions doivent systématiquement être à durée définie tant dans leurs libellés/indications que dans leurs tarifs, et revues au bout d'un maximum de cinq ans. Il est indispensable d'assurer la " respiration " du panier, afin d'en rendre possible la maintenance.

2.3. Quels scénarios d'impact ?

L'impact prévisible dépend trop des divers scénarios préalables pour pouvoir utilement être défini à ce stade.

Toutefois, on peut relever que des déports massifs non expliqués médicalement d'une technique ou d'un produit vers un autre doivent faire discuter une tarification inéquitable (ou devenue telle, ce qui est le cas le plus fréquent actuellement).

3.1. Risque moral

Le risque moral intervient peu dans les prestations en nature, mais davantage dans celles en espèces. L'évitement des conduites " à risque " est motivé par le risque de manque à gagner (typique, le ski chez les médecins libéraux) et non par la certitude d'être remboursé des frais médicaux. C'est donc un faux problème. Toutefois, on peut y ajouter les conduites de recours illégitime à une meilleure couverture maladie : faux accidents du travail, par exemple.

Le risque de maintien de conduites à risque existe (fumer, ne pas observer un régime alimentaire correct - le cas échéant sous médicament hypolipémiant, conduire après avoir bu de l'alcool). Rien n'indique que la non-prise en charge de ces risques les réduira significativement.

Le risque de surconsommation existe ; c'est la responsabilité des acteurs de la santé et, dans une certaine mesure, de la structure même du panier, de lutter contre les consommations inutiles, par exemple en mettant des incitatifs sur les prescripteurs.

3.2. Participation financière aux prestations modulée en fonction du niveau de ressources

En raison de la position prise sur la conception de la solidarité, la réponse est évidemment non. Elle aboutit inéluctablement et pratiquement d'emblée à une mise sous condition de ressources de la protection maladie.

Il suffit d'observer la distribution des revenus et des dépenses de soins, pour constater qu'un ticket modérateur de faible ampleur (2 500 ou 3 000 F/an) redéployé au deux tiers au-dessus du revenu médian aboutit en pratique à éliminer de tout remboursement les personnes entre 5 et 55 ans, à l'exception des femmes enceintes...

L'assurance maladie disparaît ainsi de leur paysage quotidien pendant la période même au cours de laquelle se construisent leurs repères sociaux, et durant laquelle ils cotisent... !

En outre, cette participation serait, par construction, marginale (aucune participation autre que symbolique n'est envisageable dans certains cas : hémophilie, cancers, etc.). Enfin et surtout, elle signe l'arrêt de mort de l'assurance maladie publique et obligatoire : aucun principe ne pourrait interdire aux revenus élevés de se mutualiser au sein d'assurances privées.

4. Prévention

La prévention et l'éducation font partie des soins dans la mesure où l'école, le monde du travail, les médias ont un rôle direct dans l'éducation et la prévention. On se borne ici au rôle des professionnels de santé.

Les deux questions suivantes sont liées : on peut distinguer deux modalités d'intervention du professionnel de santé :

- l'une de type " individuel " pour un patient donné nécessitant conseils, vaccin, prévention du suicide, d'alcoolisme, etc. Elle fait partie de tout acte et doit être rémunérée de la même façon que le reste de l'activité du professionnel de santé. On ne voit d'ailleurs pas comment inventer des notes de plombier (à l'acte ou à la capitation) indiquant que pour Mme Michu, on a passé un quart du temps en certificat, un quart en acte technique, et la moitié en interrogatoire, examen et tenue du dossier... ;
- l'autre de type " collectif " en participant, pour l'ensemble de la patientèle, à une campagne organisée : dans ce cas, la rémunération peut être globale, ou sous forme de capitation par patient concerné.

5. Rôles et responsabilités des acteurs

Les professionnels sont responsables de la qualité des soins qu'ils délivrent ainsi que du maintien de leur propre compétence. Rémunérés par des fonds publics, mais surtout bénéficiant d'un monopole professionnel (corporations), ils doivent respecter certaines obligations et rendre des comptes à la communauté. Pour les mêmes raisons, leurs conditions d'exercice doivent être relativement claires et prévisibles ; leur mise en cause (notamment judiciaire) doit être encadrée.

Les assureurs doivent non seulement solvabiliser la consommation de soins (et pas l'offre), mais se doter des moyens de vérifier que leur dispensation respecte la qualité, l'équité et l'efficacité. Ils doivent donc disposer des moyens de peser sur l'offre, quantitativement et qualitativement. Ils doivent disposer de collaborations économique et juridique capables de les aider à négocier des prix et des accords avec les professionnels et les industriels. Ils doivent développer leur pôle médical et statistique pour orienter leurs décisions.

L'État doit fixer les règles de constitution du panier, le valider, déterminer l'enveloppe de la solidarité sanitaire, vérifier l'usage qu'en ont fait les autres acteurs (choix du détail du panier et des tarifs, résultat sanitaire), fixer les priorités (notamment en matière de prévention/dépistage/éducation).

Les industriels doivent seulement démontrer les qualités de leurs produits. Encore faut-il qu'ils le fassent complètement et en respectant les règles élémentaires d'éthique : banc d'essai avant expérimentation animale, elle-même avant expérimentation humaine ; publication de tous les résultats, même négatifs, etc. Il reste beaucoup à faire.

Les représentants des usagers devraient se mettre progressivement en mesure de trier, dans le discours des " producteurs " et celui des pouvoirs publics, ce qui paraît conforme aux besoins et aux souhaits de leurs mandants et, réciproquement, ce qui paraît compatible avec les possibilités de financement. Autrement dit, acquérir un rôle et une responsabilité d'intermédiaires. Ce qui renvoie à la notion de démocratie sanitaire. En définitive la légitimité de l'assureur lui vient des usagers/assurés.

6. Modulation régionale du panier

Cette idée est à rejeter pour au moins trois catégories de raisons :

- " La réduction des inégalités régionales de santé " est, à l'échelle de la France, doublement un faux problème ; les inégalités intrarégionales, voire intracommunales sont **beaucoup plus marquées et inéquitables** : faut-il un panier différent entre les 13^e et 5^e

arrondissements de Paris ? Les inégalités de santé ne sont pas solubles par le panier, mais bien davantage par des mesures sociales et de politique générale.

- Le développement technologique ainsi que les facilités de transport auraient déjà dû imposer et imposeront certainement à l'avenir une hiérarchisation des plateaux techniques, de plus en plus interrégionale, voire internationale : ces techniques coûtent très cher et ne sont performantes qu'entre des mains entraînées, avec des seuils d'activité importants. La France, à l'heure de l'Europe, doit-elle mettre en œuvre vingt-deux paniers pour la seule métropole ?
- Elle résulte d'une confusion entre inégalités de santé et inégalités d'offre, voire de consommation de soins. On arrive ainsi à augmenter les dotations budgétaires de régions (Poitou-Charentes ou Corse notamment), dans lesquelles la santé est plutôt meilleure qu'ailleurs, mais où l'équipement hospitalier et la consommation hospitalière sont plus faibles, **essentiellement parce que ce sont les hôpitaux d'autres régions qui prennent en charge les malades**. C'est l'offre de certains services qu'il faut adapter aux situations sanitaires locales et non le panier qu'il faut moduler ! À titre d'exemple, le " panier de soins de pédiatrie " n'a pas de raison de différer entre le sud et le nord de la France. Mais on constate une densité forte de pédiatres au sud (où la moyenne d'âge est élevée) et faible au nord (où la moyenne d'âge est plus basse avec un indice de natalité plus fort...).

CONCLUSION

L'établissement d'un panier de soins élaboré, financé et maintenu selon de tels critères entraînerait un profond bouleversement des rôles des acteurs actuels de la santé.

Ce bouleversement n'est pas obligatoirement synonyme de complexification : un certain nombre d'institutions vénérables disparaîtraient sans doute. De même que des clivages artificiels de champ de compétence (État/Cnamts) ou de financement (public/privé). Le jeu des acteurs serait sans doute plus lisible pour le public – et les gouvernements.

Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
Mél : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
<http://www.hcsp.ensp.fr>

Président

Bernard Kouchner
Ministre délégué à la Santé

Vice-Président

Gilles Brückner

Rapporteur général

Roland Sambuc

Membres

Lucien Abenhaim
Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Pierre-Louis Bras
Christian Bréchet
Yves Charpak
Pascal Chevit
Jean-Pierre Claveranne
Alain Coulomb
Édouard Couty
Daniel Defert
Jean-François Dodet
Isabelle Durand-Zaleski
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegorzulka
Pierre Guillet
Gilles Johanet
Jacques Lebas
René Roué
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général

Lucien Abenhaim, directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

