



LE « PANIER DE SOINS » : UNE NOTION EN TROMPE-L'ŒIL ?

DENIS PIVETEAU *

L'expression revient en leitmotiv : le « panier de soins », ou encore le « panier de biens et services de santé » s'est imposé comme un concept récurrent de toute réflexion sur la régulation des dépenses d'assurance maladie.

Pourtant, la notion n'a pas la simplicité qu'on pourrait croire. S'il faut en donner tout de même, d'entrée de jeu, la définition couramment admise, on peut dire que le « panier de biens et services » n'est autre chose que *l'ensemble des produits et des actes qui sont remboursés, en totalité ou en partie, par un organisme d'assurance maladie à ses affiliés*. « Produits et actes », « Biens et services » : ces formulations synonymes englobent tout ce qui peut être administré à un malade et couvert par son assurance sociale, qu'il s'agisse du geste médical ou paramédical classifié selon ce que l'on appelle les « nomenclatures » (aussi bien la consultation du généraliste que tel ou tel acte chirurgical spécialisé), qu'il s'agisse des médicaments remboursables, ou des objets les plus divers qui interviennent dans les soins, du pansement au *pacemaker*, et que l'on appelle les « dispositifs médicaux ».

En somme, le « panier de biens et services de santé » de l'assurance maladie n'est pas autre chose que la liste de tout ce que l'on peut faire ou administrer en vue de soigner, prévenir ou dépister les maladies, et qui entre dans le périmètre de prise en charge de notre assurance collective. Notion à première vue essentiellement descriptive, au point qu'on peut se demander - en première analyse - si elle mérite l'intérêt qu'on y attache.

* Maître des requêtes au Conseil d'État - Vice-président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.



Il faut remonter à la loi du 27 juillet 1999 créant la « couverture maladie universelle » (CMU), pour comprendre les raisons qui l'ont placée sur le devant de la scène. Cette loi a, on le sait, créé une couverture complémentaire gratuite en faveur des personnes à très faible revenu, c'est-à-dire une prise en charge intégrale du « ticket modérateur » sur tous les actes médicaux et les médicaments, ainsi que sur une « liste¹ » de soins dentaires et de dispositifs médicaux.

Pour établir la « liste » en question, il a donc fallu, pour la première fois, énumérer par voie d'arrêté ministériel les soins dentaires et les dispositifs médicaux qui devaient figurer dans ce « minimum indispensable » accessible gratuitement à toutes les personnes admises à la CMU. Cette élaboration *ex nihilo* fut ainsi la première démarche de construction explicite d'un « panier de soins », à la fois sélectif et complet sur le plan sanitaire. Dans le contexte, la notion prenait une connotation minimaliste : il s'agissait de se poser la question de l'essentiel et de l'accessoire, et de dégager, dans la profusion de l'offre médicale, ceux des soins dentaires et des dispositifs médicaux qui étaient vraiment indispensables à la bonne santé d'un individu ordinaire².

Or, il se trouve que cette réflexion sur la couverture totale d'un « noyau dur » de biens et services indispensables, s'inscrivant donc dans une optique de santé publique, rejoignait au même moment une autre ligne de réflexion visant plutôt à maîtriser les dépenses d'assurance maladie, par le recentrage des dépenses collectives sur un « cœur de cible » plus stratégique.

Ainsi, sous l'influence de diverses expériences ou réformes conduites à l'étranger (la réforme emblématique tentée par l'État de l'Oregon, aux États-Unis, en 1989, ou la réforme Dekker-Simons et les travaux de la commission Dunning aux Pays-Bas en 1991), l'idée s'est progressivement imposée que l'assurance maladie n'assurerait sa pérennité qu'à la condition de mieux maîtriser son périmètre. En d'autres termes, il allait falloir faire des choix pour conserver l'essentiel, ces choix passant par une définition plus sélective du « panier de biens et services » remboursables. Dans un tel cadre, toute la question est évidemment de savoir selon quelles règles et quels critères il convient d'inclure un acte ou un produit dans la liste - plus restreinte - des actes et produits qui restent remboursables.

Cette logique régulatrice a connu une première expression publique importante dans le « plan stratégique » de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), en 1999³. Mettant en avant la notion de « service médical rendu », ce plan proposait toute une série de mesures de recentrage des remboursements sur un périmètre un peu plus étroit, en privilégiant les produits ou les soins médicaux qui apportaient une preuve scientifique de leur efficacité. C'est ainsi, par exemple, qu'il



proposait de cesser de rembourser les médicaments homéopathiques et la plupart des cures thermales. Mais ces propositions sont restées à l'état de proposition.

À la même époque, et selon une logique très voisine, le gouvernement mettait en chantier un réexamen systématique de toutes les classes de médicaments, en vue de réordonner, au sein de chacune d'elles, toutes les spécialités médicales en fonction de leur « service médical rendu ». Cette démarche ne devait cependant aboutir, quelques années plus tard, qu'à des mesures de « déclassement » de médicaments, c'est-à-dire des baisses de taux de remboursement. L'opération, qui aurait pu aboutir à modifier le périmètre du « panier de biens et services », n'est donc pas allée jusque-là.

La gestion active du « panier de soins » reste donc pour l'instant en France de l'ordre des perspectives théoriques. Mais il est vrai qu'elle n'a rien de facile, et que la notion elle-même est susceptible de plusieurs approches.

En première analyse, nous l'avons dit, le panier de biens et services est un concept simplement descriptif. Or déjà, la possibilité d'une telle description n'a, *a priori*, rien d'évident.

Sans engager une rétrospective historique qui serait hors de propos, on conçoit que ce travail d'énumération des actes élémentaires de la médecine, et des produits qui concourent aux soins, n'a été rendu possible qu'en raison de la lente et progressive formalisation de l'art de soigner. Si l'élaboration d'une nomenclature d'actes médicaux, paramédicaux et dentaires, si la mise en place d'une liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, ont eu pour moteur les nécessités du remboursement, ils n'ont en même temps été rendus possibles que par la protocolisation croissante de la médecine. L'émergence de la notion de « panier de biens et services de santé » est indissociable d'une certaine standardisation technique de la médecine.

Une bonne illustration de ce phénomène est d'ailleurs offerte par les longs et minutieux travaux qui sont en train de déboucher sur ce que l'on appelle la « Classification commune des actes médicaux ». Au terme d'une démarche d'une grande rigueur scientifique, conduite sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie avec l'aide des sociétés savantes de médecine, chaque spécialité médicale a procédé, au cours de ces dernières années, à l'explicitation de la liste des actes qui constituent son savoir-faire. Cette « classification commune » a ainsi vocation à remplacer, à partir de l'année 2005, les anciennes nomenclatures d'activité médicale. L'énumération qu'elle dresse constitue une expression tangible de ce que peut être un « panier de services » de santé - en tout cas pour ceux des actes qui seront pris en charge par l'assurance maladie. Et l'on mesure, à l'importance et à la longueur des travaux qui ont précédé,



tout ce que cette simple expression d'une liste d'actes médicaux peut représenter comme effort de formalisation et d'explicitation d'une pratique professionnelle.

Toujours dans ce cadre du paradigme rudimentaire de la « liste », on peut ajouter trois remarques.

La première est qu'il y a encore des lacunes dans la description des actes et des produits. Le travail de formalisation dont il était question plus haut à propos de la « Classification commune » est loin d'avoir été réalisé sur tout le champ de la pratique. Par exemple la « consultation médicale », c'est-à-dire l'activité de diagnostic qui constitue l'essentiel de la pratique d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, est loin d'être un acte uniforme, et les travaux qui se sont efforcés de la décrire et de la catégoriser se heurtent à d'importantes difficultés de traduction concrète. Et les médecins ne sont pas seuls concernés : on pourrait dire la même chose de l'activité dite de « soins infirmiers », par opposition aux actes infirmiers « techniques ». On pourrait multiplier les exemples : dans le domaine des « produits de santé », beaucoup de dispositifs médicaux restent encore inscrits sur la « liste des produits et prestations » (c'est-à-dire inclus dans le « panier de biens et services ») sous des termes qualifiés de « génériques ». Ce qui signifie que ce n'est pas, alors, tel appareillage de telle marque et présentant telles performances précises qui est remboursé, mais n'importe quel appareil répondant à une fonction définie dans des termes relativement généraux.

Bref, en plusieurs de ses segments, la liste actuelle du « panier de biens et de services » pêche encore par son caractère très sommaire.

Deuxièmement, et cela rend la frontière du « panier » remboursable très poreuse, le taux de remboursement des actes et produits inscrits peut se révéler très faible. Ainsi, alors que le taux moyen de remboursement des biens et services de santé est en moyenne supérieur à 80 %, il peut, sur certains segments, descendre à des niveaux très inférieurs : 22 % environ pour les prothèses dentaires ; 13 % pour les appareils auditifs... et moins de 5 % en optique. Dans ces conditions, il y a quelque artifice à considérer que les lunettes, par exemple, font vraiment partie du « panier de biens et de services ». Et l'on comprend tout l'intérêt qu'il y a eu, au moment de la création de la CMU, à dégager une troisième notion de « panier de biens et services », encore plus restreinte que les précédentes, qui recouvre tout ce qui est pris en charge à un niveau de gratuité totale, ou presque totale, c'est-à-dire à un niveau qui garantit le libre accès de tous aux « biens et services » du panier.

Troisième remarque sur cette liste d'actes et de produits : sa dynamique inflationniste. Mieux on parvient à dresser l'inventaire de tout ce qui décrit l'art de soigner, plus cet inventaire explose en taille. Un médecin peut aujourd'hui prescrire près de 1000 examens de laboratoire



différents... et plus de 8 000 médicaments et présentations médicamenteuses distincts. Sachant, pour poursuivre sur cet exemple, que le nombre de présentations pharmaceutiques nouvelles qui arrivent sur le marché est, en moyenne, supérieur à une par jour. Bien entendu, une fois supprimés les nouveaux dosages ou les simples changements de forme galénique, le nombre de nouvelles molécules est infiniment plus faible : quelques unités par an. Et les véritables innovations thérapeutiques, plus rares encore. On pourrait dire la même chose des dispositifs médicaux, lorsque leur inscription n'est pas générique : on peut choisir, par exemple, aujourd'hui, entre plus de 200 modèles de stimulateurs cardiaques implantables...

Ce constat de fait débouche sur une évidence : dans cet immense magasin de milliers et de milliers d'articles, en perpétuel gonflement, où se côtoient le moderne et le suranné, le performant et le médiocre, il faut faire un tri. Non pas une seule fois - puisque les produits se renouvellent sans cesse - mais de manière permanente. Autrement dit, il apparaît aujourd'hui indispensable de mettre en place une logique de réexamen régulier de ce qu'il faut faire entrer et de ce qu'il faut faire sortir du « panier de soins ».

Par le simple effet de sa croissance explosive, la notion de « panier de biens et de services » comme liste ordinaire débouche d'elle-même sur une notion plus opérationnelle : le panier de soins comme instrument de la régulation des dépenses.

On en trouve l'écho et le résumé dans une des premières phrases du récent rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁴ : « le système de financement s'épuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir ». Le contrôle des frontières du « panier » est indispensable dès l'instant qu'on refuse de maîtriser les dépenses en jouant seulement sur le taux de remboursement. Choisir une régulation par le « panier de soins », c'est, d'une certaine façon, opter pour une forme de transparence et de netteté dans les priorités de la prise en charge collective.

De ce point de vue, deux options fondamentales sont possibles.

La première, que l'on pourrait qualifier de « logique de blocs », ou de découpage par blocs, consiste à replier le panier de biens et services remboursables sur certains segments seulement de l'activité médicale. Il s'agit alors de laisser en dehors du « panier » un certain nombre d'actes ou de produits d'efficacité et d'utilité médicale indiscutables, mais qui correspondent à des soins considérés comme moins prioritaires, ou ne relevant pas par nature d'une prise en charge solidaire. C'est une option qui, à des degrés divers, a été suivie par de nombreux systèmes étrangers. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, le système d'assurance maladie



obligatoire australien ne prend en charge ni les transports sanitaires, ni les soins de kinésithérapie, ni les soins d'orthophonie, ni les prothèses auditives⁵. Ce n'est pas le choix du système français. Nous avons déjà eu l'occasion de le dire : au risque de ne plus porter que sur des fractions symboliques du coût réel, le « panier de biens et de services remboursables » obéit, en France, à une logique « tous azimuts » de la couverture de principe de la presque totalité de l'offre de biens et services de santé. Les seules exceptions un peu sérieuses sont à rechercher dans le domaine des dispositifs médicaux, et elles restent rares.

L'autre option, qui s'oppose à la logique des blocs, est celle que l'on pourrait qualifier de « découpages fines », au sein d'une même classe de médicaments, au sein d'une même catégorie d'appareillage, au sein d'un même ensemble d'actes médicaux, entre ce qui sera remboursable ou ce qui ne le sera pas. C'est la voie qui est aujourd'hui privilégiée pour le système français, et que traduit l'expression, quelquefois employée, de « l'assurance maladie, *acheteur avisé* des biens et services de santé ».

Pour indispensable que soit cet exercice, on doit en souligner les difficultés.

Refuser une logique des « blocs », et la liberté qu'elle offre quant au choix des préférences collectives, c'est s'obliger implicitement à retenir, comme critère d'inclusion dans le panier de soins, celui du meilleur « service rendu ». À partir du moment où aucun segment de l'activité médicale n'est exclu par principe, le plus ou moins d'utilité médicale devient le seul discriminant logique qui permette de décider la prise en charge, ou la non prise en charge d'un acte ou d'un produit.

On pourrait penser qu'à la condition de s'entourer de suffisamment d'études et d'avis d'experts, la mesure de cette « utilité » ne présente pas de difficulté insurmontable. La réalité est plus complexe. Et d'ailleurs, cette démarche d'inscription en fonction du service rendu n'existe véritablement en France que pour les médicaments. Elle débute à peine pour les dispositifs médicaux, et n'existe pas encore pour les actes proprement dits. La raison en est que les différentes composantes de l'utilité médicale sont bien difficiles à apprécier.

D'abord, la simple « efficacité », condition nécessaire et non suffisante de l'utilité, est moins aisément mesurable qu'on pourrait le penser. Il peut y avoir loin des essais de développement à l'utilisation en conditions réelles : le récent exemple des médicaments dits « inhibiteurs de la COX-2 », anti-inflammatoires réputés éviter toute une série d'effets secondaires (et introduits à ce titre, sur le marché, à des niveaux de prix très élevés), est là pour le prouver. Et la difficulté est plus grande encore pour les dispositifs médicaux : les séries sont souvent limitées, il est impossible de les soumettre à des essais en « simple » et « double



aveugle », et pas toujours aisé de mesurer le service rendu selon des grilles objectives.

Or, là ne s'arrête pas la mesure de l'utilité : il faut aussi se pencher, de manière comparative, sur la place du nouveau produit dans les stratégies thérapeutiques existantes ou nouvelles, il faut également peser la gravité de la pathologie traitée, et s'interroger enfin sur l'intérêt du produit (ou du dispositif) pour la santé publique. « L'utilité médicale » est faite de tout cela. Mais toutes ces considérations sont extrêmement difficiles à formaliser et à quantifier. Et surtout, on ne doit pas se figurer que ces questions ne relèvent que d'un avis d'expert. Dans la mesure, par exemple, de la « gravité » d'une maladie, il peut intervenir des considérations qui excèdent la seule objectivité médicale, et confèrent au débat le caractère d'un débat de société, de choix collectif d'ordre politique au sens le plus large du terme.

C'est d'ailleurs à cette difficulté - entre autres - que se sont heurtés les promoteurs de l'ambitieuse opération de hiérarchisation des biens et services conduite dans l'État de l'Oregon en 1989, déjà évoquée plus haut. Après qu'une commission de spécialiste ait procédé à une classification selon des ratios coût/résultats les plus objectifs possibles, la liste des 743 actes médicaux fondamentaux y a finalement été ordonnée de manière sensiblement différente, à la suite de nombreux sondages et réunions publiques.

En d'autres termes, mais c'est là peut-être que se loge un des aspects les plus stimulants de la démarche, la définition sélective d'un « panier de biens et services » n'est pas exclusivement une démarche d'expertise. C'est aussi une démarche citoyenne. Et en conséquence, elle n'appelle pas seulement la mise au point de processus et de méthodes techniques de mesure de l'utilité, mais aussi une réflexion sur les modes et méthodes du débat public.

Cela est d'autant plus évident que l'utilité dont il est question est - implicitement - une utilité de nature collective. Il ne s'agit pas de savoir si tel acte ou tel médicament peut être utile dans telle situation singulière, pour tel malade précis, mais de répondre à la question de son utilité collective globale, de son intérêt d'ensemble, au regard de l'intérêt d'ensemble de tel ou tel autre traitement. Pour prendre un exemple extrême, mais qui fait image, on voit bien qu'un test de dépistage viral permettant de réduire de quelque pour dix-mille le risque d'infection d'un échantillon sanguin, mais moyennant un prix de mise en œuvre astronomique, sera certes marginalement « utile » du point de vue individuel du futur transfusé, mais pas utile du tout si l'on s'attache au bon emploi de l'argent pour la santé de la population en général.

C'est notamment pour cette raison que l'élaboration d'un « panier de



biens et services » constitue une épreuve et un test de maturité civique collective. D'abord parce qu'elle suppose, même techniquement, une certaine capacité à organiser le débat. Et ensuite parce qu'elle oblige à dépasser certains excès de ce que l'on appelle couramment le « principe de précaution ».

Mais ce qu'on ne souligne pas assez, lorsque l'on traite du « panier de biens et services » comme d'un outil de régulation de la dépense, c'est qu'une telle utilisation oblige à en faire très profondément évoluer le contenu. Un panier de soins ordonné selon une logique de service médical rendu cesse d'être une simple liste d'actes et de produits. Il devient par la force des choses un panier « médicalisé », c'est-à-dire une liste qui associe à chaque acte ou chaque produit la, ou les situations dans lesquelles cet acte ou ce produit est justifié dans son emploi.

Cette considération relève à vrai dire de l'évidence : il n'est pas possible de mesurer « en soi », *in abstracto*, le service médical rendu ou l'utilité médicale. La simple « efficacité » d'un produit ou d'un acte médical peut encore, à la limite, être regardée comme un attribut propre de ce produit ou de cet acte. Mais « l'utilité », c'est-à-dire la pertinence médicale, susceptible de comparaison avec d'autres produits ou d'autres actes, dépend évidemment du contexte d'emploi.

D'où ceci que l'expression même de « panier de soins » ou « panier de biens et services » est à bannir, parce que trompeuse. Elle laisse à penser qu'il existe une grande corbeille juridique dans laquelle un acte ou un produit de santé pourrait devenir remboursable dès lors qu'il y rentre-rait, par l'effet de ses vertus intrinsèques. Alors que l'essentiel du bon emploi, c'est-à-dire non seulement de la sécurité du soin, mais aussi de sa qualité médicale et de son efficacité économique, réside tout autant dans les éléments d'environnement et de circonstances. Tel acte ou tel médicament sera utile dans tel cas, et sans aucune pertinence dans tel autre. Ce n'est pas l'acte ou le médicament qui doit être « dans » le panier, mais le couple formé par cet acte, ou ce médicament, et la ou les situations dans lesquelles son emploi est opportun. C'est la raison pour laquelle le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie écarte l'expression « panier de soins » et préfère employer les termes de « périmètre du remboursement ».

Il ne s'agit pas vraiment d'une nouveauté : d'ores et déjà, dans la législation la plus classique, l'acte ou le produit n'est pas toujours remboursable en lui-même. Que l'on pense par exemple aux « ententes préalables », qui encadraient jusqu'à un passé récent la plus grande partie des soins dentaires et de kinésithérapie, et sans lesquelles l'acte, même réellement effectué, ne pouvait pas être pris en charge. Ou que l'on pense tout simplement au fait qu'un médicament n'est remboursable



que s'il est prescrit par un médecin, lequel se porte dès lors, en principe, garant de la pertinence de son emploi.

Mais il est bien certain qu'on ne pourrait pas généraliser cette approche sans le payer d'une grande complexité de mise en œuvre. Tout simplement parce que si la pertinence médicale est une pertinence de contexte, le premier contrôleur du contexte est le praticien lui-même. On ne peut donc engager de régulation par un « panier » médicalisé qu'avec le concours actif des soignants.

Certes, les progrès de l'*evidence based medicine* et la multiplication des référentiels de pratique médicale permettent, dans un certain nombre de cas, de formaliser suffisamment le « bon emploi » d'un acte ou d'un produit pour que leur mise en œuvre ou leur prescription puisse faire l'objet d'un contrôle extérieur. Cela avait été, d'ailleurs, l'objet de l'introduction, il y a quelques années, des « références médicales opposables » (RMO) dans la pratique médicale. Reste que le champ couvert par ces références reste relativement étroit, et qu'on ne doit pas se voiler la face : faire le choix d'une régulation par le « panier de soins », c'est-à-dire d'une sélectivité du remboursement en fonction de l'utilité médicale, c'est faire le pari d'une adhésion à cette démarche de l'ensemble des professionnels de santé. Cela ne soulève pas de difficulté majeure pour les prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux, comme l'illustre la récente campagne de modération des prescriptions antibiotiques. Mais c'est évidemment plus difficile lorsqu'il s'agit de demander à des médecins libéraux d'auto-limiter certains de leurs actes, dans un contexte où leur rémunération est aujourd'hui presque exclusivement assise sur le nombre de ces actes.

C'est à ce stade qu'il faut pousser le raisonnement encore un cran plus loin, et se demander si l'approche qui vient d'être décrite va véritablement au bout de ce qu'est un « panier de soins ».

Car, à partir du moment où l'on fait le choix d'une couverture collective des besoins de santé qui soit à la fois obligatoire, universelle et complète - et c'est bien ce choix qui définit pour l'instant notre sécurité sociale - le « panier de biens et services » de l'assurance maladie obligatoire devrait être regardé comme un instrument essentiel d'un projet global de santé publique.

En effet, dans une telle perspective, le « panier de biens et de services » n'est pas seulement une liste, même assortie des conditions d'usage qui permettent d'en hiérarchiser les priorités financières : c'est l'expression de ce à quoi la collectivité estime nécessaire et souhaitable que chacun ait accès pour se maintenir en bonne santé. Ce qui signifie, premièrement que ce « panier » doit prendre en compte les questions de prévention et d'accès aux soins ; deuxièmement, qu'il doit s'articuler avec des règles



d'organisation des soins et de bonne pratique médicale ; et enfin, troisièmement, qu'il doit être mis en œuvre de telle sorte que l'effort financier pour y accéder soit toujours modeste.

Reprenons successivement ces trois points :

Définir le « panier de biens et services » comme l'une des expressions d'une politique de santé publique conduit ainsi à y inclure des actes d'éducation pour la santé, de vaccination, de suivi dentaire ou de dépistage - pour ne prendre que quelques exemples - qui ne sont pas à proprement parler des actes « de soins ». Mais bien plus que ce seul élargissement de la « liste », il suppose que ces actes soient exécutés dans des conditions optimales de sécurité ou d'efficacité. Autrement dit, qu'ils obéissent à une logique suffisamment systématique et suffisamment contrôlée pour qu'on puisse parler de « programmes » de santé publique. Une vaccination n'a de sens que si les rappels sont faits dans les temps, et contrôlés. Un suivi dentaire suppose que les caries détectées soient traitées. Le diagnostic d'une maladie exige à la fois une grande rigueur de méthode, et la garantie d'une prise en charge : il ne s'agit donc pas, dans tous ces exemples, et tous ceux qu'on pourrait encore donner, d'inscrire simplement un acte supplémentaire dans le « panier » des actes remboursables. Pour avoir un sens, l'inscription dans la liste des actes remboursables doit s'articuler avec une certaine organisation des soins : l'acte devra être effectué selon un certain protocole, par des professionnels référencés, suivi éventuellement d'autres investigations...

Dans cette perspective, qui mériterait de plus longs développements, le « panier de biens et services » n'est plus un « en soi » qui se gère pour lui-même. Il devient un instrument au service d'une forme de structuration des soins. Remarque qui vaut, au demeurant, bien au-delà des seuls soins de prévention.

Car dans tous les traitements complexes, ou tous ceux qui répondent - comme c'est souvent le cas pour les personnes âgées - à des pathologies multiples, il est clair que la qualité du soin ne repose pas sur la qualité propre de tel acte ou médicament isolé, mais sur la manière dont vont s'articuler entre eux, des actes, des examens, ou des traitements médicamenteux successifs. La qualité ne peut pas se lire sur telle ou telle ligne isolée de la « liste » des biens et services : elle se lit dans la manière dont plusieurs professionnels vont conjuguer ces lignes de manière optimale. Autrement dit : sans omissions importantes, sans examens redondants, sans cumuls de traitements à effets iatrogènes...

L'utilité, ou le « service médical rendu », en matière de santé publique, ne peut donc pas résulter d'une simple sélection, ligne à ligne, de tels actes ou produits qui mériteraient par eux-mêmes leur place dans la liste des objets remboursables. C'est le protocole de soins qui est premier, et la liste des actes et produits qui est seconde, car elle se définit par rapport



à lui, et pour en permettre la mise en œuvre. Il faut, certes, que l'assurance maladie soit sélective sur les actes et les produits qu'elle juge vraiment indispensables pour le traitement de tel cancer, de telle sorte d'asthme sévère, de telle pathologie cardio-vasculaire. Mais il ne s'agit pas d'une liste suspendue en l'air, et attachée seulement à la maladie elle-même : pour être pleinement utile, elle doit s'insérer dans certains schémas de traitement, dans une certaine organisation des interventions du médecin spécialiste, du médecin généraliste, de l'infirmière... et de la participation du patient lui-même.

On pourrait résumer les choses en disant que le « panier de biens et services » n'est pas une liste de doublets ou de couples (acte ou produit/situation médicale), mais une liste de triplets : acte ou produit, situation médicale, et conditions de mise en œuvre. On ne peut pas penser le « panier de soins » - ou les paniers de soins, selon la pathologie traitée - indépendamment d'une structuration des soins.

Enfin, il est clair qu'une telle approche, très intégrée sur le plan médical, doit être très intégrée aussi sur le plan financier. En d'autres termes, il s'agit d'une stratégie qui suppose, soit une prise en charge totale, ou presque totale, par les régimes de base, soit une participation active des assureurs complémentaires. Le « panier de biens et services », conçu dans une telle perspective, a par conséquent vocation à être très bien couvert. Et si cette couverture implique les assureurs complémentaires, ces derniers doivent donc pouvoir participer à sa gestion. La récente loi du 13 août 2004 « relative à l'assurance maladie » oriente les choses en ce sens⁶.

Au terme de ce bref survol, nous aimerions que, dans l'esprit du lecteur, la conclusion s'impose : on n'aborde avec justesse la notion de « panier de biens et services de santé » qu'à la condition d'entrer dans une certaine logique de projet de santé publique, indissociable d'une politique d'organisation du système de soins. Une (non) organisation des soins qui n'aboutit qu'à un grand supermarché de la consommation médicale n'a pas besoin d'un concept très élaboré de « panier de soins » : il suffit de s'en tenir à la liste purement descriptive des actes que remboursent les assurances sociales. Mais si l'on veut maîtriser les dépenses de manière vraiment « médicalisée », c'est-à-dire en les adossant à une optimisation de la consommation des soins, alors tout change, et il faut quitter les représentations trop naïves. Et donc, en bonne logique, que l'on renonce à ce terme fallacieux de « panier » !



NOTES

1. C'est le terme qu'emploie l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale où figure cette disposition.
2. C'est d'ailleurs sur cette acception du panier de soins « minimum » que s'est ensuite penché le Haut comité de la santé publique, dans les deux rapports successifs qu'il a consacré au « panier de bien et de services de santé », en janvier 2000, puis en février 2001
3. Ce document, bien que largement diffusé à l'époque, n'est - à notre connaissance - plus disponible aujourd'hui.
4. Rapport du 23 janvier 2004, publié à la Documentation française.
5. Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (annexe 30) offre un grand nombre d'autres exemples.
6. Par exemple, le nouvel article L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'inscription ou la radiation d'un acte ou d'une prescription se fait « après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ».

