



Le panier de biens et services de santé

Rapport au Parlement et à la Conférence nationale de santé

Dans le cadre de sa contribution aux travaux préparatoires du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Haut comité de la santé publique a présenté à la Conférence nationale de santé un premier rapport sur le panier de biens et services de santé.

Notre système de santé est dans l'ensemble performant, si l'on en juge notamment par l'évolution de la mortalité, de l'espérance de vie et du recul de pathologies majeures. Cependant, ce système présente des dysfonctionnements et des inégalités de qualité ; en particulier il ne prend pas suffisamment en compte les inégalités sociales et les inégalités inter et intra régionales comme le HCSP l'a souligné dans son rapport de 1998.

Ainsi, malgré la réglementation de l'offre et de la demande de soins, l'évolution des dépenses de santé a mis en évidence depuis plusieurs années, que s'il faut effectivement des *soins pour tous*, cela ne peut concerner *tous les soins*, tout au moins si l'on considère ici les soins pris en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire au titre de la solidarité nationale.

Dans cette perspective, la question qui apparaît constituer un élément déterminant pour résoudre ce problème est la place du *panier de biens et de services* (PBS). Cet instrument d'une politique de santé doit absolument aujourd'hui faire l'objet d'une réflexion pour en clarifier les objectifs en termes de santé, et les modalités de prise en charge.

Une analyse des modalités de construction progressive du panier de biens et services en France montre que les logiques qui prévalent, en termes de santé publique, pour justifier ou faire comprendre la situation actuelle de ce PBS, sont à peu près invisibles. Son élaboration au fil du temps a conduit à des incohérences ou à des lacunes.

Les critères d'efficacité ou d'efficience n'ont pas toujours été présents, car il n'était pas toujours possible, notamment il y a quelques années, de disposer d'évaluations scientifiquement correctes du service rendu par certains médicaments ou dispositifs. Il s'est alors construit deux types de panier : un panier *implicite*, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier, et un panier *explicite*, basé sur l'admission d'un bien ou d'un service sur une liste, qu'il s'agisse des médicaments admis au remboursement, ou des prestations décrites par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui fixe les tarifs et les modes de prise en charge.

L'expérience de certains systèmes étrangers nous apprend que l'élaboration du panier de biens et services résulte d'un partage de responsabilités entre

Le panier de biens et services de santé

Président

- Roland Sambuc, HCSP

Groupe de travail

- Anne-Carole Bensadon, direction des Hôpitaux,
- Maryvonne Bitaud-Thépaut, HCSP
- Alain Briand, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques,
- Gilles Brucker, HCSP
- Étienne Caniard, Mutualité française

- Yves Charpak, HCSP

- Alain Coulomb, HCSP
- Marc Duriez, HCSP
- Jacques Lebas, HCSP
- Roland Sambuc, HCSP
- Simone Sandier, HCSP
- Juan Viñas, direction de la Sécurité sociale

Coordinateur

- Marc Duriez, HCSP

Personnalités entendues

- Jean-Pierre Claveranne
- Maryse Gadreau

- Philippe Georges

- James Kahan
- Claude Le Pen
- Andrée Mizrahi
- Arié Mizrahi
- Denis Piveteau
- Gérard de Pourville
- Vincent Ravoux

Collaboration

- Norbert Nabet, interne en santé publique

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes

les différents acteurs, en fonction des rôles que le système de santé leur attribue et de la conception de la justice sociale qui prévaut.

La problématique de détermination du panier de biens et services doit poser la question du champ de prise en charge, de l'implication de la variabilité de ce champ, et de sa mise à jour, compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des attentes que ces dernières génèrent. Dans l'optique du HCSP le PBS doit intégrer la prévention, les soins curatifs, la réadaptation ainsi que l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

En effet, l'enjeu, essentiel, de cette redéfinition du panier de biens et de services est d'en faire l'instrument fondateur d'une politique de santé publique, c'est-à-dire l'outil capable de participer à la réduction des inégalités de santé, et pas uniquement des inégalités d'accès aux soins.

Cette définition doit s'appuyer sur une connaissance des activités sanitaires, car elle implique de privilégier une gestion des activités par rapport à une gestion des structures. Cette orientation rend nécessaire une amélioration des instruments de la connaissance. Les systèmes actuels de repérage des activités médicales, les nomenclatures, ne permettent ni de représenter, ni de valoriser les efforts d'organisation et d'amélioration actuellement mis en œuvre, par exemple des procédures d'accréditation.

Le poids important du ticket modérateur rend indispensable l'accès de toute la population à une couverture complémentaire afin d'éviter que la restriction de prise en charge ne pèse essentiellement sur les groupes vulnérables. C'est le sens de la création de la CMU, pour laquelle un « panier » spécifique vient d'être défini, et qui ouvre la voie à une réflexion d'ensemble sur l'articulation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Au-delà, le Haut Comité de la santé publique estime qu'il faut, au sein du panier de soins, réduire et tendre à supprimer le ticket modérateur. ■

En mai 1999, le ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale ont demandé au Haut Comité de la santé publique de s'intéresser à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Le rapport du Haut Comité a été rendu public le 9 mars dernier.

Le rapport du Haut Comité de la santé publique propose de développer un ensemble de mesures qui visent à améliorer l'éducation pour la santé des jeunes, à sensibiliser les adultes à leurs problèmes, à développer l'action des intervenants de crise, et à favoriser la création de structures innovantes pour la prise en considération des jeunes en souffrance psychique. Le champ de cette étude concerne les 12-25 ans, qui représentent 12,5 % de la population.

La souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Pour la percevoir, il est nécessaire d'être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle.

L'audition d'intervenants de terrain très variés a mis en évidence une multiplicité de petits signes d'alerte repérables par chaque catégorie professionnelle.

Un état des lieux a permis de rassembler des données issues de différentes études qui, depuis plusieurs années, visent à établir un panorama de plus en plus précis de l'état de santé des adolescents français : états dépressifs, accidents, conduites suicidaires, conduites addictives, conduites violentes subies et agies.

Baucoup d'adolescents se sentent isolés face à leurs difficultés. Il est important qu'ils puissent trouver des adultes assurant un relais entre eux et le système de santé.

La prévention des risques importants (suicide, violence sexuelle, consommation de drogues) doit être abordée de façon plus globale que thématique. On note en effet que ce sont les associations de comportements qui entraînent le plus de troubles. Il est important d'informer les adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut