

La réforme et ses outils institutionnels

En amont du financement, des défaillances structurelles ont conduit à redéfinir la gouvernance de l'assurance maladie. Elle devrait s'appuyer sur davantage de coordination, tant en ce qui concerne les soins que les relations entre les différents acteurs institutionnels.

La loi réformant l'assurance maladie

La réforme trouve son fondement dans un double objectif : « *soigner mieux en dépensant mieux* ». Mais au-delà de ce slogan affiché, on ne peut écarter l'espoir sous-jacent selon lequel « dépenser mieux » permette de « dépenser moins ».

Objectifs

À aucun moment les pouvoirs publics n'ont clairement mis en avant une quelconque velléité de promouvoir une réforme axée sur le redressement financier de l'assurance maladie, de « maîtrise comptable », tant est demeuré vivace le traumatisme laissé par l'expérience des lois constitutionnelle du 22 février et organique du 22 juillet 1996 qui constituèrent le « plan Juppé ».

Dépenser moins ?

Pourtant, la préoccupation financière n'est pas étrangère aux promoteurs de la réforme. Le préalable indispensable à sa mise en œuvre a en effet résidé dans l'établissement par un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie créé en octobre 2003 d'un diagnostic partagé par l'ensemble des partenaires sociaux. Diagnostic centré sur le constat selon lequel la pérennité du système de soins est menacée par la dérive alarmante des comptes sociaux.

Dès son installation avenue de Ségur, Philippe Douste-Blazy utilise des formules chocs pour frapper l'opinion :

alors qu'il annonce que le déficit du régime général de la sécurité sociale va atteindre en 2004 les 12 milliards d'euros, il déclare dans *Les Echos* « *Je souhaite que chaque Français prenne conscience du désastre : 12 milliards d'euros de déficit, cela représente plus de 400 euros par foyer et par an [...] 23 000 euros chaque minute* ».

Le rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, Jean-Michel Dubernard, rappelle lui aussi la situation en introduction de son rapport législatif (n° 1703 du 24 juin 2004) : « *Le système est financièrement à la dérive. Les chiffres, maintenant bien connus de tous, sont effrayants : près de 13 milliards d'euros de déficit prévu pour 2004, soit un déficit record du double du précédent, près de 45 milliards de dette accumulée à la fin de cette année... Ne pas agir reviendrait en la matière à condamner notre système de protection sociale à la faillite* ».

Dépenser mieux

Dès lors, le ministre de la Santé met en avant une « réforme structurelle », « organisationnelle ». Il l'indique dès son audition par la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie de l'Assemblée nationale, le 17 juin 2004 : « *Organiser notre système de soins est la priorité du gouvernement* :

Patrick Fraisseix
Maître de conférence
en droit public,
université Paris 8

c'est le cœur du projet de loi». Et il illustre aussitôt son propos par la constitution du dossier médical personnel (DMP) et la construction de parcours de soins autour du médecin traitant. Ces deux mesures phares de la réforme seront, par la suite, également présentées comme des éléments de « responsabilisation » des acteurs du système de soins. Le ministre cite en fin de démonstration la « nouvelle gouvernance de l'assurance maladie », nouvelle « cartographie » d'institutions et organisations respectueuses du paritarisme et des spécificités des régimes.

Soigner mieux :

Organiser mieux, pour dépenser mieux n'est toutefois pas un objectif suffisamment mobilisateur auprès des assurés sociaux. Face à des patients de plus en plus « consommateurs », c'est le thème de la qualité des soins qui est le plus fédérateur. Dès lors, aucun discours sur la réforme de l'assurance maladie ne sera diffusé sans que cet objectif ne soit décliné.

C'est le chef de l'État qui, lors du 37^e congrès de la Mutualité à Toulouse le 12 juin 2003, lance cet objectif : « pour que notre pays conserve durablement un système conciliant liberté et solidarité, nous devons veiller, soignants, patients, gestionnaires, dans un esprit de responsabilité, à ce que chaque euro dépensé soit réellement utile à la santé. Cela suppose de mettre la qualité et la responsabilité au cœur de notre système de santé ».

Lors de son audition du 17 juin 2004 par la Commission spéciale de l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé n'omet donc pas de signaler que « le fil rouge de la réforme est la promotion de la qualité des soins » et il illustre tout particulièrement son propos par l'évaluation de l'utilité médicale avec la Haute Autorité de santé.

L'architecture de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004

Les 76 articles de cette loi s'organisent autour de trois titres.

S'agissant de « l'un des piliers du contrat social français », selon les termes du rapporteur de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale Jean-Michel Dubernard (rapport n° 2208 du 23 mars 2005 sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), ils sont toutefois précédés d'un article 1^{er} visant à rappeler solennellement les principes fondateurs de l'assurance maladie, à l'instar des trois premiers articles de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui rappellent eux aussi les principes ayant guidé la réforme.

Certes, la portée normative de cette disposition est relative tant il semble peu probable qu'un juge apprécie comme fondé un recours contre un règlement ou arrêté s'appuyant sur ces déclarations de principe. Néanmoins, cet article est significatif car il modernise les principes ayant fondé la création de la sécurité sociale en 1945

et vise à rassurer partenaires et assurés sociaux quant à la portée de la réforme.

Les principes ayant fondé la création de la sécurité sociale étaient surtout axés sur l'accès aux soins et les revenus de remplacement. Depuis, d'autres préoccupations ont émergé, telles la qualité des soins. De ce point de vue, cet article 1^{er} apporte une novation en faisant un rappel solennel, dans le Code de la sécurité sociale, des impératifs de qualité des soins, d'efficience et de prévention.

Le nouvel article L. 111-2-1 du Code de la sécurité sociale se compose de deux alinéas : le 1^{er} souligne l'aspect solidaire de l'organisation de l'assurance maladie. Le second rappelle les principes de l'accès de tous à des soins de qualité, dans le cadre d'un système efficient.

Le 1^{er} alinéa constitue le rappel du socle philosophique du système d'assurance maladie français. Il indique tout d'abord que la nation est attachée à une « assurance maladie obligatoire et universelle ».

S'agissant de l'universalité du régime de l'assurance maladie, il est à noter qu'elle recouvre désormais l'introduction de la couverture maladie universelle avec la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, qui a étendu la couverture de base à l'ensemble de la population. Selon la rédaction retenue par le législateur, l'assurance maladie doit assurer une « protection » indépendante de l'âge ou de l'état de santé de la personne. Le terme de « protection » est un rappel du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, qui dispose : « La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé [...] ». Cette protection indépendante de l'âge et de la santé est une spécificité du système français et l'éloigne des systèmes à logique assurantielle, susceptible de sélectionner les « bons risques » et rejeter les « mauvais ».

L'article 1^{er} rappelle ensuite que la nation affirme le caractère solidaire du financement de l'assurance maladie et que chacun « contribue à ce financement selon [ses] ressources ». L'application de ce principe conduit notamment à ce qu'une personne ne soit pas appelée à contribuer plus à l'assurance maladie en raison d'un état de santé dégradé, du nombre élevé de ses ayants droit ou de son comportement, qui peut pourtant l'amener à dégrader son état de santé. La contribution est dépendante des ressources : ainsi, la cotisation sociale généralisée (CSG) est proportionnelle à la quasi-totalité des revenus perçus par la personne.

Le second alinéa de l'article s'inscrit plus dans le registre du qualitatif et de l'efficience : « Les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins, notamment par une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national ». Il faut pourtant noter que les caisses d'assurance maladie ne disposent pas d'outils leur permettant de modifier cette répartition de l'offre, qu'il s'agisse du nombre de

professionnels de santé, des modalités de l'installation des libéraux en ville ou de l'offre hospitalière. C'est à l'État qu'il appartient de fixer le *numerus clausus*, de définir le nombre de postes ouverts par discipline et spécialité à l'issue des résultats de l'examen national classant ou de fermer un établissement hospitalier via l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Ce second alinéa introduit ensuite une nouveauté par rapport aux principes de 1945 en précisant que les régimes de l'assurance maladie « font bénéficier tous les assurés sociaux des progrès de la médecine ». En outre, ils contribuent à assurer la « coordination et la qualité des soins dispensés ». Là encore, force est de constater que c'est l'État qui exerce le plus de responsabilités en matière de garantie de qualité des biens et services médicaux, grâce à la réglementation, au réseau d'agences sanitaires et aux corps d'inspection. Les régimes de l'assurance maladie ne sont pas totalement absents de ce domaine, notamment grâce au contrôle médical, mais leur action reste marginale.

Enfin, la dernière phrase du nouvel article L. 111-2-1 du Code de la sécurité sociale correspond à l'une des idées maîtresses de la loi du 13 août 2004 puisqu'elle indique que les régimes de l'assurance maladie « veillent à un usage efficient des ressources » qui leur sont consacrées par la nation. Il s'agit du fameux « soigner mieux en dépensant mieux ».

Nous en arrivons ensuite aux trois titres de la loi. Le premier (articles 2 à 34) porte sur « l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisées des dépenses de santé ». Il se divise en quatre sections. La première section (art. 2 à 11) traite de l'aspect le plus spectaculaire de la réforme du point de vue des patients, à savoir « la coordination des soins », avec les deux mesures phares que sont l'instauration du dossier médical personnel (DMP) et le dispositif du médecin traitant. La deuxième section sur « la qualité des soins » (art. 12 à 19) concerne essentiellement les professionnels de santé : elle traite de l'évaluation et de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle. La troisième section (art. 20 à 29) relative aux « recours aux soins » est plus disparate, avec les dispositifs de participation forfaitaire des assurés (le 1 euro non remboursé) ou de contrôle renforcé des arrêts maladie. Enfin, la quatrième section (art. 30 à 34) porte sur le médicament (élargissement de la définition du générique, amélioration du conditionnement, logiciels d'aide à la prescription médicale...).

Le titre 2 (art. 35 à 69), intitulé « dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie », fonde « la nouvelle gouvernance », formule destinée à désigner la volonté de donner « un pilote à l'assurance maladie », en l'occurrence l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Il se divise en six sections.

La première (art. 35 à 37) instaure la Haute Autorité de santé (HAS), chargée d'une évaluation objective et indépendante de l'utilité médicale. La volonté sous-jacente est de trouver un acteur qui aura la légitimité de définir le

panier de soins, c'est-à-dire ce qui a vocation à être pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, il est à parier que cette instance aura à se pencher sur des traitements ne faisant pas l'unanimité de la communauté médicale, tels l'homéopathie ou les cures thermales. La deuxième section (art. 38 à 40), sur les objectifs de dépenses et de recettes, instaure des instances de contrôle telles la MECS ou le Comité d'alerte des finances sociales. La section 3 (art. 41 à 47) est consacrée aux « compétences des organismes d'assurance maladie en matière de remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables ». La section 4 (art. 48 à 52) porte sur le dispositif conventionnel. Elle s'est traduite par la signature de la nouvelle convention médicale du 12 janvier 2005 entre l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie) et trois syndicats majoritaires représentatifs des médecins libéraux. L'avant-dernière section dédiée à l'organisation de l'assurance maladie (art. 53 à 65), porte création des nouvelles instances chargées de piloter l'assurance maladie : Uncam, Unoc (Union nationale des organismes complémentaires), UNPS (Union nationale des professions de santé), l'Institut des données de santé... Enfin, la section 6 (art. 66 à 69) traite de l'organisation régionale avec la possibilité de créer et expérimenter une agence régionale de santé (ARS).

Le dernier titre (dispositions relatives au financement de l'assurance maladie : art. 70 à 76) correspond aux mesures législatives indispensables à la mise en œuvre du plan de redressement financier accompagnant la réforme.

L'apport du Parlement

Alors que la précédente réforme d'envergure de l'assurance maladie avait été adoptée par voie d'ordonnances, la phase parlementaire a été, tout comme la concertation préalable avec les partenaires sociaux, amplement valorisée.

En terme purement quantitatif, on constate que le projet de loi initial déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 16 juin 2004 comprenait 45 articles. Le texte définitivement publié au *Journal officiel* du 17 août 2004 contient 76 articles, soit 31 articles supplémentaires.

À l'occasion de l'examen à l'Assemblée nationale le 30 juillet 2004 du texte issu de la commission mixte paritaire, le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, s'en est réjoui en ces termes : « Nous allons conclure l'examen du projet de réforme de l'assurance maladie. Les 190 heures de débat de la première lecture ont été très riches ; plus de 500 amendements ont été adoptés, issus de la majorité comme de l'opposition. »

Le Parlement s'est tout d'abord illustré en se préoccupant de rassurer les assurés sociaux quant au respect de leur vie privée et de protéger les personnes les plus faibles, à l'occasion de l'instauration du dossier médical personnel (DMP).

À l'heure où nos voisins européens tels les Pays-Bas

La réforme de l'assurance maladie

privatisent leur assurance maladie et font obligation aux médecins de transmettre le dossier de leurs patients aux assureurs, la préoccupation des députés et sénateurs français envers le respect du secret médical est loin d'être anodine.

Ainsi, le Parlement a décidé que l'accès au dossier médical ne pourra être exigé préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application, même avec l'accord de la personne concernée. De même, il a voulu que le dossier médical

personnel ne soit pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Il a prévu à cet effet que tout manquement à ces interdictions sera passible d'une peine pouvant aller jusqu'à 15 000 euros d'amende et un an de prison.

Dans la même perspective, s'agissant des informations que les professionnels de santé transmettront à la Haute Autorité de santé, le Parlement a expressément prévu que ces dernières auront été préalablement rendues anonymes.

Une conjonction législative favorable à une maîtrise des dépenses d'assurance maladie ?

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (LRAM) pourrait être une énième réforme de l'assurance maladie si elle n'avait pas été pensée en complémentarité avec les deux autres lois évoquées ci-dessous, qui structurent le pilotage de la santé publique par l'État. Ces complémentarités législatives constituent une opportunité pour la réussite de cette réforme, d'autres facteurs pouvant aussi y concourir comme la croissance économique.

La loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf) donne à l'Assemblée nationale pouvoir pour évaluer toutes les actions de l'État. L'attribution des budgets sera déterminée, à partir de 2006, au vu des résultats (pour des durées de un à cinq ans) de chaque programme. Le ministère en charge de la Santé a commencé à s'organiser en ce sens, en définissant trois missions : santé, sécurité sanitaire, solidarité et intégration. Chacune de ces missions est déclinée en programmes pour lesquels des « projets annuels de performance » quantifiables ont été définis.

Pour s'adapter à la nouvelle gouvernance induite par la Lolf, le ministère en charge de la Santé a défini avec la loi relative à la politique de santé publique du 15 août 2004 (LRPSP), un cadre national qui permet à l'ensemble des acteurs des différents ministères d'inscrire leur action dans la réalisation des priorités de santé

publique. Ce faisant, il prend en compte deux spécificités de l'action de santé publique : des effets qui se mesurent sur le moyen ou long terme (dix à vingt ans) et qui mobilisent des moyens dépendant de différents ministères. Le dispositif qui en découle s'inscrit dans une perspective de continuum prévention — soins — réadaptation — sécurité sanitaire — enseignement — recherche. La LRPSP met ainsi en place une nouvelle gouvernance pour les ministères concernés par la politique de santé. Elle leur permet de piloter des actions selon des objectifs de santé publique accompagnés d'objectifs d'évaluation (Lolf).

De son côté, la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (LRAM) met en place une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et du pilotage des établissements de santé. L'État contrôle les assurances maladie obligatoires et favorise des partenariats avec les assurances maladie complémentaires. La LRAM s'appuie sur d'autres réformes en cours comme « Hôpital 2007 » : tarification à l'activité dans les services de soins et organisation en pôles d'activités ; et la tarification des actes de la médecine ambulatoire.

L'ensemble des nouvelles missions et structures des LRAM et LRPSP va ainsi permettre aux ministères de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques de santé et d'assurance maladie. Les

ministres ont notamment pouvoir de nommer le directeur général de l'Uncam et contrôlent les différents conseils et comités. L'Assemblée nationale évalue ces politiques (LRAM, Lolf) et discute pour voter les lois et financements concernant la santé et l'assurance maladie. La conjonction de ces dispositions est exceptionnelle dans l'histoire du pilotage des politiques de santé : le rôle de l'État, des ministères et de l'Assemblée nationale, est renforcé dans les domaines de la santé et de l'assurance maladie par un triple dispositif législatif combiné. L'État définit la politique de santé et garantit l'égal accès à des soins de qualité avec un équilibre pluriannuel des régimes sociaux. Cet ensemble peut être un exemple des contre-pouvoirs administratifs mis en place pour faire face aux menaces qui pèsent sur les systèmes financés par des assurances maladie obligatoires. Il peut aussi montrer qu'un double mouvement est en cours : mise en cohérence de l'action publique et centralisation d'un pouvoir fort à même de faire évoluer les comportements et les pratiques tout en pesant sur les lobbies, accompagné de financements et de nouvelles gouvernances. Il reste aux responsables administratifs, professionnels et à la population à construire autour de ces changements un consensus du national au local, profond et durable, pour que tous participent à gagner les défis de santé publique présents et à venir. ■

Pierre-Henri Bréchat
Praticien hospitalier, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière (AP-HP)

Patrice François
Professeur des universités, praticien hospitalier, département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire de Grenoble

Christophe Segouin
Praticien hospitalier, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière (AP-HP)

Il a été indiqué que les professionnels de santé devront remplir le dossier médical personnel (DMP) dans le respect des dispositions du Code de la santé publique sur le respect de la vie privée et le secret médical, en particulier le droit pour le patient de n'être pas informé. Cette précision a été motivée par le fait que, dans la mesure où le DMP sera consultable sur Internet, des précautions particulières s'imposent pour certaines données sensibles. Dans le même esprit, il a été précisé que seuls les professionnels de santé habilités des établissements de santé pourront reporter sur le DMP les résumés de séjour.

Toutefois, ce souci de confidentialité n'a pas été exclusif. La préoccupation d'efficacité a été également forte. Ainsi, les parlementaires ont souhaité prendre des garanties pour que le DMP ne connaisse pas les mêmes déboires que le précédent carnet de santé, prévu par la réforme Juppé. L'utilisation du dossier médical par les professionnels de santé constituera, à compter du 1^{er} janvier 2007, une condition d'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins. Par ailleurs, les professionnels de santé seront tenus d'attester, lors de l'établissement des documents servant au remboursement, qu'ils ont pu accéder au DMP du patient.

Soucieux de protéger les plus fragiles, les députés ont également souhaité, lors de la création du parcours de soins, éviter que les personnes s'adressant directement aux spécialistes, sans passer par un médecin traitant, ne soient favorisées, notamment en termes de délais. C'est la raison pour laquelle a été solennellement réaffirmé le principe général de non-discrimination des patients.

Le Parlement s'est ensuite fait le protecteur de la famille en précisant que le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Il s'agit uniquement du choix du médecin, le déroulement de la consultation supposant le colloque singulier entre le médecin et l'adolescent. Ce souci n'est pas non plus anodin, dans la mesure où ces dernières années l'adolescent s'est vu reconnaître un espace de liberté de plus en plus large en matière médicale, tout particulièrement avec la loi du 4 juillet 2001 sur l'interruption volontaire de grossesse supplantant l'autorisation parentale pour les mineures. Il y a là des évolutions contradictoires.

Les parlementaires se sont illustrés par leur souci d'améliorer le dispositif d'information des patients. Tout d'abord, information sur l'offre de soins : ils sont à l'origine d'une disposition de la loi du 13 août 2004 tendant à ce que le gouvernement mette à l'étude la création d'un numéro d'appel national délivrant des informations sur l'offre de soins médicale et permettant aux patients de s'orienter au sein du système de soins. De tels numéros existent en Grande-Bretagne, au Québec, en Australie, et allègent les services d'urgences. Mais

aussi l'information sur le coût des soins. Il sera ainsi possible de faire connaître à l'assuré porteur de la carte Vitale le coût des médicaments dont il bénéficie.

Le Parlement a appuyé le gouvernement dans sa volonté de lutter contre les fraudes. Ainsi, les députés ont prévu, d'une part, l'apposition d'une photographie sur la carte Vitale et, d'autre part, qu'il puisse être demandé au patient admis dans un établissement de santé d'attester de son identité auprès des services administratifs. En matière d'indemnités journalières, les parlementaires ont étendu le dispositif de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude aux employeurs qui se servent des arrêts de travail pour contourner l'impossibilité de mettre des salariés en préretraite.

L'apport des parlementaires a été ensuite significatif s'agissant de la nouvelle gouvernance. Ils ont affiné l'ensemble des missions des différents organismes. Ainsi, pour le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, il a été précisé que sa mission d'analyse devra notamment permettre de mesurer l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Le Conseil de l'hospitalisation a, quant à lui, été totalement reconstruit et son rôle revu, sachant que la réforme touchait insuffisamment l'hospitalisation, secteur pourtant responsable de plus de la moitié des dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, ce conseil fera des recommandations. Lorsque la décision prise par le gouvernement différera de la recommandation du conseil, elle devra être motivée. Le conseil sera informé de chaque projet de protocole d'accords salariaux. De même, il donnera des avis sur l'impact interne des décrets de sécurité sanitaire, en termes financiers et d'organisation. Il y a ainsi un renforcement de la coopération entre l'assurance maladie, désormais identifiée par l'Uncam et l'hôpital.

L'une des instances de la nouvelle gouvernance a même été créée à l'initiative du Parlement : l'Union nationale des professions de santé. Les parlementaires avaient, là encore, en mémoire l'insuffisante adhésion des professionnels de santé à la précédente réforme. Cette union regroupe l'ensemble des représentants de l'ensemble des professions concernées et est chargée d'émettre des avis sur les propositions de décisions de l'Uncam. C'est le pendant de l'Union nationale des organismes complémentaires.

Enfin, le Parlement s'est montré plus ardent promoteur de la régionalisation que le gouvernement. Il est à l'origine de l'instauration d'une coordination plus étroite entre l'ARH et l'Urcam, via les missions régionales de santé (MRS), afin d'améliorer la coordination des soins et la gestion des risques, et de mieux répartir l'offre dans les zones à faible densité médicale. Chaque mission sera dirigée en alternance par le directeur de l'ARH et par celui de l'Urcam, par périodes d'une année. Ce schéma prépare la mise en place future des agences régionales de santé. ■