

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)