

CHAPITRE V

RECOMMANDATIONS SUR LE CHOIX ENTRE LES SOLUTIONS

ET SUR LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE

1. Deux solutions sont praticables, sauf si les conditions de la solution 1 se trouvaient réunies pour une part de la couverture complémentaire

Au total, sur les cinq solutions théoriquement concevables, deux sont à la fois juridiquement et techniquement praticables : l'anonymisation des données (solution 4) et le consentement exprès de l'assuré assorti de garanties appropriées (solution 2).

En effet, la solution dans laquelle le calcul des prestations serait réalisé sur le poste du professionnel de santé (solution 5) a été écartée pour des raisons techniques au terme de l'analyse menée au chapitre IV. La télétransmission par le patient lui-même (solution 3) exigerait des conditions techniques vraisemblablement trop lourdes à réunir, *a fortiori* à bref délai.

La télétransmission par le professionnel de santé sans consentement de l'assuré (solution 1) ne deviendrait sans doute juridiquement possible, sauf dans le cas de la CMUC, que si le rôle des assureurs complémentaires et leurs relations avec les régimes obligatoires évoluaient assez profondément pour qu'on puisse considérer qu'ils contribuent à l'exercice du droit à la protection de la santé ou à l'équilibre financier de la sécurité sociale, au sens constitutionnel.

2. Le choix doit être laissé entre ces deux solutions

L'examen des différentes solutions effectué dans la deuxième et la troisième partie de ce rapport, ainsi que l'ensemble des contacts avec les professionnels de santé, les assureurs complémentaires et les assureurs obligatoires conduisent à conclure qu'il ne serait pas réaliste d'opter pour une solution unique.

D'une part, en effet, les différentes catégories d'assureurs complémentaires –mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance- n'ont pas les mêmes préférences. A l'intérieur même de chaque catégorie, les choix ne sont pas nécessairement unanimes. Cette diversité d'approches trouve son fondement dans la diversité des stades de réflexion, des modes d'organisation, des politiques commerciales, de la nature juridique des relations entre assureurs et assurés.

D'autre part, les professions de santé sont très diverses. La nature, la fréquence et la durée des actes qu'elles effectuent sont également très différentes, de même que les circonstances dans lesquelles les assurés recourent aux prestations de ces professionnels.

Si l'on souhaite que les solutions soient les plus adaptées possibles aux besoins des professionnels de santé et des assureurs, le mieux est la pluralité de solutions.

Il est vraisemblable que l'anonymisation, voie qui a notamment la préférence des associations de patients, des associations de consommateurs et de certaines professions de santé, est la formule la plus adaptée pour les actes de brève durée, comme la consultation chez le médecin généraliste. Il est en revanche probable que la voie du consentement est praticable pour les soins dentaires et pour les fournitures d'optique, actes plus rares, plus longs et plus onéreux, et pour lesquels des devis comportant des données médicales sont d'ores et déjà transmis avec le consentement des patients par les professionnels de santé aux assureurs complémentaires dans un nombre croissant de cas. Le mieux est cependant de laisser aux acteurs le choix -global pour un même type d'assureurs ou différent selon les professionnels de santé- entre les voies dont ce rapport a montré à la fois la faisabilité technique et les conditions juridiques, voies dont des expérimentations permettront de mettre au point l'ensemble des modalités pratiques.

Ces possibilités de choix offertes aux assureurs complémentaires impliquent le respect pour chaque solution des garanties ci-dessus analysées, dont la fonction est que la télétransmission des données de santé soit réalisée dans des conditions respectant la vie privée des assurés.

3. Les expérimentations

Assureurs complémentaires et obligatoires adhèrent à la proposition, faite par le Ministre dans la lettre de mission qu'il m'a adressée le 7 février 2003, d'engager des expérimentations dès le début de 2004. Cette échéance très proche implique qu'elles se déroulent, au moins dans un premier temps, dans le cadre de SESAM Vitale hors ligne.

Deux expérimentations, portant toutes deux sur la télétransmission des données sensibles par le professionnel de santé, peuvent être envisagées :

- l'une avec l'anonymisation des données qui n'implique pas de modification de la législation, même si une disposition législative telle que celle prévue par le Sénat peut être utile ;
- l'autre avec le consentement du patient, et moyennant des garanties, qui ne pourra voir le jour qu'à la condition que la loi de transposition de la directive de 1995 ou une loi spécifique en permette la possibilité.

Si l'évolution de la répartition des fonctions entre les assureurs obligatoires et complémentaires, assortie d'une loi spécifique permettait, dans l'intervalle, la télétransmission par les professionnels de santé sans le consentement du patient, on se trouverait dans un cas dérivé et simplifié de la télétransmission avec consentement.

La CNIL est prête à être associée au processus d'expérimentation qui aura notamment pour objet de mettre au point l'organisation des systèmes d'information et les procédures de nature à garantir que les données sensibles collectées par les assureurs complémentaires ne pourront être utilisés à d'autres usages que ceux prévus.

Le conseil de surveillance de SESAM Vitale a donné fin mai un accord au principe de l'expérimentation de la solution avec anonymisation.

A l'issue de cette mission et de l'accord qu'elle a permis sur les orientations générales à suivre, les conditions se trouvent ainsi réunies pour que des expérimentations puissent être effectivement conduites à partir du début de 2004.

Les fédérations d'assureurs complémentaires doivent mettre au point les schémas d'expérimentation envisagés et rechercher, parmi leurs membres, des volontaires pour y participer. Cette action doit être entreprise immédiatement de telle manière que ces schémas soient présentés au conseil de surveillance de SESAM Vitale de juillet 2003 avec, notamment, pour objectif de préciser les modifications, a priori mineures, de la version 1.40 que le GIE SESAM Vitale devra prendre en charge.

3.1. L'expérimentation avec anonymisation des données (cf. encadré n° 4)

L'objectif est que cette expérimentation soit engagée dès le début de l'année 2004 dans le cadre de SESAM Vitale hors ligne, en affectant au minimum la version 1.40 et le poste de travail du professionnel de santé. Il importe également que les investissements, techniques et organisationnels, réalisés à cette occasion soient réutilisables pour une généralisation ultérieure.

Le projet d'expérimentation présenté dans l'encadré n° 4 permet de répondre à ces différentes contraintes. Il a, en outre l'avantage de minimiser les aménagements à apporter dans l'immédiat aux systèmes d'information des assureurs, condition également nécessaire à sa mise en œuvre à brève échéance. Ce projet présente, essentiellement, deux points remarquables.

Le premier point à signaler est que les DRE émises par les professionnels, comprenant des données médicales, ne seraient pas immédiatement anonymisées ; mais ces données seraient *chiffrées* de telle manière que nul ne puisse en prendre connaissance avant qu'elles aient été anonymisées. En fait, il s'agirait des DRE telles qu'elles sont prévues par la version 1.40, mais dans lesquelles l'oblitération des données médicales aurait été supprimée. Cette suppression demanderait une intervention sur les postes de travail des professionnels de santé participant à l'expérimentation. Mais, au-delà de cette intervention initiale, la mise en œuvre par les professionnels devrait être strictement identique, qu'il s'agisse d'envoyer des DRE détaillées aux assureurs complémentaires participant à l'expérimentation ou d'envoyer des DRE réduites à ceux qui n'y participent pas.

Les DRE seraient adressées au tiers de confiance qui substituerait le numéro d'anonymisation à l'identité de l'assuré sans pouvoir accéder aux données médicales car il ne disposerait pas de la clé de déchiffrement de ces données. Les DRE ainsi anonymisées seraient ensuite envoyées au sous-système 2 qui, doté de la clé de déchiffrement, pourrait lire les données médicales sans connaître à quel assuré elles se rapportent. Ce type de procédé est déjà largement mis en œuvre par SESAM Vitale pour la télétransmission des FSE aux organismes obligatoires, lorsque celles-ci transitent par des organismes concentrateurs techniques.

Le second point remarquable est que les données des contrats ne seraient pas enregistrées dans le sous-système 2. Lors de chaque réception des lots des DRE nominatives reçues des professionnels de santé, le tiers de confiance interrogerait le sous-système 1 pour y prélever les données des contrats qu'il adjoindrait aux DRE avant d'anonymiser ces dernières et de les communiquer au sous-système 2. Celui-ci disposerait ainsi des données nécessaires au calcul des droits à remboursement sans avoir à constituer préalablement et tenir à jour une copie anonymisée de la base de données du sous-système 1, dispositif qui serait probablement difficile à mettre en place dans le délai imparti pour l'expérimentation et qui pourrait ne l'être que dans un second temps.

Cette répartition des fonctions entre les trois composantes du système (les deux sous-systèmes et le tiers de confiance) est sans doute optimale dans le cadre d'un système hors ligne. Elle pourrait poser problème dès lors que l'on passerait à un système en ligne. En effet, la multiplication des relais entre le poste du professionnel de santé et le sous-système 2¹⁶ pourrait nuire de manière rédhibitoire à la performance du dialogue interactif qui serait alors instauré entre le poste du professionnel de santé et le sous-système 2. Il pourrait alors apparaître nécessaire, afin de limiter ces relais, de passer, conformément à ce qui est prévu dans le schéma de référence (cf. supra), à une gestion des clauses contractuelles dans le sous-système 2 et à l'envoi de deux messages par le poste du professionnel de santé : le premier au tiers de confiance pour lui communiquer la correspondance entre l'identité du patient et le numéro de DRE ; le second, un peu plus tard, au sous-système 2 pour lui communiquer la DRE elle-même et instaurer, sans aucun relais, le dialogue interactif. Il importe en effet que ce dialogue puisse se dérouler sans temps d'attente perceptible par les professionnels de santé. Seule une analyse précise des performances possibles des différents schémas d'échanges permettra de déterminer s'il est réellement nécessaire de mettre en œuvre cette solution.

Une possibilité serait que le gestionnaire du sous-système 2 soit une structure juridique qui serait créée à cet effet et qui agirait pour le compte de l'ensemble des assureurs participant à l'expérimentation.

Cette structure pourrait alors également accueillir la fonction de tiers de confiance qui serait du type boîte noire. Cette dernière option n'est pas techniquement incontournable. Mais elle aurait deux avantages essentiels : en premier lieu celui de faciliter l'expérimentation, car elle est plus simple à mettre en œuvre ; en second lieu, celui de tester le dispositif de tiers de confiance « boîte noire » qui doit être préféré, s'il apparaît qu'il peut apporter les garanties nécessaires.

Ces propositions visent, dans un souci de réalisme, à ce que la période d'expérimentation permette de s'acheminer progressivement vers le scénario de référence.

Les fédérations d'assureurs complémentaires devraient consacrer la fin du second trimestre 2003 à l'affinement de ce projet, en concertation avec le GIE SESAM Vitale et la CNIL, et à la recherche d'assureurs volontaires pour participer à l'expérimentation, avant de le présenter au conseil de surveillance de SESAM Vitale du mois de juillet.

L'expérimentation pourrait concerner en premier lieu les pharmaciens et les radiologues.

3.2. L'expérimentation avec consentement du patient

Cette seconde expérimentation doit comme la précédente, s'intégrer dans SESAM Vitale hors ligne et affecter au minimum la version 1.40 du système et le poste du professionnel de santé.

Il est également souhaitable qu'elle soit engagée au plus tôt, si possible dès le début de l'année 2004. Cependant, l'échéance est ici plus incertaine. En effet, elle suppose la définition, la production et la distribution d'une carte spécifique aux assurés participant à l'expérimentation, d'une part, et la définition des structures de gestion et des circuits d'information qui, ainsi qu'on l'a vu au 3.3.5 ci-dessus, pourraient prendre plusieurs formes différentes. L'intérêt de certains assureurs pour

¹⁶ A l'aller la DRE est adressée par le PS au tiers de confiance, qui pose une question au sous-système 1 et en attend la réponse avant de transmettre la DRE au sous-système 2, soit quatre étapes au total. Au retour, la réponse du sous-système 2 doit transiter par le tiers de confiance pour être désanonymisée, soit deux étapes.

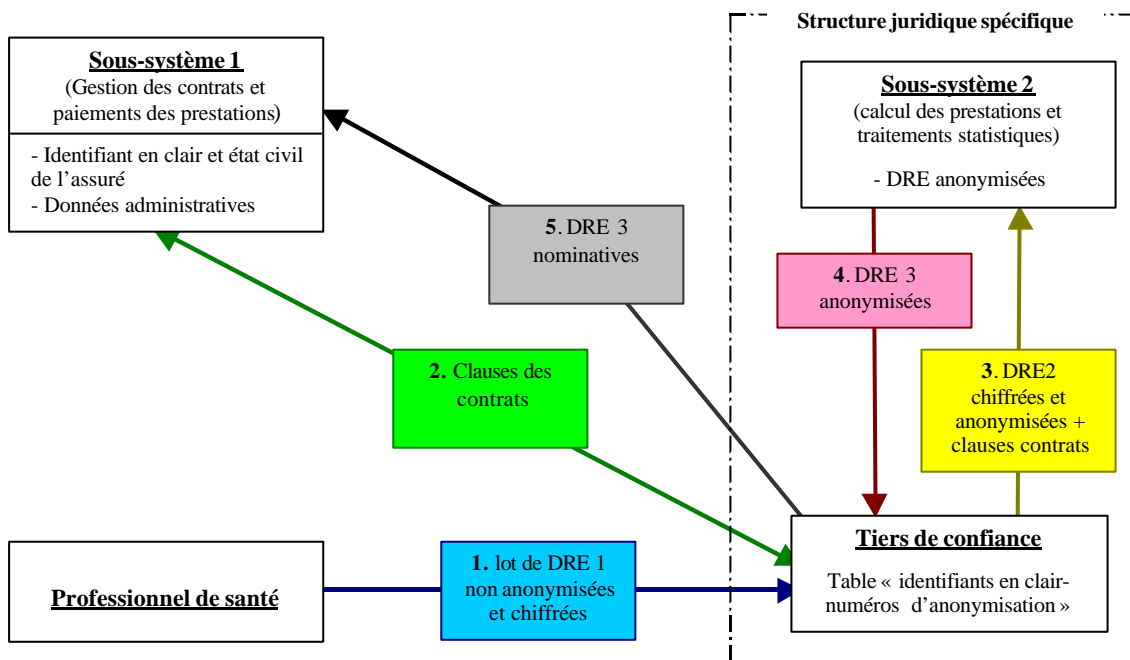
cette formule et la faisabilité technique assez simple de la carte spécifique constituent cependant des facteurs favorables à ce qu'elle puisse être engagée au moins dans les premiers mois de 2004.

Encadré n° 4 - Expérimentation de l'anonymisation

Cette expérimentation se distingue du schéma de référence sur les points suivants :

- Il n'est pas constitué une copie anonymisée de la base de donnée de l'assureur complémentaire, issue du sous-système 1 dans le sous-système 2.
- Les clauses des contrats nécessaires au calcul des droits à remboursements sont prélevées dans le sous-système 1 par le tiers de confiance au fur et à mesure du traitement des DRE.
- Au départ, la base de données du sous-système 2 est vide. Elle s'enrichit progressivement car le système conserve copie des DRE détaillées anonymisées qu'il traite. Il accumule ainsi progressivement l'information nécessaire au traitement des cas complexes qui requièrent la connaissance de prestations antérieures et aux exploitations statistiques.
- Le sous-système 2 est géré par une structure juridique créée à cet effet. Celle-ci agit pour l'ensemble des assureurs participant à l'expérimentation. A priori, dans un tel contexte, le tiers de confiance peut être, au moins à titre de test, du type « boîte noire » associée au sous-système 2.

Les échanges entre le poste du PS, le tiers de confiance, le sous-système 1 et le sous-système 2 sont les suivants :



1. En fin de vacation, au moment de la constitution des lots, le poste du PS transmet un lot de DRE1 non anonymisées au tiers de confiance. Les données d'identification de l'assuré et son numéro de contrat sont en clair et les données sensibles sont chiffrées selon la procédure prévue par la version 1.40.

2. Le tiers de confiance interroge le sous-système 1 pour récupérer les données des contrats. Il ne peut lire les données sensibles car il ne dispose pas de la clé de déchiffrement.

3. Le tiers de confiance substitue le numéro d'anonymisation à l'identifiant, ajoute les données du contrat à la DRE1 et communique le document ainsi modifié (DRE2) au sous-système 2.

4. Le sous-système 2 dispose de la clé de déchiffrement des données sensibles. Il procède au déchiffrement, calcule le montant à rembourser et élabore une DRE réduite anonymisée ne comprenant pas les données sensibles (DRE4), qu'il communique au tiers de confiance. Il conserve une copie de la DRE complète anonymisée.

5. Le tiers de confiance substitue l'identifiant en clair au numéro d'anonymisation pour produire la DRE4 finale qu'il communique au sous-système 2. Celui-ci peut alors procéder au remboursement.