

INTRODUCTION

Les assureurs complémentaires souhaitent, depuis plusieurs années, accéder aux données de santé contenues dans les feuilles de soins électroniques, que seuls reçoivent aujourd'hui les assureurs obligatoires. Toutefois la nature même des enjeux et la complexité des questions n'avaient pas permis que les discussions qui ont eu lieu ces dernières années traitent le fond de l'ensemble de ces sujets et analysent leurs interactions.

Dans sa lettre de mission du 26 novembre 2002, le Ministre indiquait qu'une telle demande soulève des problèmes juridiques et techniques, ainsi que des questions d'organisation et de coût. Elle touche à des sujets essentiels comme le respect des libertés individuelles et la préservation du secret médical. Elle nécessite des choix sur les systèmes informatiques à retenir et les moyens de les mettre en œuvre. Le Ministre me confiait une mission exploratoire qui, compte tenu de la complexité et de la multiplicité des facettes du sujet, devait permettre d'examiner la faisabilité du projet et d'en préciser les modalités.

Le Ministre a approuvé l'approche proposée dans le rapport exploratoire qui lui a été remis le 24 janvier 2003 et m'a demandé, par une lettre du 7 février, de mener les analyses et concertations préalables à la prise de décisions et à la phase opérationnelle.

Le Ministre soulignait qu'il convenait de privilégier, comme le proposait le rapport exploratoire, la voie de l'anonymisation des données, qui cumule plusieurs avantages, la protection des libertés individuelles, l'absence de charges nouvelles pour les professionnels de santé et de formalités supplémentaires pour les assurés, une plus grande rapidité de mise en œuvre sous réserve de l'adaptation des systèmes informatiques des assureurs complémentaires eux-mêmes. Il n'excluait pas, parallèlement, l'élaboration de dispositions législatives spécifiques.

Des réunions ont donc été tenues avec les organisations représentatives des assureurs complémentaires (Fédération française des sociétés d'assurance, Fédération nationale de la mutualité française, Centre technique des institutions de prévoyance, Groupement des entreprises mutuelles d'assurance), les trois principales caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM, Caisse centrale de MSA), la Commission nationale de l'informatique et des libertés, le Centre national des professionnels de santé, les deux ordres principalement concernés, celui des médecins et celui des pharmaciens, ainsi qu'avec les services du ministère (Direction de la sécurité sociales, Direction générale de la santé, Mission pour l'informatisation de la santé). Des associations de consommateurs et de patients ont été consultées.

Des entretiens techniques ont également eu lieu avec le GIE SESAM Vitale et avec des prestataires intervenant dans la télétransmission ou le traitement informatique des données, y compris des organismes concentrateurs techniques (OCT) qui acheminent les feuilles de soins électroniques vers les assureurs.

Ces concertations ont permis d'une part d'aboutir à un échange de lettres formalisant l'accord sur les orientations générales à retenir, qui est reproduit après cette introduction.

Elles ont d'autre part beaucoup contribué à la mise au point du rapport lui-même.

Celui-ci analyse tout d'abord la demande des assureurs complémentaires pour en préciser les différentes composantes, chacune d'elle pouvant poser des problèmes spécifiques (chapitre I).

Il étudie ensuite les diverses règles applicables et leur articulation, de manière à dégager la nature et les limites des solutions juridiques possibles pour que la télétransmission des données nominatives puisse être effectuée par le professionnel de santé (chapitre II).

Les limites et difficultés de ces voies amènent à examiner si d'autres solutions qu'une transmission de données nominatives par le professionnel de santé sont possibles (chapitre III).

Sont alors précisées les contraintes techniques et les modalités d'organisation qui s'imposeraient dans tous les cas (chapitre IV).

Cet examen amène aux recommandations sur le choix entre les solutions pour la transmission des données individuelles et sur les modalités de mise en œuvre (chapitre V).

Enfin, est suggérée la possibilité pour les assureurs complémentaires d'accéder aux données statistiques du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (chapitre VI).

L'ensemble de l'analyse a été mené indépendamment de toute évolution éventuelle de la ligne de partage entre assurance obligatoire et assurance complémentaire, en précisant seulement comment la pondération de certains éléments du raisonnement se trouverait modifiée si cette répartition évoluait.