

CARTES-SANTÉ L'AVENIR EN QUESTION



Alors que la France engageait très tôt ses réflexions sur la définition d'une carte d'assuré social. Il est vrai que la mise en œuvre d'une telle carte dans le contexte français où il faut coordonner l'action de nombreux acteurs, a rapidement soulevé des questions difficiles, recensées dans deux documents confidentiels. Ce qui pourrait bien augurer d'une reprise en main du dossier par les pouvoirs publics

EN 1977, devant la forte croissance du nombre de feuilles de soins qu'elle a à traiter dans des délais qu'elle veut de plus en plus courts, la Caisse nationale d'assurance maladie adopte le programme LASER, outil de liquidation dont la mise en place sera effective en 1988. Entre-temps, la carte à microprocesseur est apparue, et l'assurance maladie étudie très vite les usages qu'elle pourrait en faire pour simplifier l'administration de la feuille de soins. Les premières expérimentations sont menées sous l'égide de la direction informatique de la Cnam, qui conclut rapidement à la faisabilité technique de la carte et de son réseau de transmission, mais soulève déjà de nombreuses questions d'ordre réglementaire. Un élargissement de l'expérience interviendra dans les années 1986-1989, avec la recherche d'une procédure de saisie à la source. Des expériences menées de concert avec le régime agricole et la mutualité. Dès 1990 est élaboré un schéma directeur inter-régimes, en parallèle d'ailleurs avec la constitution de ce genre de programme pour les institutions elles-mêmes.

L'enjeu est d'importance puisque les seules économies de gestion occasionnées par la mise en œuvre de la carte (avec toutefois un taux d'utilisation inférieur à 100%) varient selon les scénarios entre 20 et 60 milliards de francs.

En 1992, on entre dans une phase de construction, avec la définition d'objectifs plus larges (l'étude de fonctions monétiques, du volet médical...). Un mouvement qui sera largement influencé par l'arrivée d'un nouveau principe : la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui ont donné toute son importance à ce dossier.

La carte-santé, outil d'identification et de régulation : un projet en pleine évolution

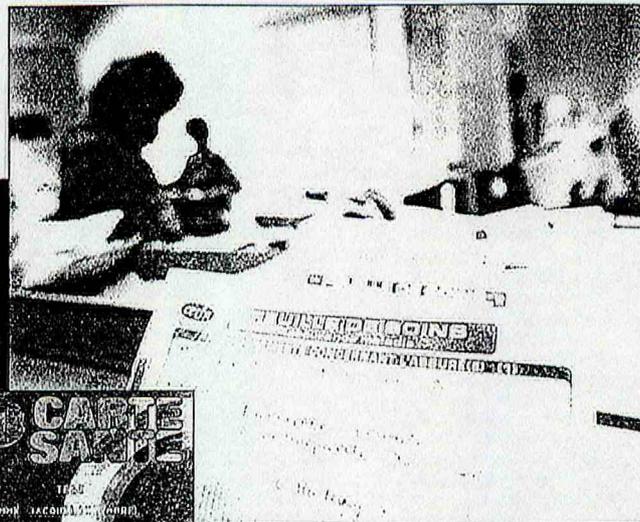
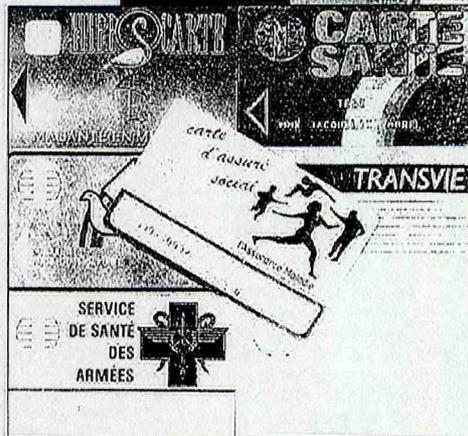
Jusqu'alors, l'utilisation de la carte n'avait été envisagée que pour faire face à un accroissement constant du volume des feuilles de soins, de l'ordre de 5% par an. Et la mise en œuvre du dispositif n'avait jusqu'ici buté que sur des préoccupations liées au maintien du niveau de l'emploi dans les organismes sociaux. Mais avec la définition de la "gestion du risque", l'amélioration des systèmes d'informations apparaît vite indispensable, et la carte administrative informatisée se voit dotée de

nouvelles fonctions. Du moins sur le papier. Car les problèmes et les retards s'additionnent.

En décembre dernier, alors qu'on attendait une décision de généralisation de la carte-santé, deux rapports confidentiels sont venus éclairer le dossier. Le premier émane du GIE Sesam-Vitale, organisme qui regroupe régimes de base et organismes complémentaires. Un document interne qui retrace l'activité des deux premières années, rédigé à la demande pressante des ministères de tutelle. En effet, le ministère des Affaires sociales, désireux d'évaluer les expériences et les programmes en cours, a demandé de son côté à trois membres de l'Inspection générale des Affaires sociales (Joël Dessaint, Claude Gübler et Michèle Thonnet) de porter leur attention sur la carte santé. Deux études, jugées parfois « sévères mais objectives » sur l'avancée réelle des programmes.

Ainsi, la mission Igas recense un certain nombre de faits pouvant expliquer les retards, qu'elle évalue à quatre années, dans le déroulement du programme de généralisation :

Le volume des feuilles de soins augmente, le retard pris par la carte-santé aussi



Philippe Chagnon

son fonctionnement, les décisions portant sur le projet Sesam-Vitale n'en représentent que 26 %.

- « Les objectifs n'ont pas été confrontés aux attentes de tous les acteurs, en particulier celles des professionnels de santé. »

- « Enfin, les délais de mise au point labellisation et scellement des logiciels sont supérieurs aux prévisions, ce qui retarde le début

des expérimentations à grande échelle ».

Une question, fondamentale pour le dispositif, a monopolisé les attentions pendant plusieurs mois. Celle de la propriété de l'information. Aucune règle juridique ne précise actuellement le statut des informations contenues dans les feuilles de soins utilisées aujourd'hui. Celle-ci est-elle une simple facture qui servira de justificatif de remboursement, ou bien a-t-elle d'autres fonctions ?

L'article R 321-1 du code de la Sécurité sociale, s'il précise la fonction d'ouverture au remboursement, ne donne aucune indication sur les personnes ou les organismes habilités à en utiliser les informations.

Les réflexions ont donc porté longtemps sur cet aspect. L'assurance maladie a pu un temps estimer qu'elle était propriétaire des informations contenues dans les demandes de remboursement, les praticiens argumentaient quant à eux de l'existence d'un acte intellectuel...

Aujourd'hui, les esprits convergent vers l'assuré social comme détenteur du droit sur les informations, même si la nature même de

ET L'INTENDANCE ?

Le démarrage pour le moins laborieux du GIE Sesam-Vitale a eu des répercussions dans la définition de ses moyens d'action. Ainsi, de nombreuses questions se sont posées sur le sort des personnels au regard du statut des agents de la Sécurité sociale, un sujet que l'on sait particulièrement épineux. On se souviendra également du feuilleton relatif à l'implantation de ses services. Après avoir décidé dans un premier temps d'utiliser les locaux du Cetelic de Montpellier qu'il convenait de redéployer, et après plusieurs mois d'hésitations, la décision finale désignait la ville du Mans. Outre le retard occasionné par ces tergiversations, l'impact financier pourrait être important, à tel point que la Direction du Trésor aurait demandé une confirmation des premières estimations. Enfin, certains salariés du GIE avaient déjà pris leurs dispositions dans le cadre d'une mobilité vers Montpellier (logement, emploi du conjoint...). Là encore, les problèmes n'ont guère contribué au bon fonctionnement du GIE. Ce sera d'ailleurs la question du siège qui motivera, en fin d'année dernière, le retrait de Rémy Fromentin, le premier directeur de la structure.

LES CONSTATS DE L'INSPECTION

- « Le projet a longtemps été considéré comme un projet technique informatique, constituant d'ailleurs un axe du schéma directeur stratégique informatique de la Cnamts. Il n'a donc intégré les demandes d'autres acteurs, externes ou internes, notamment l'agence comptable, qu'assez tardivement... Par ailleurs, les implications sur le contenu et l'organisation du travail dans les caisses n'ont sans doute pas été entièrement perçues au départ alors qu'elle doivent l'être préalablement à toute généralisation. »

- « Il a sans doute souffert de l'absence d'un responsable clairement désigné à la Cnamts, où il n'y a pas à proprement parler de chef de projet Sesam-Vitale unique. De plus, jusqu'à la création du GIE et même au-delà, les structures et modes de décision sont restés très informels. » Un problème qui ressort également des constats du GIE. Le rapport d'activité énonce « l'absence de positionnements suffisamment fermes », ce que d'autres traduisent par un manque de détermination politique. Une idée que l'on retrouve un peu plus loin : « La concertation avec les professions de santé est l'exemple typique de cette absence de couverture politique dont semblaient ne pas bénéficier en particulier les représentants de la Cnam... Il semble que, de la même façon, l'approche avec les régimes complémentaires se soit opérée de manière empirique, en fonction des contingences et des intérêts du moment ».

- « Le GIE, durant l'année 1993, s'est davantage consacré à la question de son élargissement et de ses statuts qu'au projet lui-même. » Le rapport d'activité nous apprend de son côté que plus de 60 % des dossiers traités par le comité directeur ne concernent en effet que

ce droit suscite plusieurs interprétations. L'usager exerce un droit d'usage ou un droit de propriété sur les informations contenues dans la feuille de soins. Il est d'ailleurs libre d'engager ou non la procédure de remboursement, et de faire parvenir les informations aux organismes qu'il choisit. En cas de facturation subrogatoire, dans le cadre d'une délégation de paiement en pharmacie ou en biologie, les informations seront acheminées simultanément au régime obligatoire et à l'organisme complémentaire. La Commission nationale informatique et liberté vient confirmer cette construction, en qualifiant cette liberté d'usage de la feuille de soins comme un principe fondamental, tout comme l'est le droit à connaître la nature des informations transmises.

LA PLACE DES DIFFÉRENTS ACTEURS

On se rend compte aujourd'hui qu'on ne pouvait faire l'économie de cette recherche juridique. Et ses conséquences sont considérables.

Car un des aspects fondamentaux de ce dossier concerne la place des différents acteurs dans l'organisation des transferts d'informations, une place qui dépend pour beaucoup de cette réponse juridique. La position de la Cnam a souvent été qualifiée d'hégémonique, il est vrai que c'est elle qui a largement impulsé les débuts de l'affaire. L'adhésion des autres régimes de base reflète, pour beaucoup d'experts, des intérêts très divers. Ainsi la Mutualité Sociale Agricole, au-delà des avantages apportés à la gestion du régime, pourrait voir dans la carte un moyen efficace de consolider ses positions alors même qu'elle est confrontée à la concurrence d'autres organismes. Les relations avec les opérateurs complémentaires sont quant à elles loin d'être serènes (cf "La guerre des réseaux aura-t-elle lieu?" - ESJ, n° 206).

Pourtant, les responsables de la couverture complémentaire santé ont rapidement vu l'intérêt d'une telle



Une grande inconnue dans le projet carte: l'implication des professionnels de santé

carte. Et participèrent d'ailleurs aux premières étapes de l'expérimentation: on citera par exemple la Mutualité du Pas-de-Calais (FNMF), ou l'investissement réalisé par la Fédération des Mutuelles de France dans le produit C3S. Mais tout aussi rapidement des questions cruciales se posent: Comment l'information va-t-elle transiter? Qui aura sa maîtrise?

Les assureurs cherchent à intégrer leur propre rôle (la carte Santé-Pharma) pour préserver leurs investissements. Il est vrai que leurs résultats sont importants: l'année 1994 s'est soldée par un chiffre de 2,5 millions de cartes en circulation, qui permettent le traitement des relations avec 80% des pharmaciens français. Ce réseau représente 13 millions de factures transmittant au réseau pour le compte de 180 organismes complémentaires différents.

Les institutions de prévoyance cherchent à réduire la baisse les coûts de traitement de la feuille de soins électronique pour optimiser leurs tarifs, les mutuelles s'inquiètent du danger de perte d'autonomie qui résulterait d'un passage obligé par les outils de l'assurance maladie. En outre se pose le problème des situations différentes selon les mutuelles. Ainsi, l'approche sera différente selon que la mutuelle gère ou non le régime de base, comme c'est le cas dans la Fonction publique.

Le débat sur le statut de l'information, tout comme la position de la Cnil ou les réflexions communes des membres du GIE ont permis de clarifier que ces deux positionnements respectifs. Alors que la Cnam et la MSA étaient plutôt fixées à l'origine sur un schéma à deux étapes, les régimes complémentaires se voient l'information après traitement des régimes de base.

Ass nul doute, c'est outre-Rhin que l'on trouve l'utilisation la plus avancée des cartes dans le domaine de la santé. L'Allemagne a engagé la réflexion après notre pays, à tel point que les experts allemands ont beaucoup observé le déroulement de nos propres expérimentations avant de lancer un plan d'ensemble. Et quatre années après le démarrage des premières études, l'Allemagne est devenu le premier pays à généraliser l'usage d'une carte à puce pour l'assurance maladie, après une période de concertation entre les caisses, les professionnels de santé et le gouvernement fédéral, et après une expérimentation portant sur près de un million de cartes.

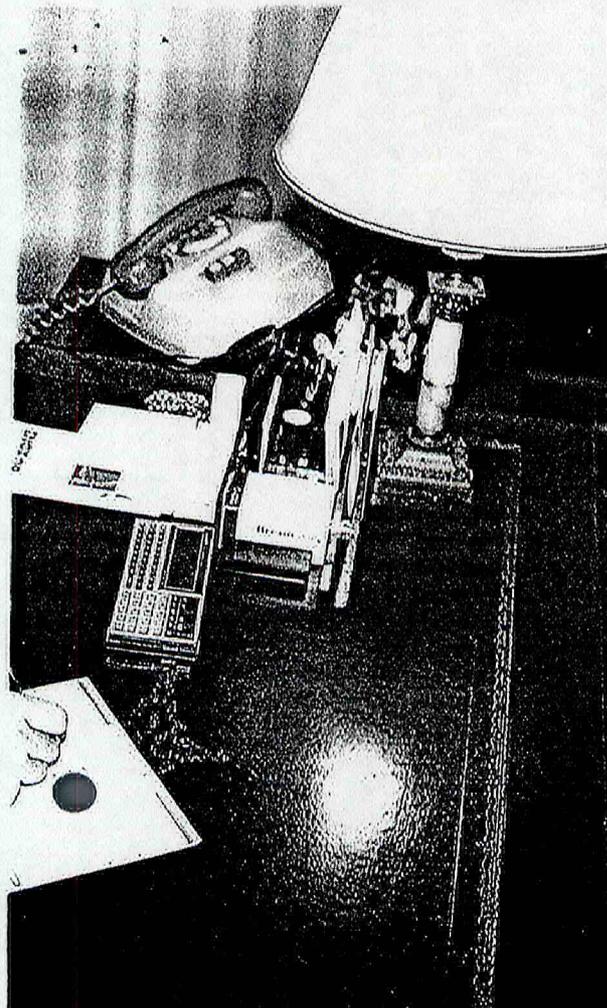
Mais si l'avance prise en ce domaine peut sembler considérable, elle ne doit pas faire oublier que les choix technologiques allemands limitent considérablement les évolutions du support.

Ainsi, la carte allemande n'est qu'une simple mémoire où sont inscrits les élé-

ments d'identification de l'assuré social, et l'état de ses droits. Elle ne sert qu'à remplir des formulaires qui seront ensuite traités par un système de lecture optique dans les caisses. La loi allemande étant extrêmement stricte quant à la protection des données et des individus, aucune information médicale ne peut être inscrite dans la mémoire de la carte. Nos voisins allemands ne profiteront donc pas des autres applications rendues possibles par la carte à microprocesseur.

Pourtant, ses initiateurs ne désespèrent pas de faire évoluer la législation, et par voie de conséquences, les fonctionnalités de la carte. En avril 1994, la carte était diffusée auprès de 30 millions de personnes.

Conséquence importante: les Allemands font aujourd'hui figure de précurseurs et, compte tenu de leur présence affirmée dans les organes normatifs de l'Union européenne, joueront sans nul doute un rôle important dans la définition des politiques et outils européens.



Philippe Chagnon

le principe de la ventilation des informations dès le début des transferts semble aujourd'hui faire l'objet d'un consensus. Restent les questions de financement et d'organisation du réseau, tout comme le problème, beaucoup plus épineux au regard des libertés publiques, de la nature des informations qui transiteront par le réseau. Et à ce titre, revient la question du codage des actes médicaux, prévu par la loi mais impossible à appliquer en l'état actuel de notre droit sans soulever un grand nombre de difficul-

Les professionnels de santé quant à eux se sont étonnés – offusqués pour certains – de ne pas avoir été consultés dans les phases d'élaboration. « Tous les professionnels, à l'exception de certains généralistes, souhaitent être associés à la gestion et à l'administration d'un réseau "santé sociale", ainsi qu'à sa conception et à son déploiement », indique l'Igas. Ils s'interrogent d'ailleurs sur l'opportunité de constituer leur propre réseau (RPS de Ophis ou GERS de MG-Micro). Mais, souligne l'Igas et confirme le GIE, les professionnels ont pu être consultés dans le cadre de la commission de concertation du GIE.

La mission Igas s'interroge sur l'application de la carte à tous les aspects de la santé. Ainsi, rien n'est actuellement prévu pour ce qui concerne les hôpitaux, hormis la simple fonction d'ouverture des droits. Mais il est vrai que l'hôpital fonctionne, actuellement, sous

budget global, et qu'il n'y a facturation que vers les régimes complémentaires, en absence d'exonération du ticket modérateur. En clinique, il faudrait revoir la facturation via le "bordereau 615", le caractère immédiat de la validation par Vitale venant contredire la pratique actuelle où les informations sont recueillies *a posteriori* des actes et examens.

QUELLES PERSPECTIVES ?

Quelles sont donc les évolutions possibles pour Sesam-Vitale ? L'Igas recense plusieurs scénarios, reprenant les différentes hypothèses de coopération entre les différents acteurs, et les possibilités d'application du dispositif. D'une évolution minimaliste, réduite aux seuls régimes obligatoires et aux professionnels du tiers-payant à un réseau plus étendu, les conséquences en terme de fonctionnalités du système sont très diverses. Le scénario minimaliste implique, on pouvait sans douter, une absence d'évolution des fonctions vers une véritable gestion du risque. Une carte unique n'est possible que si régimes obligatoires et complémentaires décident de coopérer, le volet médical quant à lui nécessite l'adhésion de tous les professionnels de santé. Et les économies de gestion réalisées à l'horizon 2000 sont conditionnées par le scénario retenu : de 30 % pour le champ restreint, elles peuvent aller jusqu'à 70 % dans les autres hypothèses, en fonction du taux d'utilisation réel. L'Igas, quant à elle, estime que l'évolution la plus probable, ou la plus réalisable, consiste en la coopération entre deux réseaux, applicables à tous les professionnels de santé, et constitués l'un à l'initiative des régimes obligatoires, l'autre par les régimes complémentaires et les professionnels de santé. On le voit, on est assez loin du réseau santé-social unique tel qu'il était recherché au début de l'aventure.

De nombreuses autres questions sont posées sur l'avenir même des structures actuellement chargées de conduire le projet carte-santé. Et en ce domaine, tous surveillent les prises de position du ministère des Affaires sociales. Un ministère à qui la mission de l'Igas a conseillé, compte tenu des évolutions qui se profilent, « la création d'une structure de coordination des projets importants des cartes à microprocesseur dans le domaine de la santé ».

Une première proposition qui pourrait bien être suivie d'effets : la Direction de la Sécurité sociale aurait ainsi été saisie du projet. Si celui-ci allait à son terme, on pourrait n'y voir que le souci de mieux suivre l'avancement de programmes particulièrement complexes, beaucoup analyserons le fait par la volonté de reprise en main par les pouvoirs publics des destinées de la carte. En d'autres termes, cela pourrait se traduire rapidement par un rétrécissement de la mission du GIE qui se limiterait alors à un service technique commun aux différents régimes.

Plus que jamais, le chantier reste ouvert.

Christophe VANACKERE



Philippe Chagnon

L'Europe a déjà travaillé sur le volet médical