

Les systèmes de cartes de l'assurance maladie

PRESENTATION

La carte Vitale, utilisée par près de 65 millions d'assurés et d'ayants droits, fait partie de la vie quotidienne en France, et les cartes de professionnels de santé (CPS), de celle de quelque 650 000 acteurs du système de santé. La carte Vitale permet la vérification des droits des assurés hospitalisés (45 Md€/an), ainsi que pour une partie des 12 Md€ de prises en charge « maladie » en établissements sociaux et médico-sociaux. Ensemble, les cartes CPS et Vitale contribuent par ailleurs à la sécurisation du remboursement de quelque 60 Md€ par an pour des soins de ville et en établissements privés. La Cour a contrôlé la gestion des deux groupements qui en assurent la conception et la mise en oeuvre¹³⁵. Il en ressort que ces dispositifs ont produit de bons résultats, en dépit des écueils rencontrés et notamment de retards de distribution de la carte Vitale 2.

Des choix récents en matière de gouvernance présentent cependant le risque de remettre en cause leur pérennité, alors même que leur efficacité est avérée. La plus grande rigueur dans la définition des stratégies de sécurisation et de transmission de données relatives aux soins est requise afin de contribuer à réduire les coûts de fonctionnement de l'assurance maladie et garantir la qualité et la sécurité du service rendu aux assurés.

135) Cf. Cour des comptes, La sécurité sociale - septembre 1998, p. 181 ; septembre 2002 Page 445.

I - Des dispositifs qui ont largement réussi

Le système de facturation des soins de ville par télétransmission repose principalement sur deux dispositifs. D'une part, les cartes Vitale et le réseau SESAM Vitale assurent l'identification sécurisée des assurés et la télétransmission de leurs feuilles de soins électroniques ; d'autre part, les cartes de professionnel de santé sont nécessaires à l'envoi de ces feuilles à l'assurance maladie par le réseau SESAM Vitale. Le groupement d'intérêt économique SESAM Vitale (appelé ici GIE SV) et le groupement d'intérêt public de la carte de professionnel de santé (GIP CPS) ont été créés simultanément à cet effet en 1993.

En quasi-totalité, les quelque 65 millions d'assurés et d'ayants droits¹³⁶ bénéficient d'une carte Vitale. Elle contient les éléments administratifs nécessaires à la prise en charge de leurs soins mais aucune information d'ordre médical. Sa présentation assure aux assurés un remboursement rapide des soins délivrés par les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif. Dans les officines pharmaceutiques et auprès de certains autres professionnels de santé, elle dispense l'assuré de faire l'avance de frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie en « tiers payant ». Sans elle, un assuré ne bénéficie pas de ces simplifications administratives et financières¹³⁷, ni d'un accès sécurisé à des téléservices récemment apparus, tels que le dossier pharmaceutique.

Sous la responsabilité de la CNAMTS, maître d'ouvrage, le GIE SV est l'architecte, le maître d'œuvre et l'opérateur du dispositif des cartes Vitale, ainsi que du système électronique de saisie de l'assurance maladie (SESAM). Cette infrastructure complexe est commune à ses membres, régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie. Le GIE coordonne leur raccordement à des portails d'échanges sécurisés de données. Ces données sont celles contenues dans les feuilles de soins électroniques, nécessaires au paiement des prestations.

136) Les enfants mineurs ont jusqu'à maintenant le plus souvent été pris en charge par la carte Vitale d'un ou de leurs deux parents, la carte Vitale 2 étant attribuée dès l'âge de 16 ans.

137) Ainsi, lors du récent regroupement de 106 caisses locales en une seule caisse nationale d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), une partie des 544 000 bénéficiaires a été durablement privée du bénéfice de la carte Vitale et donc du tiers payant, la cause principale étant, selon cette caisse, la non mise à jour des logiciels des postes de travail de 40% des professionnels concernés.

Le réseau ainsi constitué par le GIE SV avec 70 organismes (caisses nationales ou sectorielles, mutuelles, etc.) assure la facturation et le remboursement de plus de 60% des prestations en nature, ainsi que la prise en charge en tiers payant de près de la moitié des délivrances de médicaments. Plus de 1,1 milliard de feuilles de soins sont ainsi traitées chaque année (contre 330 millions en 2001 et 904 millions en 2005), leur nombre continuant de progresser (de 3,8 % sur les neuf premiers mois cumulés de 2009¹³⁸). Le remboursement des soins est assuré en quelques jours sans autres formalités ni coûts d'affranchissement.

Selon la CNAMTS, le traitement d'une feuille de soins électronique ne coûte que 0,27€ en moyenne, contre 1,74€ pour une feuille de soins papier reçue par la poste. Il en résulte une économie de 1,5 Md€ environ par an (hors dépenses informatiques spécifiques, dont le montant total ne peut être isolé).

Le GIE SV a également livré aux organismes complémentaires en 2008 un système de demande de remboursement électronique complétant la feuille de soins électronique pour la part qui leur incombe. Cette faculté récente est encore très peu utilisée (moins de 2 millions de demandes traitées en 2009) mais c'est une autre source potentielle d'économie.

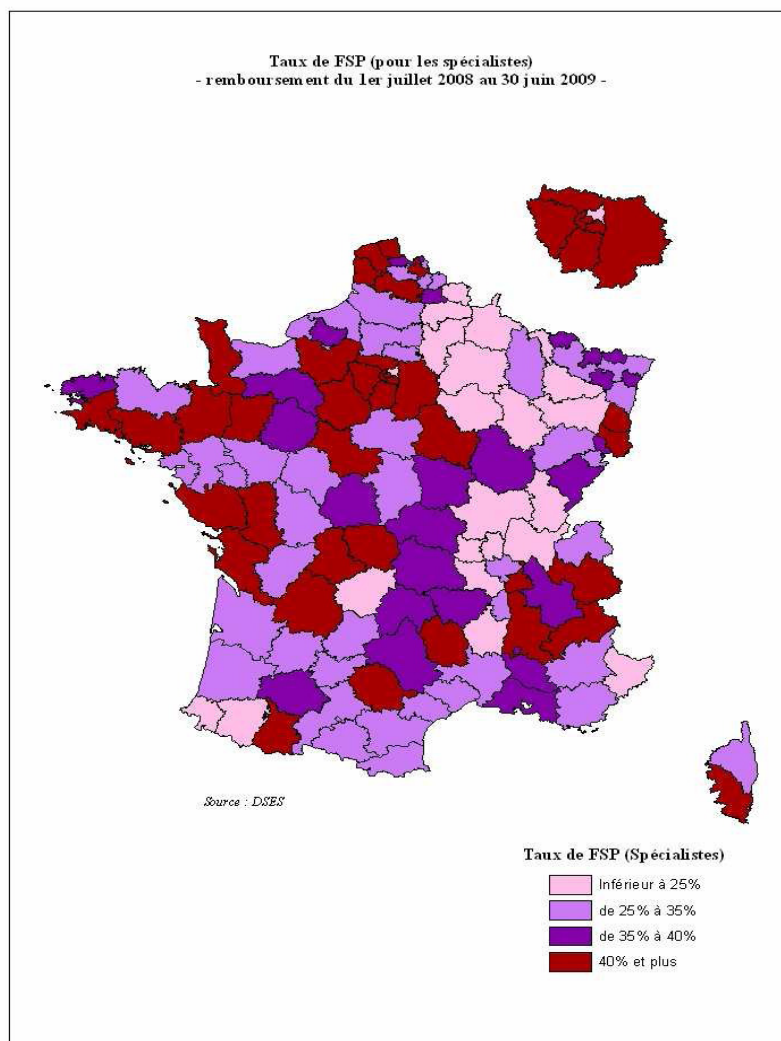
Enfin, pour saisir une feuille de soins électronique, un professionnel de santé doit s'identifier. Le GIP CPS, supprimé fin 2009 comme indiqué plus loin, a pour cela diffusé près de 532 000 cartes de professionnels de santé dans le secteur libéral et 107 000 dans le secteur salarié¹³⁹. Toutes ces cartes sont renouvelées tous les trois ans alors qu'elles subissent peu de manipulations : une économie pourrait être obtenue, sans peine et sans remettre en cause leur sécurité, en allongeant cette durée.

Le taux global de télétransmission a atteint, tous professionnels de santé confondus, 84% en 2008-2009, principalement du fait que 97% des pharmaciens télétransmettent les ordonnances.

Nonobstant les difficultés organisationnelles et techniques qui ont jalonné et freiné le développement de ces dispositifs, la Cour tient donc à en souligner les résultats très positifs. Mais on relève ci-après des pourcentages encore élevés de médecins imposant à l'assuré d'envoyer par la poste sa feuille de soins « papier ». Le bilan est donc à nuancer.

138) Y compris la transmission électronique de plus de 172 M par an de feuilles de soins en « flux B2 », pour lesquelles les cartes Vitale ne sont pas utilisées, et dont la proportion est en baisse.

139) L'essentiel des salariés sont ceux des officines pharmaceutiques, qui disposent non pas d'une CPS mais d'une CPE (carte professionnelle d'établissement délivrée au seul nom de l'officine).



Source : CNAMTS. FSP : feuille de soins papier.

II - Mais des progrès sont nécessaires

A - De trop nombreux professionnels sont encore réfractaires

Le dispositif SESAM Vitale n'a pas encore atteint son plein potentiel. L'assurance maladie a encore reçu quelque 150 millions de feuilles de soins papier en 2009, ce qui représente une dépense évitable de 200 M€/an. Si les assurés doivent être incités à ne pas oublier leur carte Vitale et les services informatiques à améliorer encore leur fiabilité (on verra que de nombreux assurés ont été récemment privés de carte Vitale), ce sont surtout les professionnels libéraux de santé qui sont en cause.

En 2008-2009, pas moins de 41% des spécialistes, 27% des généralistes, 24% des dentistes, 22% des infirmiers et 20% des masseurs-kinésithérapeutes n'émettaient en effet encore aucune feuille de soins électronique. Le plus faible taux est constaté à Paris, où 44% des généralistes et 60% des spécialistes refusent encore ce dispositif. La carte ci-dessus montre de considérables écarts géographiques de comportement, qui seraient peut-être à corrélérer avec des mots d'ordre localisés.

Les réfractaires

Une étude à base d'entretiens réalisée en 2007 pour la caisse primaire d'assurance maladie de Paris auprès de 16 médecins peu ou prou réfractaires à SESAM Vitale a confirmé que l'on peut les classer « en :

- « *«insoumis / révoltés»*, qui affichent une franche hostilité vis à vis d'un système qu'ils perçoivent comme allant à l'encontre de leur éthique médicale ;
- « *«conservateurs / traditionalistes»*, qui refusent l'informatique et tout changement dans leur culture «papier et oral», avec la peur d'une technique non maîtrisée et du «virtuel» ;
- « *«prudents»*, qui, très «experts» avec leur système et leurs logiciels informatiques très performants, refusent d'être déstabilisés par une télétransmission risquant d'entraîner un remaniement, voire un renouvellement, de leurs outils actuels ;
- « *«calculateurs»*, qui ne veulent pas investir dans un système qui (selon eux) ne leur offre ni avantages, ni bénéfices - mise en avant d'une raison économique qui peut cacher des motivations plus obscures ;
- « *«débordés»*, qui n'ont pas de temps à consacrer à l'installation du système de télétransmission ou à sa maintenance (RV à prendre, choix du matériel, hotline...)»

Ces motifs et ces disparités de refus de télétransmettre sont pour la plupart inacceptables au regard des avantages attendus pour les assurés et des économies potentielles à réaliser. Ils le sont d'autant plus que les dispositifs ont été adaptés de manière à contribuer au développement de téléservices de santé comme à l'amélioration des pratiques médicales et de la continuité des soins. Ainsi, à défaut des bénéficiaires escomptés du dossier médical personnel, dont la réalisation a pris beaucoup de retard¹⁴⁰, la version 1.40 de SESAM Vitale prend en compte automatiquement les données correspondant aux réformes récentes (médecin traitant, parcours de soins, codage affiné des actes et des pathologies, protocoles de soins électroniques pour les affections de longue durée, dématérialisation des arrêts de travail...).

C'est donc bien tardivement que l'article 53 de la loi du 21 juillet 2009, dite « Hôpitaux, patients, santé, territoires », a prévu la mise en œuvre, qui aurait dû intervenir au 1er janvier 2010, d'une contribution à la charge des professionnels de santé refusant la délivrance de feuilles électroniques. Cette disposition longtemps attendue¹⁴¹ est de nature à optimiser l'usage du système SESAM Vitale, mais son efficacité exige que la contribution soit fortement dissuasive¹⁴². A cet égard, les problèmes pratiques mis en avant par certains professionnels (utilisation d'un lecteur portable de carte en cas de soins à domicile, professionnels de santé trop âgés pour s'informatiser, assurés ne disposant pas de carte Vitale...) ne sont plus de nature à empêcher la généralisation de celle-ci, et il importe que la contribution devienne effective sans plus tarder.

B - Les difficultés de diffusion de la carte Vitale 2

Le vieillissement de la version Vitale 1, dont les premières livraisons remontent à 1998, en imposait le renouvellement par la carte

140) Cour des comptes, La sécurité sociale (septembre 2008) - pages 223-262 et 459-462 ; Rapport public annuel (février 2009) - pages 135-152.

141) Cette contribution a été introduite dans les textes dès 1996 et devait, aux termes de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, être mise en œuvre à compter du 1er janvier 2000.

142) Nouvelle rédaction de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale : « (...) les professionnels, organismes ou établissements (...) qui n'assurent pas une transmission électronique, acquittent une contribution forfaitaire aux frais de gestion. Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. Cette somme, assimilée pour son recouvrement à une cotisation de sécurité sociale, est versée à l'organisme qui fournit lesdits documents. » L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a annoncé en septembre 2009 un plan d'ensemble en ce domaine.

Vitale 2¹⁴³ dont l'objectif principal est une sécurisation accrue. Son déploiement permettra de neutraliser près de 7 millions de cartes Vitale 1 devenues inutiles ou redondantes sans avoir été récupérées. Mais son potentiel en matière de sécurité ne sera pleinement utilisé qu'une fois le parc entièrement renouvelé.

La première carte Vitale 2 a été produite en mars 2007 et tous les assurés devraient dû l'avoir reçue avant la fin 2010. Or, fin 2009, elle n'était encore attribuée qu'aux nouveaux assurés et à ceux dont la carte a été perdue, volée ou s'est révélée être défectueuse (comme dans le cas d'une malfaçon ayant affecté près de deux millions de cartes Vitale 1), soit moins d'un assuré sur sept. Par ailleurs, le taux de rejet de photos inadéquates et de mauvaises photocopies de pièce d'identité produites par les assurés était encore supérieur à 10% mi-2009.

Les cartes sont délivrées dans des délais rapides pour les dossiers complets, mais une minorité d'assurés demeure ainsi privée de carte pendant des périodes parfois longues, souvent faute d'un contact direct établi avec eux. Le traitement des demandes « en face à face » aux guichets des caisses locales avait été envisagé, mais, jugé trop onéreux, il a été limité à un nombre très restreint d'assurés pouvant avoir besoin d'une assistance. Le renouvellement de masse des cartes Vitale, maintenant annoncé à partir de 2010, nécessitera en fait plusieurs années.

C - L'harmonisation des postes de travail

La CNAMTS souligne que 99,99% des télétransmissions sont réussies, mais ce taux ne comprend pas les situations où la télétransmission n'a pu être mise en œuvre et le solde très faible de 0,01% représente une centaine de milliers de tentatives d'envoi échouant encore chaque année. Ces échecs résultent d'incompatibilités ponctuelles comme de l'hétérogénéité des postes de travail des professionnels. L'ancienneté de certains de leurs logiciels comme la qualité inégale des mises à jour et de la maintenance qui leur incombent sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements. Ces logiciels font certes l'objet d'une validation initiale sous la responsabilité de l'agent comptable de la CNAMTS, mais leurs évolutions et mises à jour sont rarement testées, notamment du fait du nombre élevé d'éditeurs (plus de 150) et de logiciels médicaux (plus de 300). De tout cela résultent des anomalies techniques et des risques de captation de données confidentielles.

143) La Cour a déjà relevé les effets de la décision de la tutelle d'y inclure une photographie d'identité dont l'utilité demeure incertaine et de fixer un calendrier irréaliste pour sa généralisation. Cf. op. cit., septembre 2008, page 242.

Avec plusieurs années de retard, la définition d'une nouvelle configuration de référence est maintenant en bonne voie. Des temps de réponse plus rapides devraient apporter des gains de temps. La CNAMTS est disposée à davantage participer à des vérifications de conformité des logiciels, y compris en ce qui concerne l'aide à la prescription médicale, et à étendre à cet effet le champ d'intervention de son centre national de dépôt et d'agrément des logiciels. Il incombe à l'Etat et à des acteurs tels que la Haute autorité de santé¹⁴⁴ de prendre des initiatives en ce sens et d'harmoniser les niveaux de sécurité de ces postes de travail.

Afin de réduire l'hétérogénéité des matériels et des logiciels, l'Etat devrait désormais conditionner toute aide au respect par les professionnels de santé de normes uniformes de configuration, de mise à jour, de maintenance et de sécurité. Il en résulterait un gain de temps pour les utilisateurs et une économie pour les opérateurs concernés.

Le montant global de ces aides est en effet important¹⁴⁵ : la CNAMTS a versé en 2008 près de 27,5 M€ aux officines pharmaceutiques, 33 M€ aux personnels paramédicaux, 22 M€ aux médecins et 12 M€ aux dentistes. L'aide totale est passée de 20 M€ en 2001 à 60 M€ en 2004 et plus de 100 M€ en 2009.

D - Le renforcement nécessaire de la confidentialité des données médicales

Des progrès ont également été annoncés, de longue date, en vue d'une protection renforcée de la confidentialité des données médicales, mais en ce domaine une inquiétude demeure. Le principe de cette protection a été posé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Huit ans plus tard, il demeure largement inappliqué.

L'enjeu est double : d'une part, mieux sécuriser les postes de travail hors établissement et, d'autre part, mettre en service la CPS dans les 3 000 établissements sanitaires et médico-sociaux concernés. A ce jour, l'accès aux données médicales y demeure fréquemment peu sécurisé et, qui plus

144) La HAS est notamment chargée de proposer des dispositifs permettant d'améliorer et de certifier la qualité de l'information médicale diffusée par le biais des logiciels d'aide à la prescription ou de sites Internet santé.

145) Cette aide est de 0,07 € par feuille électronique pour les médecins et de 0,05 € pour les pharmaciens (sauf en mode dégradé). A partir de 70 % de télétransmission, les dentistes reçoivent 175 €/an, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, 100 €/an, plus une aide à la maintenance de 125 € dès qu'une feuille de soins électronique a été réalisée dans l'année, seuil conventionnel qui mériterait d'être relevé.

est, de diverses manières. Le nombre de professionnels titulaires de la carte ou de cartes utilisant les certificats électroniques émis par le GIP triplerait alors, à plus de 1,5 million.

Cinq ans se sont écoulés entre la loi susvisée et le décret d'application du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique. Ce décret a modifié le code de la santé publique en prévoyant des référentiels à adopter par arrêté ministériel après avis de la CNIL, notamment quant à la sécurisation des listes et des procédés nécessaires à l'identification et à la vérification de la qualité des professionnels de santé¹⁴⁶.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) avait à juste titre estimé en 2007, sans être écoutée, à sept années, au lieu des trois fixées, le délai de la mise en œuvre par les établissements de l'identification des professionnels, compte tenu d'une maturité technologique et de compétences inégales en leur sein, des contraintes budgétaires ainsi que de la capacité limitée des fournisseurs actuels. Trois ans après le décret, ces référentiels ne sont pas encore parus.

La stratégie était de sécuriser les données en rendant la CPS obligatoire à partir de mai 2008 hors établissements et de mai 2010 dans les établissements. Cela supposait des moyens très considérables en investissements et en personnels, mais le ministère avait élaboré le décret sans étude d'impact technique et budgétaire préalable. Il a donc commis une erreur d'appréciation en instaurant un principe et des échéances qu'il ne pouvait ni budgétairement ni matériellement faire respecter.

La DHOS avait cependant, sitôt le décret paru, mis en chantier un programme de mise en conformité des systèmes d'information hospitaliers avec le dispositif CPS et lancé une première tranche expérimentale de 23 établissements dans le cadre d'un plan de généralisation. Avec le « GIP sur la modernisation des systèmes d'information hospitaliers » (GMSIH) et le GIP CPS, elle a assuré à l'automne 2009 la livraison des guides techniques nécessaires et une évaluation des premières expériences. Mais la situation est maintenant bloquée (cf. infra).

146) Le décret implique l'identification de toute personne accédant à des données médicales personnelles, par l'utilisation d'une CPS nominative et sécurisée, avec un code à 4 chiffres pour authentifier l'utilisateur de toute ressource (poste, réseaux, applications) donnant accès aux données médicales et une traçabilité nominative de toute tentative d'accès, réussie ou non. Ces mécanismes s'appuient sur l'identification nationale des professionnels de santé en numéro ADELI (fichier qui devrait être remplacé par le répertoire partagé des professionnels de santé, le RPPS réalisé par le GIP CPS) CPS et dont la mise en œuvre a commencé début 2010, pour les pharmaciens).

E - Une tutelle à organiser

La tutelle de ce secteur par le ministère reste dispersée, fluctuante et inégalement performante¹⁴⁷. La stratégie du ministère demeure définie par touches successives sans plateforme commune à l'ensemble des systèmes concernant la santé. Il a ainsi abandonné en 2008 une tentative de plan stratégique de l'ensemble des systèmes d'information. La réflexion approfondie qu'il a diligentée paraît porter ses fruits pour la relance du dossier médical personnel mais pas, à ce stade, pour la gouvernance des systèmes d'information impliquant les cartes CPS et Vitale.

Les équipes spécialisées au sein du ministère sont numériquement faibles au regard des enjeux et mal coordonnées. Elles ne sont pas toujours associées aux décisions, et cela a aussi été parfois le cas des dirigeants du GIE SV et du GIP CPS. Cela explique que les ministres successifs ont pris plusieurs décisions sans disposer de toutes les informations nécessaires.

Suite aux observations de la Cour, seule la direction de la sécurité sociale a entrepris en 2009, de manière pertinente mais isolée, d'organiser ses procédures en matière informatique, conformément à une norme internationale de contrôle de l'information et des technologies associées (CobiT).

Le projet de transformer la mission pour l'informatisation du système de santé en une délégation aux systèmes d'information de santé dotée de l'autorité et des moyens nécessaires à la maîtrise d'ouvrage stratégique et à l'élaboration de référentiels de portée nationale a été à juste titre élaboré. Sa mise en œuvre a toutefois été sans cesse reportée, alors que sa nécessité est reconnue de longue date, *a fortiori* dans le contexte actuel de restructuration des opérateurs¹⁴⁸.

147) La maîtrise d'ouvrage stratégique et la tutelle ont été partagées de manière variable entre le secrétariat général (en l'occurrence la mission pour l'informatisation des systèmes de santé, MISS, également devenue récemment maître d'ouvrage du RPPS à la suite de la DHOS), la DHOS, la direction de la sécurité sociale (commissaire du gouvernement auprès du GIE SV et du GIP CPS) et, à un moindre degré, la direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB).

148) Après ce constat, la ministre de la santé a chargé en décembre 2009 un inspecteur général des affaires sociales, président du GIP ASIP, de la préfiguration de la délégation qui devrait succéder à la MISS en 2010, et a placé cette dernière, qui exerce la tutelle du GIP ASIP, sous son autorité. La Cour a déjà souligné le caractère hétérodoxe d'une telle situation où le responsable de la MISS est à la fois juge et partie (cf. Cour des comptes, septembre 2008, op. cit., page 254).

Le ministère prévoit aussi de mettre en place un comité national des systèmes d'information destiné à coordonner les directions et organismes impliqués ; annoncée depuis trois ans par le ministère, cette instance a été réunie une seule fois.

C'est donc séparément que la CNAMTS, le GIE SV et le GIP CPS ont diligenté des audits afin de combler des retards et défaillances s'agissant de la conformité de ces groupements aux normes et aux bonnes pratiques, notamment de sécurité¹⁴⁹. Ils ont parfois omis de comparer leurs démarches comme d'en tenir informé le ministère, malgré les leçons à en tirer. Ce dernier a exprimé à la Cour le regret que le GIE SV et le GIP CPS « n'aient pas su mettre en commun leurs méthodes et bonnes pratiques, au-delà des différences de culture et de mission » et son souhait que le nouveau GIP ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé) recherche « de meilleures articulations et synergies avec le GIE SV »¹⁵⁰.

La Cour avait invité le même ministère dès 1998 à « clarifier et définir des objectifs communs à l'ensemble des partenaires ». L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) avait ensuite convié en juillet 2006 le GIE SV à mettre à la disposition d'autres acteurs et d'autres programmes que SESAM-Vitale son expertise et ses solutions techniques.

*

Ces recommandations antérieures de la Cour comme de l'IGAS demeurent ainsi valides. Le succès incontestable des cartes CPS et Vitale ne doit donc pas conduire à méconnaître les difficultés qui restent à régler.

III - Des risques en perspective

Dans ce contexte, la priorité aurait dû être la poursuite des améliorations nécessaires. Or, suite à d'importantes décisions mises en œuvre à l'automne 2009, de nouvelles interrogations stratégiques sont apparues, faisant apparaître des risques qu'il conviendrait d'écarter.

149) Il semble notamment incomber au GIP ASIP de mettre désormais en œuvre la recommandation de la Cour de créer un centre d'expertise national et indépendant en informatique de santé, chargé de la normalisation et des référentiels.

150) Correspondance du 9 septembre 2009.

A - La récente création du GIP ASIP et ses conséquences

Comme l'y invitait régulièrement la Cour depuis 1998, le ministère a engagé une rationalisation du champ des opérateurs de ce secteur, avec la création fin 2009, de deux nouveaux GIP, l'ANAP¹⁵¹, compétente pour les établissements hospitaliers, et l'ASIP. Mais le ministère et le GIP ASIP ont, sitôt ce dernier préfiguré, immédiatement gelé la mise en œuvre du décret précité de 2007 sur la confidentialité, sans concertation ni plan stratégique alternatif. Ainsi, le secrétariat général du ministère n'a pas finalisé le référentiel prévu par le décret et, avec le GIP ASIP¹⁵², il a bloqué à l'automne 2009 la publication des outils et des résultats des expérimentations de la carte CPS conduites dans des hôpitaux.

Parallèlement, le ministère et le GIP ASIP, qui a hérité des activités du GIP-CPS, en ont entrepris une réorganisation ; imposée par la fusion, elle devra permettre la continuité des services assurés. La Cour estime qu'il ne faudrait pas que le GIP ASIP, chargé prioritairement de réussir là où l'ancien GIP DMP (dossier médical personnel) avait échoué, disperse l'héritage du GIP CPS qui, lui, a largement réussi. Si la continuité du service public n'est pas à ce stade menacée, celle du bon usage des investissements effectués l'est, avec un fort risque de gaspillage de l'acquis évoqué plus haut.

Y a été ajouté le risque de faire voler en éclats le consensus difficilement obtenu pour faire converger les choix des membres du GIP CPS, ordres professionnels, organismes d'assurance complémentaires et mutualistes inclus. Les ordres et les assureurs complémentaires ne figurent plus parmi les membres du nouveau GIP (seuls l'Etat, la CNAMTS et la CNSA en sont membres), tout en étant associés à ses multiples comités de pilotage. Ils ont exprimé leur inquiétude par leur vote négatif, leur abstention ou leur absence lors de l'assemblée générale du 20 octobre 2009 qui a ratifié, à une faible majorité des voix, la

151) Créé fin 2009, le GIP Agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière (ANAP) réunit, lui, une partie du GIP sur la modernisation des systèmes d'information hospitalier (GMSIH) avec les missions nationales d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et d'expertises et d'audits hospitaliers (MEAH). Il a notamment élaboré récemment d'évaluations et référentiels nécessaires à la mise en œuvre de la CPS dans les établissements de santé et médico-sociaux.

152) Ayant succédé en 2009 à l'ancien GIP DMP pour notamment relancer le dossier médical personnel, le GIP ASIP Santé est aussi devenu responsable des CPS, de l'interopérabilité et de la sécurité des données de santé partagées et de la maîtrise d'ouvrage de référentiels : identifiant national de santé, répertoires nationaux de professionnels et de structures, standards...

dissolution de leur GIP et le transfert de ses missions au GIP ASIP. Ils ont souligné qu'ils n'étaient plus tenus informés des perspectives envisagées par ce dernier. Trois ordres de professionnels de santé membres du GIP CPS ont voté contre la dissolution en invoquant leur exclusion de la gouvernance du GIP ASIP, ajoutant, selon le procès-verbal de la séance, qu'il leur avait été expliqué que, même s'ils sont membres d'instances consultatives, les décisions seraient « *prises en amont à un tout autre niveau et sans eux* ».

A cette occasion, l'assurance maladie, qui est quasiment l'unique financeur, a souligné le manque de visibilité quant à l'avenir de la carte CPS et à la poursuite des actions en cours. Des inquiétudes ont été exprimées sur le risque de leur remise en cause. Elles devraient être dissipées rapidement et à l'avenir prévenues.

Selon une nouvelle orientation qui reste à soumettre à la concertation et à chiffrer, une diversification des dispositifs et des opérateurs et un recours accru au secteur privé succéderaient à la convergence concrétisée avec succès depuis 1993. Or, quels qu'aient été les écueils, cette convergence a facilité la télétransmission et ouvert la voie à d'autres usages : la CPS était ainsi sur le point en 2009 de devenir aussi la carte professionnelle - dite ordinale - de tous les ordres, progrès considérable dont l'ASIP souligne qu'il n'est pas remis en cause¹⁵³. Par ailleurs, la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, « Hôpitaux, patients, santé, territoires », a prévu de mettre en place, de manière concurrente à la CPS, la possibilité d'un autre « *dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé* » (article L.1110-4 du code de la santé publique). Le GIP CPS a conduit des expériences en ce sens, mais une plus ample réorientation paraît ainsi esquissée.

La communication interne envers les salariés, cadres compris, au sujet de leur sort a été très tardivement esquissée et le silence a été gardé sur la stratégie sous-jacente. L'ASIP a amorcé leur transfert au sein des équipes issues de l'ancien GIP dossier médical personnel, opération délicate entreprise sans avoir encore recruté un directeur des ressources humaines. Une année s'est pourtant écoulée depuis la décision de fusion et le constat par la Cour de l'absence de politique sociale et de gestion des ressources humaines au sein du GIP dossier médical personnel. De telles méthodes ne peuvent garantir la continuité des équipes et des réalisations dont on a évoqué la réussite.

153) Le Conseil national de l'ordre des médecins avait tenu compte de la perspective, mentionnée à l'automne 2009, d'une remise en cause en annonçant qu'il reprenait la main sur le dossier de sa propre carte ordinale.

La Cour ne peut, à ce stade, se prononcer sur le bien-fondé des évaluations et choix technologiques. Mais elle constate que les années passent sans décisions fermement prises et mises en œuvre. Une nouvelle fois, la maîtrise d'ouvrage stratégique exercée par le ministère sur les systèmes d'information de santé est inconstante et défaillante.

La charge de déterminer les perspectives à court et moyen terme revient au futur comité national et à la future délégation chargés des systèmes d'information de santé, au conseil d'administration du GIP ASIP, à celui du GIP ANAP, au comité de surveillance du programme SESAM Vitale, ainsi qu'à la DHOS, à la direction de la sécurité sociale et à la CNAMTS qui devra prochainement adopter une nouvelle convention d'objectifs et de gestion, et aussi aux agences régionales de santé. Cette énumération suffit à rappeler la nécessité d'un pilotage fort et aussi consensuel que possible. Ces deux conditions n'ont pas été jusqu'ici réunies.

B - Quel avenir pour le GIE SESAM Vitale ?

Les dirigeants de la CNAMTS, du GIP ASIP et du GIE SV ont créé en juillet 2009 un comité restreint pour fixer un cadre de travail commun. Mieux articuler ainsi les opérateurs concernés reste, après l'échec des tentatives précédentes, « *un des objectifs des réformes en cours au sein du ministère de la santé* », selon ce dernier. Toutefois, l'examen des gains et des performances à obtenir d'une élimination de redondances de savoir-faire et de missions n'a pas été documenté, hormis une sommaire analyse en matière d'approvisionnement de cartes. L'hypothèse d'une fusion non seulement des deux GIP CPS et dossier médical personnel mais aussi du GIE SV n'a pas été, semble-t-il, sérieusement examinée.

La CNAMTS et le GIP ASIP envisagent par ailleurs d'étendre le périmètre d'action des systèmes du type CPS et Vitale à l'ensemble du secteur sanitaire et social. Dans ce cadre, le GIE SV pourrait être appelé à faire évoluer ses prestations de la seule assurance maladie à un champ englobant d'autres interactions entre les patients et les acteurs de la production et du financement des soins.

A plus long terme, le secrétariat général du ministère relève que les flux de facturation ont vocation à être « *banalisés dans un cadre d'interopérabilité et de sécurité qui reste largement à construire* » et qu'alors « *le GIE SV SESAM Vitale n'aura plus de raison d'être, mais alors seulement* » (c'est-à-dire, semble-t-il, une fois que des opérateurs privés en auraient pris la succession). Rien ne permet toutefois dans le contexte actuel d'envisager sans risques une disparition de la raison d'être du GIE SV. D'ailleurs, le ministère souligne lui-même que demeure une

spécificité des flux de facturations électroniques et des moyens correspondants (carte Vitale, serveurs, applications...) « *qui justifie le maintien d'une structure commune aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire* ».

Dans le contexte précité, il importe d'assurer la continuité des investissements réalisés comme des équipes qui en assurent la pérennité et de mieux clarifier les relations entre les opérateurs, ainsi qu'avec leur tutelle, ce qui devrait prendre la forme tant de contrats d'objectifs et de moyens avec l'Etat que de conventions entre eux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les cartes Vitale et CPS et leurs environnements informatiques ont permis de sécuriser la télétransmission des feuilles de soins électroniques. Cette réussite, quelles que soient les insuffisances techniques qui restent à éliminer, est à souligner et à étendre au milieu hospitalier. La généralisation de ce succès appelle une implication plus forte de l'Etat.

La Cour recommande depuis douze ans une restructuration en conséquence des opérateurs mis en place sous la tutelle de l'Etat et un renforcement du caractère stratégique de cette tutelle. L'absorption récente des activités et moyens du GIP CPS et, en partie, d'opérateurs du monde hospitalier, par le GIP ASIP formé par l'Etat, l'assurance maladie et la CNSA, va dans ce sens. Il en est de même avec la création de l'ANAP et, sur le terrain, des agences régionales de santé. En revanche, les annonces réitérées de réorganisation de la tutelle stratégique et administrative, que l'Etat exerce de manière morcelée, parfois peu réaliste et inconstante, n'ont pas encore abouti.

La participation des professionnels de santé et des acteurs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire à la gouvernance de ces dispositifs CPS et SV, à l'inverse du dossier médical personnel, a contribué à leur réussite et ne devrait pas être altérée.

La Cour met donc en garde contre les risques susceptibles de résulter de remises en cause de systèmes ayant fait leurs preuves ou de la répétition d'annonces prématurées et irréalistes. Sans se prononcer sur les choix technologiques, elle souligne la nécessité, face aux enjeux financiers et de santé publique, d'assurer avant tout la robustesse d'un ensemble cohérent au service de la sécurisation des données médicales, en écartant tout risque de régression.

Les décisions importantes prises en 2009 montrent qu'il manque toujours une stratégie stable, une gouvernance et un pilotage garantissant la continuité de la mise en œuvre des objectifs ainsi définis, en dépit des recommandations antérieures émises par la Cour.

La Cour recommande à l'Etat et, pour ce qui les concerne, aux régimes d'assurance maladie et aux groupements financés par eux, de :

1. Réformer au sein du ministère la mission pour l'informatisation du système de santé en en faisant le seul responsable de la maîtrise d'ouvrage stratégique des systèmes d'information de santé et de l'assurance maladie.

2. Intégrer parmi les membres de plein exercice du GIP ASIP les professions de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

3. Stabiliser la stratégie en matière de confidentialité des données médicales et la mettre en œuvre.

4. Fixer à un montant dissuasif et sans autre délai la contribution qui devait être imposée à partir du 1er janvier 2010 aux professionnels de santé ne transmettant pas électroniquement les feuilles de soins.

5. Subordonner les aides financières apportées aux professionnels de santé pour la télétransmission au respect de normes strictes de mise à jour des matériels et des logiciels.

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

I - La Cour reconnaît la réussite du déploiement du réseau SESAM Vitale, des cartes de professionnel de santé et de la carte Vitale qui assurent la sécurité des transactions et des accès, notamment pour les feuilles de soins électroniques et les services en ligne de l'assurance maladie. Elle s'interroge sur le risque que font peser sur ce dispositif les choix de gouvernance de la nouvelle Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé), pour poursuivre avec efficacité les développements nécessaires, notamment, à la gestion des cartes des professionnels de santé (CPS).

L'ASIP santé a informé le 17 décembre dernier les membres de son conseil d'administration qu'un audit technique du projet d'évolution de la carte de professionnel de santé serait réalisé et que ses résultats seront présentés lors d'un prochain conseil d'administration. Je veillerai particulièrement, à l'occasion de la mise en œuvre des préconisations de cet audit, à la fiabilité du dispositif SESAM Vitale et de la carte CPS sur lesquels repose aujourd'hui la télétransmission mensuelle de plus de cent millions de feuilles de soins.

Il convient de souligner que la gouvernance resserrée de l'ASIP santé (État, CNAMTS, CNSA) n'est pas en soi un frein au développement concerté des projets. Je souhaite à cet égard la mise en place d'un comité de pilotage spécifique à la CPS, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par son utilisation et son évolution : instances ordinales, professionnels de santé, compagnies d'assurances et services de l'État (direction de l'hospitalisation et de l'offre des soins et direction de la sécurité sociale notamment).

II – La Cour réitère par ailleurs sa demande d'une plus forte implication de l'État dans la gouvernance des systèmes d'information et le pilotage des projets, source d'efficacité et d'économies substantielles pour le secteur de la santé et l'assurance maladie.

Un plan stratégique des systèmes d'information ayant vocation à renforcer la place de l'État dans la gouvernance d'ensemble sera mis à l'étude en 2010 de façon à mieux coordonner les systèmes d'information des acteurs de la protection sociale. Il traitera notamment des méthodologies et de l'évaluation, de la cohérence des services aux usagers, de la gouvernance des données, des processus et des risques, de la sécurité juridique et technique et de la mutualisation interbranches des achats et des compétences.

Ce projet couvrira les systèmes d'information des différentes branches de sécurité sociale et les interactions avec les systèmes partenaires de la protection sociale et de la santé. La coordination des travaux engagés par la direction de la sécurité sociale avec la future instance chargée des systèmes d'information de santé sera mise en place dès le début de l'année 2010.

Dans ce contexte, une mission a été confiée à M. Michel GAGNEUX, inspecteur général des affaires sociales, pour définir les missions et le rôle transversal de la nouvelle délégation des systèmes d'information de santé. Il rendra son rapport au plus tard le 30 juin 2010.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE
NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)**

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à l'insertion de la Cour des comptes intitulée « Les systèmes de cartes de l'assurance maladie »,

Sur le fond du rapport, la CNAMTS constate que la Cour souligne les résultats très positifs des dispositifs de cartes de l'Assurance Maladie (cartes Vitale et CPS) et du système de facturation des soins de ville par télétransmission (SESAM-Vitale) et tout en relevant quelques difficultés organisationnelles et techniques qui ont pu en freiner le déploiement. La CNAMTS prend acte de cette reconnaissance et partage l'analyse de la Cour sur la nécessité de préserver ces acquis.

Pour ce qui concerne les difficultés de diffusion de la carte Vitale 2, la CNAMTS a eu l'occasion dans le cadre de l'audit consacré à ce sujet d'évoquer l'ensemble des actions mises en œuvre afin de réduire ces difficultés et d'améliorer le rythme du déploiement.

La CNAMTS partage l'analyse de la Cour concernant l'aboutissement prochain d'une nouvelle configuration du poste de travail du Professionnel de Santé. Cette nouvelle configuration va dans le sens d'une harmonisation de ces postes. Cette harmonisation améliorera à terme les conditions de déploiement des services de l'Assurance maladie et des autres promoteurs de la sphère santé sociale auprès des prestataires de soins tant dans le monde libéral que dans les établissements de santé.

En revanche, elle ne partage pas l'avis de la Cour concernant la rareté des tests effectués sur les logiciels des Professionnels de Santé lors de leur modification ou de leur mise à jour (page 7). Pour ce qui concerne la facturation, toute évolution significative fait l'objet d'une vérification par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) avec, à la clé, l'attribution d'un numéro d'agrément indispensable à la télétransmission. Seules les évolutions de moindre importance, sans incidence sur la sécurité, font l'objet de tests par l'éditeur lui-même avec un agrément dit déclaratif. Ces tests ont un impact très positif sur la qualité des logiciels de facturation diffusés.

La Cour évoque des risques concernant l'avenir du système CPS en lien avec l'absorption des activités du GIP CPS par l'ASIP Santé. Si le risque existe, il doit être évalué et contrôlé. La CNAMTS agit en ce sens pour organiser avec les responsables de l'ASIP Santé une concertation et un partage des projets afin de préserver le fonctionnement du système CPS et d'en définir les évolutions futures.

S'agissant du GIE SESAM-VITALE, la CNAMTS considère que l'avenir de ce groupement repose plus sur une évolution de son rôle et de ses missions que sur une remise en question de son existence.

En effet, la cohérence des actions conduites par les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire nécessite une mission de coordination et de mutualisation qu'assume parfaitement le GIE. L'évolution des services offerts par l'assurance maladie impose une réflexion approfondie sur les solutions technologiques adaptées au déploiement des téléservices, de la facturation dans un environnement sécurisé.

L'existence du GIE SESAM-VITALE permet à ses membres de disposer du pôle de compétences adapté à ses besoins.

La CNAMTS met par ailleurs en œuvre des moyens organisationnels afin de garantir une bonne articulation entre le GIE SESAM-VITALE et les autres opérateurs, notamment l'ASIP Santé.

La Cour a émis des recommandations :

Dans sa recommandation 4 la Cour conseille de fixer à un montant dissuasif la contribution imposée aux professionnels de santé ne transmettant pas électroniquement les feuilles de soins. Les négociations ont été engagées en ce sens avec les syndicats de médecins.

Dans sa recommandation 5 la Cour conseille de subordonner les aides financières apportées aux Professionnels de Santé pour la télétransmission au respect de normes strictes de mise à jour des matériels et logiciels.

L'assurance maladie étudie depuis plusieurs années les modalités de réaffectation des aides pérennes, cependant les évolutions envisagées ne pouvaient être mises en œuvre sans concertation avec les Professionnels de Santé.

L'assurance maladie considère que la perspective de la négociation de la nouvelle convention médicale constitue une réelle opportunité pour faire évoluer le dispositif des aides. En effet, le contexte est aujourd'hui favorable, les médecins ayant émis des propositions pour inclure l'informatique dans le périmètre de la négociation conventionnelle.

Les hypothèses en cours prévoient de conditionner les aides à l'utilisation d'un socle technique de référence qui inclut notamment la dernière version de SESAM-Vitale.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT ÉCONOMIQUE (GIE) SESAM VITALE

Nous prenons acte de la reconnaissance par la Cour des apports du système SESAM VITALE utilisé quotidiennement par 260 000 Professionnels de Santé et des millions d'assurés, et nous ne pouvons qu'approuver le rapporteur quant à la nécessité de préserver cet acquis, tout en poursuivant dans la voie des améliorations attendues.

Le rapport de la Cour évoque les nouvelles exigences de synergie et d'ouverture ; nous souhaitons apporter toute notre contribution à ces objectifs d'efficacité collective. Dans cet esprit, nous avons décidé en juin dernier la création d'une Commission « Relations avec les autres Opérateurs du Système d'Information de Santé » ; son but est principalement l'accélération des échanges et des convergences. L'enjeu du sujet a milité pour que cette instance soit inscrite dans les statuts révisés du GIE SESAM VITALE (décembre 2009).

Sur le plan opérationnel, et en particulier grâce aux impulsions du comité restreint des dirigeants CNAMTS/ASIP/GIE, des progrès mesurables sont effectués dans la compréhension réciproque des objectifs, des enjeux et des feuilles de route.

Le chapitre III B du projet de rapport de la Cour fait état de perspectives intéressantes pour le GIE SESAM-VITALE. Dans le même temps, il exprime le fait que ses « raisons d'être » ne font pas l'objet d'un consensus au sein de son Ministère de tutelle. Nous estimons important que cette ambiguïté soit levée, et nous sommes prêts à apporter tout notre éclairage dans ce sens à la future délégation à la stratégie des Systèmes d'Information de Santé.

Comme la Cour l'a souligné dans un autre rapport, le GIE SESAM-VITALE est engagé depuis 2008 dans une nouvelle étape d'adaptation de son métier d'architecte et d'opérateur d'infrastructures mutualisées (nouveau cadre stratégique, nouvelle organisation, nouvelle offre d'infrastructure de sécurisation et routage des services en ligne à déployer en 2010 et 2011). L'expérience du GIE dans l'animation inter-partenaires, le pilotage des grands marchés de sous-traitance et des processus d'homologation, sa bonne connaissance terrain des éditeurs et industriels, ainsi que son expertise sur le « poste de travail du PS », le mettent, de notre point de vue, en situation d'apporter une contribution utile dans le domaine des échanges de confiance par carte à puce avec les Professionnels de Santé et les assurés.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR DE L'AGENCE
DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ
(ASIP SANTÉ)**

I - Remarques préliminaires

Il existe certaines divergences d'appréciation entre la Cour et les dirigeants de l'Agence, sur les modalités et l'intérêt de la création de l'ASIP santé, comme sur le bilan du système CPS.

Il est permis de penser que des échanges plus approfondis auraient permis d'aboutir à un diagnostic davantage partagé sur la réalité de la situation du système CPS et sur les enjeux qui motivent les actions entreprises dans le cadre de l'ASIP Santé.

En particulier, les diligences de la Cour n'ont pu réellement porter ni sur les aspects stratégiques ni sur les aspects techniques et fonctionnels des dispositifs livrés par l'ancien GIP CPS, alors que ces dispositifs font l'objet, au sein de l'ASIP Santé, d'un travail poussé d'analyse et d'audit, la politique de sécurité constituant pour l'Agence un enjeu stratégique majeur.

L'ASIP Santé fait sien l'héritage, avec ses forces et ses faiblesses, des deux GIP qui lui ont préexisté, le GIP DMP et le GIP CPS, en se faisant un devoir de réinterroger les objectifs, les méthodes et l'organisation des processus mis en œuvre à la lumière des nouvelles missions qui lui sont assignées. Dans cette perspective, nous pensons qu'il convient de se garder de porter une appréciation globale, en termes de succès et d'échec, sur le bilan respectif de deux organismes qui ont eu une durée d'existence très différente et dont aucun, au moment de leur fusion au sein de l'ASIP Santé, n'avait encore mené toutes leurs missions à leur terme.

L'insertion aborde de façon éparse plusieurs sujets de nature et de portée très diverses. Nous avons regroupé nos remarques autour de ce qui nous a paru constituer les thèmes principaux traités par la Cour.

II - Présentation synthétique de la situation du système CPS, pré-requis à la compréhension des actions menées par l'ASIP Santé

Le GIP CPS, au fil d'une histoire parfois agitée, a permis des avancées incontestables qu'il convient de saluer, comme la diffusion en secteur ambulatoire d'une carte de nature à sécuriser les échanges électroniques des professionnels de santé et la mise en œuvre d'un répertoire national (le RPPS). Il a de ce point de vue correspondu à une étape du développement de la sécurité des systèmes de santé, et ces dispositifs constituent un acquis important.

Toutefois, une analyse détaillée du système CPS au regard des enjeux actuels appelle une appréciation nuancée. Ainsi, il ne nous paraît pas prudent d'affirmer que « l'efficacité de ces dispositifs est avérée » et qu'ils ont produit « de bons résultats », alors que les indicateurs et critères permettant une telle évaluation ne sont pas connus. C'est pourquoi nous nous permettons de communiquer à la Cour l'analyse synthétique suivante.

L'objet essentiel du GIP CPS, créé en 1993, résidait dans la production de la Carte de professionnel de santé (CPS), carte à puce destinée à sécuriser les flux de données des professionnels de santé.

Dix-sept ans plus tard, alors que la préoccupation de l'Etat et de l'Assurance Maladie est de développer des téléservices mettant en œuvre des données de santé à caractère personnel, la CPS ne connaît pratiquement aucun usage en tant que composant de sécurité :

- La diffusion de la CPS est très largement dominée par la production des feuilles de soins électroniques dans le secteur libéral, dans le cadre d'une architecture technique (choix historique à remettre en perspective avec l'état de l'art de l'époque lors du lancement du système Sesam Vitale, il y a une vingtaine d'années) fondée sur le choix d'embarquer les composants de sécurité dans les lecteurs bifentes (lecteurs « intelligents ») plutôt que de faire appel à des lecteurs de carte standards.*
- De ce fait, nous ne disposons pas aujourd'hui des retours d'expérience sur des applications mettant en œuvre les fonctions de cryptographie, d'authentification forte et de signature de la CPS.*

C'est dans ce contexte d'immaturation qu'intervient le DMP, qui constitue, avec « l'Historique du Remboursement », le premier téléservice appelé à être généralisé et faisant appel aux fonctions de sécurité de la CPS.

- *Cette situation explique une série de constats qu'il semble important de rappeler ici.*
- *En 2009, 311 000 des 339 000 CPS concernent le secteur libéral (soit 91% des cartes), ce qui traduit le fait que la feuille de soins électronique (FSE) est l'usage quasi exclusif de la CPS, alors même que cet usage ne mobilise pas les fonctions de sécurité de la carte (ce type de fonctions étant pris en charge par le « lecteur bifentes »).*
- *Prenant acte de cette utilisation exclusive de la CPS pour le FSE, la CNAMTS a d'ailleurs été amenée à se substituer aux professionnels pour le paiement de la CPS et à prendre en charge le coût financier de celle-ci.*
- *Dans les établissements de soins, on observe que l'usage de la CPS ne s'inscrit que dans des projets pilotes qui peinent à voir le jour, dans un contexte caractérisé par : les difficultés des premiers sites expérimentaux à assurer la pérennité de leurs solutions applicatives ; la faiblesse de la dynamique de déploiement, en raison notamment de l'absence de services associés à la carte et d'industrialisation des solutions ; le développement croissant de cartes d'établissements multifonctions ; la réticence de nombre d'établissements à payer leurs cartes, ce qui génère des créances douteuses dans les comptes du GIP CPS.*
- *En pratique, la CPS est de fait, dans l'immense majorité des cas, insérée « à demeure » dans les lecteurs bifentes des professionnels de santé libéraux (voire de leur secrétariat) et ne sont pas utilisées de façon nomade, ce qui est une des finalités d'usage de toute carte à puce.*
- *La CPS, qui offre des fonctions d'identification, d'authentification, de signature et de chiffrement, n'est en réalité utilisée, en tant que support de sécurité, que dans quelques rares applications, et avec des difficultés maintes fois soulignées par les utilisateurs :*
 - *Les dossiers médicaux partagés : le recours à la CPS exposant les promoteurs de projets à des difficultés techniques très consommatrices en moyens, et n'étant possible, en tout état de cause, qu'en cohabitation avec des modes d'identification dégradés (« identifiant – mot de passe », est dans bien des cas*

abandonné, malgré de nombreuses tentatives depuis une dizaine d'années) ;

- « L'historique du remboursement » : malgré la mobilisation de moyens importants, le déploiement de ce téléservice peine à se généraliser ;*
- La sécurisation des messageries électroniques via le système CPS n'a pas eu les effets escomptés, comme l'illustre la présence largement dominante sur le marché d'une solution propriétaire ne faisant pas appel à la CPS.*

Dans un tel contexte, qui rend impossible l'émergence de téléservices dans un espace de confiance satisfaisant, la redéfinition d'une politique de sécurité et la mise en place d'une organisation propice à une industrialisation des solutions apparaissent indispensables. C'est le sens de la création de l'ASIP Santé et des orientations adoptées ces derniers mois.

III - Gouvernance des systèmes d'information

La Cour considère que la réforme actuelle de la gouvernance expose la pérennité et l'efficacité du système à des risques sans préciser la nature de ces risques.

Le projet de transformation de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé en une Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé est engagé (lettre de mission de Madame Roselyne Bachelot Narquin à Monsieur Michel Gagneux en date du 9 décembre 2009). Contrairement à ce qui est mentionné au projet d'insertion, l'élaboration des référentiels n'est pas du ressort de cette délégation mais a été attribuée à l'ASIP Santé.

IV - Gouvernance de l'ASIP Santé

L'ASIP Santé a fait le choix d'une gouvernance resserrée. Ce choix fait l'objet d'une appréciation critique par la Cour au motif qu'un Conseil d'Administration plus large permettrait de mieux impliquer les acteurs.

L'histoire du GIP DMP et du GIP CPS ne plaide pas nécessairement pour cette hypothèse. Ainsi, la présence des Fédérations hospitalières aux instances du GIP CPS n'a pas suffi pour assurer une bonne diffusion de la CPS dans les établissements. Pas plus que celle des Ordres n'a permis de développer des services autour de la CPS ou de sécuriser le calendrier de mise en œuvre du RPPS.

Selon l'analyse qui a présidé à la constitution de l'ASIP Santé, le Conseil d'Administration est un lieu de décision stratégique qui engage les pouvoirs publics.

La concertation et la coopération avec les acteurs n'en seront pas pour autant négligées. Elles sont d'une importance majeure. C'est pourquoi l'ASIP Santé est dotée d'un dispositif de concertation riche et adapté aux enjeux (conseil d'éthique et de déontologie, comité conjoint de gestion du RPPS, comité de liaison et de coopération avec les professionnels de santé, comités thématiques de travail ...), dans lequel les différents acteurs seront pleinement associés à la gouvernance de l'Agence sans être exposés, pour ceux qui sont par ailleurs promoteurs de projets financés par l'ASIP Santé, à des risques de conflit d'intérêts.

Les avantages d'un système de gouvernance par rapport à l'autre dépendent avant tout de sa mise en pratique. Nous nous permettons de suggérer que l'on laisse à l'Agence le temps de faire la démonstration de la pertinence et de l'efficacité de son modèle. La qualité et la régularité du travail de concertation en cours, aussi bien avec les professionnels de santé, les représentants des patients et les industriels, saluées à plusieurs reprises par ces derniers récemment, tendent à montrer qu'il est possible d'impliquer les acteurs sans que ceux-ci siègent à un conseil d'administration.

V - Coordination de l'action de l'ASIP Santé avec ses partenaires

1. La CNAMTS et le GIE Sesam-Vitale

Dès avant sa création (très récente, faut-il, le rappeler puisque l'intégration des missions du GIP CPS au sein de l'ASIP Santé date du 1^{er} décembre 2009), l'Agence a mis en place avec l'assurance maladie et le GIE Sesam-Vitale des réunions régulières portant à la fois sur la définition d'une stratégie commune, sur l'évolution de la stratégie des lecteurs de carte et sur les téléservices.

L'analyse des trajectoires respectives du système Sesam-Vitale et des autres projets de santé, tels que le DMP, nécessite une compréhension fine des solutions techniques en présence. De ce point de vue, la recommandation de la Cour tendant à une mise à disposition des solutions du GIE Sesam-Vitale aux autres acteurs ne paraît pas adaptée à la situation et aux évolutions nécessaires. En l'occurrence, les services de la CNAMTS, du GIE Sesam-Vitale et de l'ASIP Santé s'accordent sur le diagnostic, à savoir que les solutions propriétaires actuelles du système Sesam-Vitale ne correspondent pas à la cible commune que ces opérateurs se fixent en matière d'interopérabilité, de choix techniques et de modalités de gestion du poste de travail des professionnels de santé.

A cet égard, le projet d'insertion évoque le manque de visibilité de l'assurance maladie quant à l'avenir de la carte CPS et à la poursuite des actions en cours. Des efforts constants ont été accomplis pour rendre à la Caisse nationale, au sein du conseil de l'ASIP Santé, le rôle de partenaire stratégique actif qu'elle n'était pas en mesure de tenir dans les instances des anciens GIP DMP et CPS, et jamais les relations de travail n'ont été aussi denses et étroites avec celle-ci. Pour la première fois depuis plusieurs années, par exemple, les sujets de fonds sont abordés sur les évolutions concertées du poste de travail, ce qui ne signifie évidemment pas que les interlocuteurs en présence se trouvent en accord spontané sur tous les sujets. Mais c'est l'essence même du travail de concertation et de dialogue que d'identifier les divergences et de s'efforcer de les traiter de manière objective et professionnelle.

2. Les Ordres

Le principe d'une convergence entre carte ordinale et CPS n'a jamais été remis en cause.

Toutefois, il n'est pas exact d'affirmer que ses modalités font l'objet d'un consensus, plusieurs points, dont les aspects financiers, n'étant pas réglés. C'est en plein accord avec la CNAMTS et le ministère que l'ASIP Santé souhaite, en étroite coopération avec les Ordres professionnels, réexaminer ou tout simplement documenter plus avant ce projet, qui ne s'inscrit pas dans une stratégie lisible par tous les acteurs, à l'heure où nombre d'établissements envisagent de doter leur personnel, y compris médical, de cartes d'établissements ou d'installer les certificats sur d'autres supports que la carte CPS.

La convergence doit s'inscrire dans une clarification des missions et responsabilités des acteurs impliqués. Un premier document stratégique à été élaboré en ce sens dès l'été 2009 par l'ASIP Santé et présenté aux Ordres professionnels, de façon à associer ces derniers, en amont, dans la définition d'une stratégie globale.

3. Le GIP CPS avant la fusion

Un séminaire de préparation du « programme de relance du DMP et des systèmes d'information de santé partagés », présenté en Avril 2009 et tenant lieu de première feuille de route pour l'ASIP Santé, a réuni durant deux jours des collaborateurs de l'ex GIP DMP avec ceux de l'ex GIP CPS au début 2009.

Par la suite, en raison des risques de délit d'entrave qu'aurait fait courir un management direct par le directeur l'ASIP Santé du personnel du GIP CPS avant que ne soit achevée la procédure d'information-consultation des instances représentatives du personnel, toute relation à

connotation hiérarchique a été évitée. La direction du GIP CPS était chargée d'assurer en interne l'information sur les éléments de programme et d'animer cette communication.

S'agissant de l'intégration des équipes, le défaut de politique sociale au sein de l'ex GIP DMP semble de l'histoire ancienne. L'ASIP Santé a opté pour l'application du droit du travail et a adhéré à la convention collective des télécommunications. Un mois après la fusion avec le GIP CPS, l'organisation des élections des instances représentatives du personnel est d'ores et déjà engagée. L'intégration de la responsable des ressources humaines du GIP CPS au sein de l'ASIP Santé se déroulant dans d'excellentes conditions, le recrutement d'un directeur des ressources humaines na pas été jugé prioritaire. Dans le domaine des fonctions supports, des postes plus sensibles compte tenu des ressources disponibles au sein de l'Agence et des risques à couvrir, comme ceux de la direction juridique et de la direction financière, ont été pourvus en priorité.

4. Actions de l'ASIP Santé et politique de sécurité

La Cour souligne l'effet positif de la réforme en cours sur la relance du DMP. Cette efficacité en voie d'être retrouvée permettra non seulement de ne pas pénaliser le système CPS, mais au contraire de le servir.

A cet égard, la Cour évoque la réorganisation du GIP CPS. L'intégralité des activités du GIP CPS sont maintenues au sein de l'ASIP Santé, et certaines d'entre elles sont même appelées à être développées. Seul le pôle « Développement des usages », composé de neuf agents (sur les soixante-dix que comptait le GIP CPS) a fait à ce jour l'objet d'une réorganisation, de façon à répondre à une triple nécessité :

- *faire progresser le déploiement et les usages du système CPS (cf. analyse supra) ;*
- *déployer des outils de sécurité associés à des services « métier », la sécurité ne constituant pas à elle seule une incitation à faire suffisante pour les acteurs (l'échec de l'application du décret dit « confidentialité » du 15 mai 2007 en est une illustration) ;*
- *mutualiser les ressources mises au service de l'accompagnement des acteurs, et qui étaient présentes tant au sein de l'ex GIP DMP que de l'ex GIP CPS.*

Ce qui est appelé « démembrement » correspond à une indispensable réorganisation des services liée à la fusion des deux GIP, et à un processus de rationalisation qu'ont pourrait légitimement reprocher à l'ASIP de ne pas entreprendre.

La crainte de « dispersion de l'héritage du GIP CPS qui, lui, a largement réussi » témoigne d'une évaluation incomplète des acquis et d'une insuffisante compréhension des actions menées par l'ASIP Santé. Opposer un échec du GIP DMP et une réussite du GIP CPS n'a pas de sens pour l'ASIP Santé, dans la mesure où cela conduirait à nier la question centrale de l'urbanisation des systèmes. Comme cela a été rappelé en remarque préliminaire, l'héritage du GIP CPS et celui du GIP DMP font l'un et l'autre partie du patrimoine de l'ASIP Santé et font l'objet de la même attention et du même souci d'amélioration.

Force est de constater qu'il n'existe pas de politique générale de sécurité documentée pour les systèmes d'information de santé. A cet égard, la recommandation de la Cour de « mettre en œuvre la continuité de la stratégie en matière de confidentialité des données médicales » nous semble de ce point de vue ambiguë et réductrice.

Le gel de la mise en œuvre du décret de 2007 n'est pas dû à l'initiative de l'ASIP Santé, mais au constat, effectué par l'ensemble des acteurs, du caractère difficilement applicable du texte et de l'irréalisme des délais qu'il impose, irréalisme souligné par ailleurs par la Cour. De plus, ce gel fait suite à une modification de la loi introduisant la possibilité de sécuriser les échanges avec, outre la CPS, des « dispositifs équivalents », de façon à ouvrir le champ des technologies possibles. Cette modification ne vise pas à « concurrencer » la CPS, mais à reconnaître une évidence, à savoir que la CPS ne peut constituer l'alpha et l'oméga de la sécurité face aux évolutions rapides des techniques et des pratiques. De fait, le GIP CPS distribue d'ores et déjà des certificats serveurs qui ne sont pas des CPS.

C'est la raison pour laquelle, en l'absence de définition sur une base consensuelle d'une stratégie nationale en matière de sécurité et afin de ne pas prendre le risque de délivrer un message susceptible de créer de la confusion, l'ASIP Santé a préféré suspendre la publication de documents sur des expérimentations en établissements, dont on ne savait dire si elles constituaient ou non un modèle acceptable.

VI – Conclusion

Au-delà de la lettre des observations de la Cour, et des divergences d'analyse rappelées de manière sans doute trop synthétiques, compte tenu de la complexité des sujets abordés, l'ASIP Santé pense avoir bien perçu l'esprit dans lequel ces observations ont été formulées et le souci auquel elles répondent. En particulier, l'ASIP Santé est convaincue qu'elle ne pourra réussir dans l'exercice des missions qui lui ont été assignées que si elle est en mesure :

- *de mener un étroit travail de coopération et de concertation avec les acteurs, sans lequel ces derniers ne pourront avoir la confiance et la lisibilité indispensables à leur pleine implication ;*
- *de mettre en œuvre un management interne adapté à la construction d'une nouvelle « culture d'entreprise » fondée sur la recherche de l'excellence, la responsabilisation des agents et la mise en œuvre de démarches participatives ;*
- *d'inscrire son action dans le cadre d'une politique publique cohérente, que la création prochaine d'une délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé au sein du ministère chargé de la santé permettra d'élaborer.*

C'est ce à quoi nous nous appliquons.
