

N° 1139

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 1998

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES ⁽¹⁾

sur l'informatisation du système de santé

ET PRÉSENTÉ

PAR M. JEAN-PAUL BACQUET,

Député.

En conclusion des travaux d'une mission d'information composée en outre de
M. BERNARD ACCOYER, Mme YVETTE BENAYOUN-NAKACHE, M. PIERRE
CARASSUS, M. JEAN-MICHEL DUBERNARD, M. JEAN-PIERRE FOUCHER,
Mme CATHERINE GÉNISSON, M. PIERRE HELLIER, M. PATRICK LEROY
et M. PHILIPPE NAUCHE.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de : M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. René Couanau, Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, MM. Denis Jacquat, Noël Mamère, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Yvon Abiven, Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Patrick Bloche, Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Alain Calmat, Pierre Carassus, Pierre Cardo, Roland Carraz, Mmes Véronique Carrion-Bastok, Odette Casanova, MM. Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Mme Monique Denise, MM. Franck Dhersin, Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Pierre Foucher, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Yves Fromion, Germain Gengenwin, Mmes Catherine Génisson, Dominique Gillot, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Jean Glavany, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Françoise Imbert, Muguette Jacquaint, MM. Maurice Janetti, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Maurice Leroy, Patrick Leroy, Maurice Ligoit, Gérard Lindeperg, Patrick Malavieille, Mme Gilberte Marin-Moskovitz, MM. Didier Mathus, Jean-François Mattei, Mme Hélène Mignon, MM. Jean-Claude Mignon, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Dominique Paillé, Michel Pajon, Michel Péricard, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Bernard Perrut, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Préel, Alfred Recours, Gilles de Robien, François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Patrick Sève, Michel Tamaya, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, Mmes Marisol Touraine, Odette Trupin, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Emile Vernaude, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE	7
SYNTHESE DES TRAVAUX DE LA MISSION D'INFORMATION : CONSTATS ET INTERROGATIONS	7
I.- L'ABSENCE DE PLAN D'INFORMATISATION DE LA SANTE	9
1. Les contenus	9
2. L'informatique hospitalière	10
II.- LES DIFFICULTES DU PROJET SESAM-VITALE	11
1. Le pilotage du projet	11
2. L'avancement du projet	12
3. Les options techniques	14
4. Le partage de l'information	15
5. Le partage des responsabilités et des coûts	17
DEUXIEME PARTIE	19
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	19
1. L'informatisation du système de santé	19
2. Le projet Sesam-Vitale	20
EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION	23
TROISIEME PARTIE - COMPLEMENT D'INFORMATION	26
I.- DEVELOPPEMENTS RECENTS DU PROJET SESAM-VITALE	26
1 La mise en place du réseau santé social (RSS)	26
2 Le déploiement de Sesam-Vitale 1	27
3 L'attitude des professionnels de santé	27
4 La carte Sesam-Vitale 2	28
II. - L'ANALYSE DE LA COUR DES COMPTES	29

1 Un calendrier étalé sur vingt ans	29
2 La multiplicité des acteurs et des objectifs	29
3 L'absence de pilotage du projet	29
4 Un suivi partiel des coûts	30
III. - LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT	31

INTRODUCTION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a créé une mission d'information sur l'informatisation du système de santé le 16 décembre 1997.

La mission a commencé ses travaux le 13 janvier 1998 et a décidé de consacrer ses travaux à l'étude, sur les plans éthique, scientifique, financier et administratif, de la sécurisation et de la rationalisation de l'informatisation du système de santé. Pour ce faire elle a procédé à des nombreuses auditions d'experts, de responsables administratifs, de représentants des professionnels de santé et d'industriels du secteur informatique. Elle s'est également rendue en Bretagne le 11 juin pour s'informer sur le déploiement de Sesam-Vitale dans cette région.

Le 17 juin M. Jean-Paul Bacquet, président et rapporteur de la mission, a présenté les premières conclusions de la mission à la commission. Au cours de cette réunion il a été décidé de transmettre le rapport au Gouvernement avant sa publication. Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité ayant clairement indiqué ses positions sur ce dossier en juillet et plus récemment devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, il a paru nécessaire à la mission de rendre public son travail à l'occasion du débat sur la loi de financement pour 1999.

Le présent rapport d'étape sera complété ultérieurement par les investigations que souhaite mener la mission dans un domaine qu'elle n'a fait qu'effleurer, celui de l'informatique hospitalière.

PREMIERE PARTIE
SYNTHESE DES TRAVAUX DE LA MISSION
D'INFORMATION :
CONSTATS ET INTERROGATIONS

Il existe un large accord sur la nécessité d'informatiser le système de santé français. Le degré actuel d'informatisation tant de la médecine ambulatoire que de l'hôpital (public ou privé) ne permet pas de répondre aux objectifs communément assignés à l'informatique de santé.

Ces objectifs sont les suivants

- fournir aux professionnels des outils d'aide à la décision médicale et de formation continue ;

- permettre d'échanger entre professionnels et avec les autorités et organismes chargés de la santé publique des données médicales individuelles (le dossier du patient) et collectives (l'état de santé d'une population, l'évolution d'une pathologie, l'épidémiologie, la morbidité) ;

- donner aux organismes d'assurance-maladie et aux professionnels les informations nécessaires à la gestion du risque et à la maîtrise des dépenses de santé.

L'ensemble des interlocuteurs de la mission se sont référés à ces objectifs qui n'ont cependant jamais été définis comme objectifs nationaux. Tous ont considéré que le projet Sesam-Vitale n'était qu'un élément secondaire de l'informatisation même s'il pouvait être un élément moteur dans la phase actuelle et si, dans sa deuxième étape (Sesam-Vitale 2), il comportait une composante importante pour la qualité et la continuité des soins, le volet d'informations médicales (VIM) qui figurera sur la carte de chaque patient.

Or le premier constat de la mission a été que l'informatisation du système de santé ne constituait pas un véritable projet public, défini et piloté par l'Etat.

I.- L'ABSENCE DE PLAN D'INFORMATISATION DE LA SANTE

Si les réflexions d'ensemble ne font pas défaut (travaux du Conseil supérieur des systèmes d'information de santé présidé par M. Gérard Worms, rapport au ministre de M. Jean de Kervasdoué "La puce et le stéthoscope"), il n'existe pas de document de référence émanant de l'autorité politique, traçant les lignes directrices de l'informatisation et définissant le rôle de chacun (notamment les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance-maladie).

Il n'existe pas non plus d'autorité investie clairement de la mission de promouvoir et de conduire l'informatisation qui, depuis 1976, fait l'objet de différents travaux menés sans pilotage politique. La mission de "coordination sur l'informatisation médicale" confiée, il y a six mois, à M. Noël Renaudin n'a manifestement pas une telle ampleur, puisqu'on peut même s'interroger sur la capacité de cette structure administrative légère à mener le seul sous-projet Sesam-Vitale.

La mise en place d'un Réseau social santé (RSS) dont la fonction de télétransmission des feuilles de soins est bien présentée comme accessoire aux fonctions de circulation de données médicales constitue le premier élément tangible d'un système d'information de santé national.

En revanche beaucoup d'autres éléments nécessaires à la construction de ce système semblent manquer et en particulier les contenus.

D'autre part, l'intégration de l'informatique hospitalière à un système conçu pour l'instant pour la médecine de ville suscite le doute.

1. Les contenus

A supposer que les médecins aient un poste informatique connecté au RSS, auront-ils, soit en local soit à travers le réseau, les outils qui leur permettront d'améliorer leur pratique ?

La mission n'a pu approfondir autant qu'elle l'aurait souhaité cette question mais elle a été alertée sur plusieurs points :

- l'absence de banques de données véritablement conçues pour les médecins de ville et leur fournissant l'état de l'art dans tel ou tel domaine. En l'état actuel tout est laissé au marché alors que la création d'un réseau de la connaissance avec l'aide des sociétés savantes requiert un investissement financier de l'Etat ;

- l'absence de procédure d'agrément des logiciels et applications du RSS, faute d'un organisme externe indépendant investi de cette mission. Quelle information médicale est fiable sur le réseau ?

- l'absence de transmission de données épidémiologiques, cette fonction n'étant nullement celle de Sesam-Vitale (le médecin envoie seulement des actes) ;

- l'absence de normes et de logiciels pour la transmission des dossiers médicaux individuels.

2. L'informatique hospitalière

La mission a très peu étudié l'informatique hospitalière. Néanmoins plusieurs de ses interlocuteurs ont attiré son attention sur les problèmes suivants :

- les incertitudes qui pèsent sur la mise en œuvre de Sesam-Vitale dans les hôpitaux (il faut rappeler que l'ordonnance du 24 avril 1996 vise non seulement les professionnels de santé mais aussi les établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie). Ces incertitudes concernent le rattachement des hôpitaux au RSS et la distribution des cartes de professionnels de santé (CPS) aux médecins hospitaliers ;

- l'absence totale d'harmonisation dans la tenue des dossiers des patients qui rend problématiques des échanges de données avec d'autres établissements ou avec des professionnels de santé. Plus généralement il apparaît que l'informatique hospitalière est extrêmement cloisonnée, chaque établissement ou ensemble hospitalier jouissant dans ce domaine d'une large autonomie. Les différents intervenants dans le domaine de l'informatique hospitalière - hôpitaux mais aussi caisses et observatoires régionaux de la santé - ne travaillent pas de manière coordonnée ;

- la difficulté pour le secteur privé de l'informatique hospitalière de se développer, en raison de la concurrence que l'Etat fait à ce secteur en mettant sur le marché les logiciels développés avec l'aide des fonds publics.

II.- LES DIFFICULTES DU PROJET SESAM-VITALE

Le projet Sesam-Vitale est un sous-projet d'un plan global d'informatisation de la santé encore non formulé. Il répond partiellement à deux objectifs de l'informatisation : la fourniture - avec une économie de frais de fonctionnement pour les caisses - à l'assurance maladie de données de gestion ; la continuité des soins grâce au volet d'informations médicales.

Malgré son caractère partiel, Sesam-Vitale est un projet unique au monde par son ampleur, qu'on le compare à des opérations cartes santé menées dans d'autres pays ou à une opération similaire sur le plan industriel et technique, la distribution de cartes bancaires et de terminaux de paiement en France sous l'égide du GIE carte bancaire. Il s'agit en effet, in fine, de distribuer 60 millions de cartes et de doter non seulement les 130 000 médecins libéraux mais tous les autres professionnels et établissements de santé des moyens informatiques de traitement de ces cartes, soit au total 300 000 professionnels.

A l'heure actuelle il n'est pas possible de dire si ce projet qui a effectivement démarré en Bretagne sera mené à son terme, avec succès. Passant sans cesse " de l'optimisme béat au pessimisme béant ", la mission a enregistré les critiques, les doutes et aussi les espoirs que suscite le projet.

Les uns et les autres portent sur le pilotage du projet, sa programmation et ses options techniques. En outre des débats de fond sont engagés sur le partage de l'information, des responsabilités et des charges entre les professionnels de santé, les patients et l'assurance maladie.

1. Le pilotage du projet

La maîtrise d'ouvrage du projet Sesam-Vitale a été attribuée à la CNAM alors que le rapport Rozemaryn préconisait la création d'une direction informatique au ministère de la santé assumant cette fonction. Toutefois, une mission de coordination a été mise en place par Mme Martine Aubry et confiée à M. Noël Renaudin.

La mission a observé que la nomination d'un Monsieur informatique doté de moyens administratifs légers n'a pas rééquilibré les rôles entre l'Etat qui apparaît toujours trop effacé (surtout au niveau local où il ne dispose d'aucun relais) et la CNAM qui possède le nerf de la guerre, c'est-à-dire le budget de l'opération. En particulier toute la communication sur le projet reste entièrement entre les mains de la CNAM. Pourtant la capacité technique de la CNAM à conduire un projet industriel de cette dimension est contestée par certains observateurs.

L'attribution du Réseau santé social à Cegetel a été faite, après appel d'offres, dans des conditions que la mission n'a pas capacité à apprécier. L'apparition d'un nouvel acteur de premier plan auquel les professionnels de l'industrie informatique font plus confiance qu'aux pouvoirs publics pour

promouvoir l'informatisation à côté d'autres acteurs ayant des responsabilités importantes dans le déploiement de Sesam-Vitale (GIE Sesam-Vitale et GIP CPS) confirme l'impression dominante d'une multiplicité, voire d'une confusion, des centres de décision. Il est à parier qu'en cas d'échec chacun en rejeterait la responsabilité sur l'autre, dans la mesure où personne n'assume la totalité de la conduite du projet.

Les professionnels de santé ne constituent pas un centre de décision, encore que le syndicat de médecin signataire de la convention des généralistes puisse être désigné comme partie prenante à l'informatisation. A cet égard, la mission considère que les doutes qui ont pu surgir sur le rôle " commercial " de MG-France et de sa filiale créée spécialement pour conseiller et aider les médecins, Medsyn, ont été dissipés par les explications fournies par M. Richard Bouton sur l'absence de but lucratif de Medsyn et d'intérêts financiers des dirigeants syndicaux dans l'affaire. En fin de compte on peut se demander si l'ensemble des professionnels de santé ont été suffisamment associés à la définition et à la conduite du projet.

2. L'avancement du projet

Le projet Sesam-Vitale, enfermé dans des échéances fixées par le plan Juppé de manière manifestement irréaliste, comprend plusieurs étapes (cf. note). L'une de ces étapes est le déploiement dans la première région française choisie à cet effet, la Bretagne. Au premier trimestre de cette année, tous les interlocuteurs de la mission avaient insisté sur la nécessité de démarrer effectivement au 2 avril 1998 en Bretagne mais prédit que les débuts seraient difficiles. La mission s'est rendue en Bretagne et peut ainsi établir un premier bilan chiffré de l'opération.

Entre le 5 mai et le 11 juin 1,6 millions de cartes Sesam-Vitale 1 ont été distribuées. 30 000 restent à distribuer.

4765 dossiers de demande de cartes CPS ont été adressés aux professionnels de santé de Bretagne. Après contrôle par les ordres, 2176 formulaires remplis ont été retournés au GIP CPS qui a émis 1871 cartes.

Elle a pris connaissance également des perspectives de généralisation des cartes santé dans cette région.

Le RSS a été mis en service le 2 avril.

Les premières cartes Sesam-Vitale 1 ont été distribuées début mai.

Les deux premiers logiciels ont été agréés début juin.

Les premières feuilles de soins électroniques ont été transmises à la CPAM au cours de la deuxième semaine de juin mais le point de départ du délai de six mois imparti aux médecins pour transmettre 90 % de leurs feuilles n'a pas été encore donné.

La sensibilisation des médecins se fera en septembre-octobre et c'est à partir de novembre qu'ils commenceront vraiment à télétransmettre. On peut escompter un flux significatif de FSE en mars-avril 1998.

En septembre 1999, devrait être atteint, pour les 50 % de médecins signataires du contrat de télétransmission, un taux de 60 % de feuilles de soins transmises aux caisses par voie électronique. Le taux de 90 % ne devrait être obtenu qu'après l'an 2000.

source : entretien à la CPAM d'Ille-et-Vilaine

Dans ces conditions, la mission est sceptique sur le fait que tous les professionnels de santé seront avant le 1^{er} janvier 1998 équipés réellement pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques.

Elle s'interroge aussi sur la capacité de la CNAM à mettre à jour ses fichiers pour assurer une distribution correcte des cartes santé à l'ensemble des assurés sociaux puis à la totalité des bénéficiaires de plus de seize ans (la CPAM d'Ille-et-Vilaine a entièrement reconstitué, à partir des demandes de remboursement, ses fichiers pour toucher 80% de ses assurés). A ce sujet l'articulation entre la carte Sesam-Vitale 2 et la future couverture maladie universelle reste à préciser.

Une partie des interrogations sont liées à l'adhésion des professionnels de santé qui reste à obtenir tant chez les médecins (50 % des médecins se sont engagés à télétransmettre) que chez les autres professions, plus nettement encore en situation de refus en tant que professions prescrites et ce pour de multiples raisons qui ne tiennent pas toutes à la télétransmission (que certaines pratiquent d'ailleurs déjà). Une autre partie des interrogations tient aux options techniques du projet.

3. Les options techniques

Sesam-Vitale a été souvent comparé à un puzzle : composé de plusieurs pièces, le système ne fonctionne que si toutes les pièces s'emboîtent parfaitement les unes dans les autres.

Rappelons quelles sont ces pièces :

- la carte Sesam-Vitale dans ses versions 1 et 2
- la carte du professionnel de santé (carte CPS)
- le lecteur de cartes à double fente
- l'ordinateur du professionnel de santé et son logiciel de télétransmission
- le réseau santé social (RSS)
- le kit de connexion au réseau

Plusieurs de ces éléments ont suscité des critiques, voire des polémiques.

- la carte Sesam-Vitale

La capacité mémoire de la carte Sesam-Vitale 2 est jugée insuffisante.

La procédure de mise à jour des cartes, par des bornes mises à disposition du public, reste à préciser. La période de validité des droits à l'assurance-maladie a été allongée à trois ans pour réduire la difficulté (la carte papier actuelle a une validité d'un an).

Certains considèrent même que la carte Sesam-Vitale est inutile puisque des opérations de télétransmission se font sans elle actuellement (pharmacie). Il faut d'ailleurs noter qu'inversement des télétransmissions de feuilles fictives pourraient être opérées avec des cartes oubliées par des patients, puisque la carte est utilisable sans code.

- le lecteur de cartes

Le lecteur de cartes conçu pour la carte Sesam-Vitale 1 sera-t-il capable de traiter la carte Sesam-Vitale 2 ou faudra-t-il remplacer tous les lecteurs ? La CNAM a indiqué que " l'infrastructure technique mise en place pour Vitale 1 - notamment le lecteur de cartes dont chacun se sera équipé - restera entièrement opérationnelle. "

Ce lecteur peut-il remplir la fonction de lecteur de cartes de paiement pour les médecins qui souhaiteraient offrir l'option " carte bleue " à leurs clients ?

- l'ordinateur du professionnel de santé

Le choix essentiel fait par les promoteurs de Sesam-Vitale est de ne pas imposer de modèle unique de terminal (et de lecteur dans une moindre mesure). Les professionnels de santé auront donc le choix le plus large du matériel, du système d'exploitation et du logiciel de télétransmission, celui-ci devant cependant être agréé par le GIE Sesam-Vitale. Cela implique pour ce dernier de fournir des spécifications permettant à tous les constructeurs et éditeurs d'être sur le marché. Les inconvénients de cette approche très ouverte sont de deux ordres : embarras du choix des professionnels de santé devant la diversité de l'offre ; lourdeur du lancement des solutions agréées et à l'avenir lourdeur des mises à jour.

Il faut rappeler que le GIE carte bancaire avait opté pour une politique beaucoup plus directrice : un modèle unique de terminal de paiement chez tous les commerçants. Sans aller jusque-là, beaucoup déplorent qu'il n'y ait pas un cahier des charges plus contraignant qui évite aux médecins de se fourvoyer. Ceux-ci, en effet, se verront proposer des configurations extrêmement variées allant du terminal de poche au poste complet et puissant.

- le réseau santé social

Le choix d'un réseau intranet, dédié et sécurisé de préférence à la solution ouverte d'Internet est généralement approuvé.

Est également approuvée l'ouverture de ce réseau, sous condition d'agrément, à tous les producteurs de services de santé qui le souhaitent. L'abandon du réseau propriétaire de la CNAM (Ramage) est considéré comme un élément décisif.

4. Le partage de l'information

Qui est destinataire de l'information recueillie et traitée par le système Sesam-Vitale ? A quoi va-t-elle servir ? Quels sont les droits des organismes d'assurance-maladie, des médecins et de leurs groupements, des patients ?

A travers la télétransmission, les médecins voient se profiler le risque d'un " fliquage " par l'assurance-maladie. Il faut observer d'abord que la CNAM n'a pas besoin de la télétransmission pour surveiller l'activité des médecins. La télétransmission ne fait que déporter vers les médecins la saisie d'informations que les caisses possèdent et traitent déjà. D'ores et déjà les caisses sont en mesure d'établir, par leur informatique interne, les profils d'activité des médecins. Toutefois, la qualité de ces informations est contestée (polémique actuelle sur les statistiques des caisses). La télétransmission pourrait conduire à une amélioration de ces informations et surtout on peut envisager un retour d'informations vers les médecins. Les responsables de la CNAM auditionnés par la mission se déclarent prêts à assurer ce partage de l'information notamment au profit des unions régionales de médecine. Les documents de la CNAM indiquent que chaque professionnel aura, grâce à Sesam-Vitale la faculté de " connaître un état

statistique de son activité comme de se situer par rapport à la moyenne de sa région d'exercice ” (dossier de presse sur le démarrage en Bretagne)

En outre, une réforme du service de contrôle médical de la CNAM lancée par le médecin-conseil national va dans le même sens. L'objectif affiché de cette réforme est que les informations recueillies sur l'activité médicale servent à améliorer les pratiques par une discussion collective médecins-caisses. Sesam-Vitale serait un outil utile en ce sens si le projet permettait au service médical de recevoir le codage des médicaments et des pathologies. Or le codage des pathologies dépend de l'établissement d'une nomenclature qui n'est toujours pas terminée (application de la loi de 1993). Si le directeur général de la CNAM a estimé devant la mission que le codage, quoiqu'indépendant du projet Sesam-Vitale, serait facilité par lui, d'autres intervenants ont mis en doute le lien entre les deux opérations ou l'efficacité d'une utilisation “ en routine ” du codage (traitements automatisés des codes reçus).

On vient de voir que la télétransmission ne change pas fondamentalement les paramètres du contrôle de l'activité médicale. Bien évidemment la circulation des données sur un réseau crée des risques nouveaux de détournement de l'information vers des destinataires non autorisés. Le service postal traditionnel n'assure pas une confidentialité supérieure à celle d'un réseau de télécommunication mais la création de ce réseau peut susciter des tentations de piraterie informatique soit par jeu et défi (“ hackers ”) soit avec de mauvaises intentions précises ciblées sur des personnalités publiques. Le gestionnaire du réseau santé social considère que le RSS répond parfaitement au niveau de sécurité défini, par consensus, dans le cahier des charges de la concession. Il met en avant les protections spécifiques dont sont entourées les opérations de télétransmission.

La CNIL qui paraît être le meilleur juge en la matière (quoique certains jugent qu'elle fait excessivement prévaloir la protection de l'individu sur les intérêts collectifs de la société) pense que le niveau de sécurité du RSS devrait être renforcé, surtout pour la transmission de dossiers médicaux individuels.

Le volet d'informations médicales (VIM) de Sesam-Vitale 2 n'est pas destiné à être transmis sur le réseau mais lu, en local, par le médecin traitant lors de la consultation. S'il était conçu comme un carnet médical portatif, recensant l'ensemble des actes et des pathologies ainsi que des risques spécifiques à l'individu, il poserait de redoutables problèmes de déontologie, d'éthique et de droit (le médecin doit-il tout inscrire ? Doit-il authentifier ce qu'il inscrit ? Est-il, dans ce cas, responsable ?)

En outre, les droits et les devoirs du patient sur une information le concernant devraient être alors précisés, (peut-il s'opposer à une inscription ? S'il s'oppose, est-il remboursé ?).

Le débat est actuellement ouvert entre cette conception et celle d'une carte contenant essentiellement des “ pointeurs ”, c'est-à-dire des adresses électroniques de praticiens ou d'établissements détenant des éléments du dossier

médical virtuel du malade et capables de les transmettre au médecin traitant sur sa demande. Cette conception renvoie à l'organisation en réseau du système de soins.

5. Le partage des responsabilités et des coûts

- le partage des responsabilités

Les médecins soulignent le transfert de responsabilité qu'opère la télétransmission. Dans le système actuel (excepté en cas de tiers payant), l'envoi de la feuille de soins est du ressort du patient et son bon acheminement de celui de la Poste. Dans le nouveau système, c'est au médecin qu'il incombe d'envoyer la feuille de soins et de vérifier qu'elle est bien parvenue aux caisses d'assurance-maladie. Sa responsabilité s'arrête à la réception de l'accusé de réception électronique. Contrairement à ce qui a été parfois dit le médecin n'est pas responsable d'un défaut de sa ligne de télécommunication.

La CNIL fait observer qu'au-delà de cette responsabilité, il incombe plus généralement aux professionnels de santé de prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations nominatives et d'empêcher notamment la divulgation et la déformation des données.

- le partage des coûts

Pour les médecins et les autres professionnels de santé, la télétransmission implique des investissements plus ou moins importants selon qu'ils sont ou non déjà informatisés. Faute de solution minimaliste actuellement disponible (un " sabot " entièrement dédié à la télétransmission), le coût pour un médecin qui part de zéro se situe entre 20 et 30 000 F d'achat de matériel et logiciels. Les médecins déjà informatisés peuvent escompter un coût inférieur mais les expériences menées par Medsyn (MG France) montrent que le coût et les difficultés d'adaptation d'un poste doté d'une configuration " basique " peuvent être élevés.

Pour mémoire on notera que la télétransmission représente pour le médecin une perte de temps de quelques secondes ou dizaines de secondes par consultation. Plus significatifs sont les coûts de fonctionnement de la télétransmission seule (hors connexion à des services en ligne) qui sont évalués par Cegetel à moins de 1 000 F par an :

- abonnement mensuel minimal, 35 F, soit 420 F par an ;
 - connexion : 1 F par connexion par jour, soit 20 F par mois (en effet, il faut moins d'une minute par jour pour transmettre 100 feuilles) et 240 F par an.
- Total annuel : 660 F.

Pour couvrir ces dépenses, est prévue :

- pour les médecins une aide de 9000 F (2 000 F plus 7 000 F)
- pour les autres professionnels de santé une aide de 2 000 F.

La création du réseau santé social représente pour Cegetel un investissement de 100 millions de francs.

Le budget de la CNAM est ainsi établi :

4 milliards de francs en trois ans pour Sesam-Vitale 1 comprenant d'une part l'achat de cartes (36 millions de cartes Sesam-Vitale 1 au prix de 27 F), d'autre part les aides à l'informatisation versées aux professionnels (2 milliards de francs). Le budget de Sesam-Vitale 2 n'a pas été communiqué à la mission.

Enfin il ne faut pas oublier le gain de temps et d'argent (affranchissement et enveloppe) que représente la feuille des soins électronique pour les patients.

DEUXIEME PARTIE

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

L'informatisation du système de santé a été abusivement réduite à la télétransmission de la feuille de soins.

Une ambition nationale a été confondue avec un sous-projet à caractère administratif et financier.

Il convient d'afficher, aux yeux du monde médical et de la population, la véritable hiérarchie des objectifs :

1. Informatiser les professions de santé pour améliorer la qualité des soins et la gestion de la santé publique

2. A titre accessoire, dématérialiser les échanges de feuilles de soins “ en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ” (ordonnance du 24 avril 1996).

Les recommandations de la mission sont également hiérarchisées :

- au premier rang, celles qui concernent l'informatisation de la santé
- au second rang, celles concernant le projet Sesam-Vitale.

1. L'informatisation du système de santé

L'Etat doit définir et conduire une stratégie de l'informatisation du système de santé.

- définir :

Les multiples acteurs de l'informatisation (professionnels de santé, régimes d'assurance-maladie, hôpitaux, fournisseurs de services et de produits d'informatique) ne disposent pas d'un document de référence énonçant clairement les objectifs de l'informatisation et les moyens à mettre en œuvre.

Il appartient à l'Etat d'établir un programme ou un plan pluriannuel d'informatisation. Ce programme pourrait être élaboré par le commissariat général au Plan par un travail de concertation entre les acteurs. Il serait soumis à l'approbation du Parlement à l'occasion de la loi de financement par l'an 2000.

- conduire :

Les difficultés de mise en œuvre du projet Sesam-Vitale ont mis en évidence une absence de pilotage politique.

C'est au Gouvernement de conduire la mise en oeuvre d'un plan d'informatisation de la santé. L'intervention de l'Etat se concentrera sur les fonctions suivantes :

- communiquer sur les objectifs généraux de l'informatisation ;
- garantir la qualité, la sécurité et le partage des informations de santé (définition de cahiers des charges, labellisation des logiciels et autres produits) ;
- soutenir les initiatives qui ne peuvent être financées entièrement par le marché (banques de données scientifiques, échanges de données médicales).

2. Le projet Sesam-Vitale

- sur le plan de déploiement de Sesam-Vitale 1 et Sesam-Vitale 2

La mission rejette l'idée d'un moratoire, c'est-à-dire d'une suspension de la distribution des cartes de santé en Bretagne et dans toute autre région avec report des délais impartis aux professionnels pour télétransmettre les feuilles de soins. Elle est en accord avec la position exprimée par plusieurs de ses interlocuteurs selon laquelle un démarrage hésitant vaut mieux qu'un report signifiant clairement l'abandon du projet.

La mission ne croit pas utile d'attendre que Sesam-Vitale 1 fonctionne totalement en Bretagne pour que la carte soit déployée en Champagne-Ardenne puis dans le reste de la France. Le déplacement en Bretagne a montré que la montée en charge serait très progressive mais qu'il n'y avait pas d'obstacle technique insurmontable à la télétransmission des feuilles de soins.

La mission ne croit pas possible de passer directement à la carte Sesam-Vitale 2, après une " expérimentation " à grande échelle de Sesam-Vitale 1 dans une ou deux régions. Les incertitudes qui pèsent sur la technologie, sur le contenu (volet d'informations médicales) et la distribution à chaque ayant droit de la carte rendent irréaliste la perspective d'une diffusion rapide de cette deuxième génération de cartes.

En ce qui concerne le volet d'informations médicales de Sesam-Vitale 2, la mission considère qu'il ne doit pas être un carnet médical informatisé mais se limiter aux informations permettant de traiter l'urgence ou mettant en péril la vie du patient ainsi qu'à des pointeurs, c'est-à-dire des clés d'accès aux éléments du dossier médical conservé par divers praticiens et établissements.

- sur l'adhésion des professionnels de santé au projet Sesam-Vitale

L'adhésion des professionnels de santé, médecins et non-médecins est une des conditions essentielles de la réussite du projet. Pour obtenir cette adhésion, il faut d'abord changer le discours qui met l'accent sur le secondaire (la " sésamisation ") aux dépens du principal (l'informatisation). Voir première partie.

Il faut également négocier avec les professionnels sur deux points qui font blocage :

- la responsabilité du médecin à l'égard des incidents extérieurs à sa volonté en matière de télétransmission
- la compensation de la charge transférée sur le médecin par la télétransmission.

La mission s'interroge sur le système retenu jusqu'à présent : une aide de 2 000 F pour couvrir les coûts de fonctionnement de la télétransmission, versée en une fois pour solde de tout compte, alors qu'une grande partie des professionnels de santé réclament une rémunération annuelle des frais réels de saisie et de télétransmission y compris ceux induits par la nécessité d'une maintenance. Le problème des dépenses d'investissement (prime de 7 000 F attribuée aux médecins) doit être examiné dans le cadre plus général de l'informatisation de la santé (cf. partie I).

- sur les problèmes de sécurité informatique et de confidentialité

La mission considère que le niveau de sécurité du système Sesam-Vitale (carte CPS d'authentification et réseau dédié RSS) est satisfaisant tant que la transmission de données se limite aux renseignements administratifs et aux actes pratiqués. En revanche, une sécurisation des échanges de dossiers médicaux personnels - objectif qui dépasse Sesam-Vitale - exigera un degré plus élevé de cryptage qui reste à mettre en œuvre. De même la mise en réseau des postes informatisés des médecins crée des risques d'intrusion à distance à l'égard desquels les professionnels de santé sont mal informés et mal armés.

- sur le coût passé et à venir du projet Sesam-Vitale

La mission s'en remet à la Cour des Comptes pour examiner le bien-fondé des sommes dépensées jusqu'en 1997 dans le projet et intégrer dans les chiffres avancés par la CNAM les dépenses de personnel.

En ce qui concerne les dépenses engagées pour le déploiement de Sesam-Vitale, elle demande que soit fourni à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales un plan financier précis faisant ressortir pour les trois années à venir les dépenses qui seront engagées tant en investissements (achat des cartes Sesam-Vitale notamment), qu'en fonctionnement (en termes de rapport entre les coûts et les gains attendus) et en aides aux professionnels de santé.

EXAMEN DU RAPPORT PAR LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport d'étape de la mission d'information sur l'informatisation du système de santé présenté par **M. Jean-Paul Bacquet, rapporteur**, au cours de sa séance du mercredi 17 juin 1998.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Le président Jean Le Garrec a souhaité que les ministres compétents sur ce dossier ainsi que le Premier ministre soient saisis du rapport d'étape afin d'ouvrir le débat avec le Gouvernement sur le problème fondamental que constitue le manque de pilotage de l'informatisation médicale. Il est indispensable de définir nettement, au niveau politique, les objectifs et ensuite de les présenter clairement aux professionnels de santé.

M. Pierre Hellier, membre de la mission d'information, a exprimé sa crainte que la télétransmission n'ait pas d'issue très favorable à court terme. Elle risque donc, non de favoriser l'informatisation des médecins, mais au contraire de la freiner. Les professionnels de santé en général n'ont pas été assez associés à la mise en œuvre du projet et demandent légitimement une compensation financière du transfert de charges qui résultera pour eux de la saisie et de la télétransmission des feuilles de soins, par exemple sur le modèle de ce qui avait été fait quand les ordonnances dupliquées ont été imposées aux médecins.

Un certain nombre de problèmes techniques ne sont toujours pas résolus, faute de positionnement politique sur le problème. Il est ainsi souhaitable que les logiciels ne soient pas labellisés uniquement sur un critère de télétransmission mais aussi et surtout au vu de leur apport à la pratique médicale. Le volet d'informations médicales de Vitale 2 ne devra comporter que quelques informations d'urgence et surtout des pointeurs permettant aux professionnels de santé d'échanger entre eux, ce qui permettra de régler le problème de la sécurisation de la carte. En tout état de cause, on ne peut se satisfaire d'une sécurisation inférieure à celle existant pour les cartes bancaires.

En conclusion **M. Pierre Hellier** a indiqué qu'il était globalement d'accord avec les positions exprimées par le rapporteur.

M. Bernard Accoyer, membre de la mission d'information, a considéré que la CNAM entretenait volontairement une confusion entre la télétransmission et l'informatisation médicale. Alors que cette dernière est souhaitée par tous pour améliorer la pratique médicale, l'envoi de feuilles de soins électroniques aux caisses ne constitue qu'un problème de gestion administrative et financière interne à celles-ci. La mission a pu constater lors de son déplacement en Ille-et-Vilaine que l'acceptation de la télétransmission nécessitait une modification préalable du rapport conventionnel avec les professionnels de santé.

Contrairement à ce que conclut le rapporteur, il n'est par contre pas souhaitable de vouloir généraliser tout de suite Sésam-Vitale à l'ensemble du territoire, compte tenu de l'existence d'importants dysfonctionnements dans l'opération menée en Bretagne. Il ne s'agit pas de préconiser ainsi un moratoire mais d'éviter une dérive des coûts à laquelle la Cour des comptes doit être attentive. Il est également tout à fait irréaliste de croire que Vitale 2 pourra être un jour opérationnelle au vu de la difficulté de garantir la confidentialité des informations médicales qui y figureront. La CNAM a ainsi utilisé le faux appât du volet d'informations médicales alors que le réseau santé social permettra de s'en passer.

Il faut enfin signaler l'absence de lien entre les expériences déjà menées et l'informatique hospitalière, ce qui aboutit là encore à un gâchis financier puisque chaque CHU a développé sa propre informatique sans s'assurer de sa compatibilité avec l'ensemble du système.

M. Claude Evin a insisté sur la nécessité de déterminer rapidement un pilote politique pour l'informatisation car il n'est plus possible de continuer, après vingt ans, à ne pas savoir où l'on va et ce que l'on veut faire. Il est à cet égard essentiel d'inscrire l'informatisation dans une démarche de santé publique et de déterminer en quoi elle permettra d'améliorer la qualité des soins, par exemple par l'aide à la prescription. Une telle définition claire des objectifs permettra sans aucun doute de lever les réticences des professionnels de santé. Il convient également à cet égard de se prémunir contre tout risque de commercialisation des informations d'ordre médical qui pourraient être collectées sur un réseau par un opérateur privé.

En réponse aux intervenants, **M. Jean-Paul Bacquet, rapporteur**, a fait les observations suivantes :

- Il n'est pas juste de parler de tromperie de la part de la CNAM mais seulement de confusion des objectifs.

- Étant donné qu'on peut raisonnablement prévoir la télétransmission de 25 % de feuilles de soins électroniques en l'an 2000 en Bretagne, il ne faut pas attendre d'atteindre dans cette région l'objectif de 90 % avant d'étendre Vitale 1 à l'ensemble du pays. En outre, la montée en charge pourrait être accélérée si la négociation avec les professionnels de santé est correctement menée au niveau national.

- Le Gouvernement doit prendre ses responsabilités sur les incertitudes du projet. On peut notamment se demander si Vitale 1 aura encore une signification dans le cadre de la couverture maladie universelle et si Vitale 2 sera utile avec l'existence d'un RSS performant.

- L'informatisation n'aura de sens que si elle aboutit à faciliter la réalisation des objectifs de santé publique définis au niveau politique et si elle aide les médecins à améliorer leur pratique. Il est heureux que les caisses d'assurance maladie ne soient pas seules destinataires des informations recueillies sur le réseau et que les unions régionales de médecins libéraux puissent les obtenir aussi.

- On peut s'interroger sur la capacité effective de la CNAM à répondre au défi que représente l'informatisation pour l'évolution du système de santé. L'échec du projet Médicis a révélé les difficultés que rencontre cet organisme, notamment au plan interne, pour conduire des projets globaux. Il aurait fallu dès le départ s'appuyer sur le service médical des caisses afin de promouvoir une informatisation ayant pour objet une meilleure connaissance épidémiologique plutôt que de viser seulement la transmission de données administratives.

TROISIEME PARTIE - COMPLEMENT D'INFORMATION

I.- DEVELOPPEMENTS RECENTS DU PROJET SESAM-VITALE

1. La mise en place du réseau santé social (RSS)

Le RSS a été ouvert en Bretagne le 2 avril 1998, mais dans une configuration assez frustrante avec seulement un système d'authentification par la carte CPS et une messagerie électronique. L'ouverture du RSS sur l'ensemble du territoire sera achevée à fin de cette année. Il a en effet été décidé de découpler cette ouverture du déploiement de Sésam-Vitale, tant pour une raison technique (le niveau d'avancement des deux projets) que par choix politique (la promotion de l'informatique communicante auprès des professionnels de santé avant et indépendamment de la télétransmission).

Un comité consultatif pour l'agrément des applications du RSS, présidé par M. Christian Babusiaux, a été mis en place le 8 octobre. Il devra garantir la qualité des services offerts sur le RSS et vérifier notamment, à l'occasion des demandes d'agrément des applications, que les règles déontologiques sont respectées. 15 projets provenant du secteur privé lui sont déjà soumis, ainsi que des projets publics (l'application de l'établissement français du sang vise à assurer la traçabilité des produits labiles ; celle du ministère de la santé est un système d'alerte permettant de diffuser des messages de vigilance ; l'ANAES et l'agence du médicament soumettent également des projets).

Le système de chiffrement de la messagerie du RSS sera opérationnel très prochainement. Il s'agit d'un modèle faible à clé publique de 40 (composé d'une clé publique de 750 bits et d'une clé secrète de 40 bits), correspondant au niveau minimum exigé. Cela est insuffisant mais le système va évoluer vers un mécanisme beaucoup plus sûr reposant sur une tierce partie de confiance, à qui selon la nouvelle réglementation de la cryptologie, seront confiées les clés. Il est en effet impératif que le RSS dispose de clés secrètes de 56 bits, la plupart des experts estimant qu'une clé de 40 bits est insuffisante et qu'une clé de 75 bits ou plus est superflue. Jusqu'il y a très peu de temps, les Etats-Unis n'autorisaient pas l'exportation de logiciels de chiffrement au-delà de 40 bits. Cette interdiction étant désormais levée pour les applications de santé notamment, il est donc possible de monter en 1999 un chiffrement fort du RSS avec tierce partie de confiance.

Il est essentiel à la réussite de l'informatisation du système de santé qu'hôpital et médecine ambulatoire communiquent. C'est pourquoi la mission de coordination dirigée par M. Noël Renaudin a vivement incité des hôpitaux à se brancher sur le RSS sous forme de réseaux associés, c'est-à-dire échangeant des informations avec les autres abonnés mais ayant en plus des échanges spécialisés entre hospitaliers. 6 CHU et quelques autres centres hospitaliers ont accepté cette option, après, cependant, que le tarif initialement prévu par Cegetel a été revu à la baisse. Enfin quelques réseaux ville-hôpital déjà existants ont demandé à entrer,

comme réseaux associés, dans le RSS. Ces demandes sont soumises au comité d'agrément.

2. Le déploiement de Sesam-Vitale 1

Le déploiement de Sesam-Vitale en Bretagne ne s'est pas fait sans difficultés.

Il faut rappeler que Sesam-Vitale a été conçu comme un projet déconcentré utilisant des technologies standardisées et non un système propriétaire avec matériels dédiés comme l'envisageait initialement la CNAM sur le modèle des cartes bancaires. Il s'agit d'un atout car le système est par conséquent évolutif et peut recourir au marché pour offrir du matériel à un moindre coût. Il est toutefois complexe car il implique de mettre en cohérence plusieurs éléments (cartes, lecteurs, kits de connexion, logiciels, ordinateurs frontaux des caisses).

Tous ces éléments ont été testés un par un de manière satisfaisante mais lors du démarrage en Bretagne on a constaté que l'imbrication des pièces n'était pas parfaite. Un taux d'échec de 15 % a été enregistré en mai et juin 1998 sur la base de 15 médecins connectés ayant transmis 3 000 feuilles de soins électroniques. Les médecins ne recevaient pas toujours un accusé de réception logique (ARL) de leurs envois, notamment en cas de panne ou de fausse manoeuvre. La décision a été prise de ne pas faire entrer de nouveaux médecins sur le réseau en juillet-août avant d'avoir résolu des problèmes. Au 1er septembre, les branchements ont repris en Bretagne ainsi qu'en Champagne-Ardenne, une fois l'essentiel des difficultés réglées. Les responsables de l'opération estiment qu'il s'agit d'un "bug" tout à fait normal pour un projet informatique d'une telle ampleur.

3. L'attitude des professionnels de santé

Ces mêmes responsables considèrent qu'on ne constate plus de résistance culturelle des médecins à l'informatisation, jusqu'au niveau des syndicats représentatifs qui se déclarent favorables au processus engagé. Le deuxième verrou, la crédibilité technique du projet, étant en passe de sauter aussi, le débat s'est déplacé sur les conditions d'accompagnement. Admettant implicitement qu'il a été néfaste de proposer une première aide à l'investissement matériel alors que la télétransmission, qui a un coût régulier pour les médecins, procurera un bénéfice collectif, la ministre de l'emploi et de la solidarité a donc accepté, lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre 1998, le principe d'une rémunération pérenne de la télétransmission (voir ci-dessous extraits du discours de Mme Martine Aubry). La discussion est donc ouverte, mais il ne faut pas perdre de vue qu'elle s'inscrit dans le cadre conventionnel général qui se négocie actuellement dans un climat tendu.

4. La carte Sesam-Vitale 2

Compte tenu des décisions du Conseil d'Etat qui a remis en cause la possibilité de renvoyer à un décret la définition du volet d'informations médicales (VIM), c'est au Parlement qu'il appartiendra de définir, dans un projet déposé en 1999, Sesam-Vitale 2 et en particulier les droits des porteurs de carte. Actuellement on s'oriente vers un compromis sur le contenu du VIM : essentiellement des données d'urgence et des adresses mais pas seulement cela. Une simple adresse (voir fichier du docteur X ou du laboratoire Z) serait de peu d'intérêt. Il faut indiquer à quoi elle correspond (il y a eu tel type d'examen, voyez les fichiers du docteur X et du laboratoire Z). Le VIM ne serait donc ni un dossier médical portable ni un pur système d'adresses électroniques.

Cette modification législative aura pour effet de retarder la diffusion des cartes individuelles Sesam-Vitale 2 qui devait, en principe s'achever au 31 décembre 1999. Le délai nécessaire au vote de la loi rend désormais peu probable le respect de ce calendrier.

II. - L'ANALYSE DE LA COUR DES COMPTES

L'analyse que fait la Cour des comptes dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale pour 1998 converge largement avec celle de la mission d'information, notamment sur le défaut de pilotage par l'Etat, et apporte de très intéressantes précisions sur le coût passé et à venir du projet.

1. Un calendrier étalé sur vingt ans

Selon la Cour, et pour résumer, Sesam-Vitale se caractérise d'abord par la lenteur qui a affecté son développement. Les premières réflexions sur le projet sont nées à la CNAMTS dès 1978 mais la généralisation de la carte Vitale 1 n'a pu commencer en Bretagne qu'en avril 1998, et celle de la carte Vitale 2 avec son volet d'informations médicales est repoussée au-delà de l'an 2000. L'étalement du projet sur une période aussi longue s'explique pour une part par l'absence d'échéancier contraignant avant 1996. Mais ce retard s'explique surtout par la confusion qui règne encore sur les objectifs du système.

2. La multiplicité des acteurs et des objectifs

La CNAMTS a longtemps favorisé l'objectif d'une meilleure productivité. SESAM-VITALE rend de plus possible la mise en place d'un système d'information de l'assurance maladie, à condition toutefois que le codage des actes et des pathologies soit rapidement achevé. Les ordonnances d'avril 1996 se concentrent sur la carte Vitale 2 attribuée à tout bénéficiaire de l'assurance maladie dans une optique d'amélioration de la qualité des soins. Les défauts de pilotage du projet, en l'absence d'une clarification réelle des responsabilités entre l'Etat, la CNAMTS et les organismes opérationnels, ont également été lourds de conséquences.

L'attribution à la CNAMTS de la maîtrise d'ouvrage n'a pas permis de clarifier suffisamment les responsabilités. La justification de l'investissement global ne provient pas en effet uniquement de la CNAMTS, mais de l'ensemble des organismes d'assurance maladie. C'est l'Etat qui, seul, a la légitimité pour assurer la cohérence d'ensemble. Il n'a pas assumé cette responsabilité de manière suffisamment claire, préférant créer des organismes au pouvoir limité, division de l'informatique et des nouvelles technologies à la direction de la sécurité sociale (DINT), Conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS), mission de coordination sur l'informatisation de la santé, tout en revenant de fait sur la maîtrise d'ouvrage de la CNAMTS par ses décisions sur le Réseau santé social et le chiffrage de la carte CPS.

3. L'absence de pilotage du projet

La multiplicité des acteurs et des objectifs et les défauts de pilotage ont conduit à une instabilité des choix, alimentant de nouveaux délais. Tout ceci a également empêché le déroulement d'une expérimentation du système cible et

rendu délicate l'association des professionnels de santé qui n'avait pas été recherchée au départ.

De ces incertitudes ont résulté de multiples dysfonctionnements : la domination pendant plusieurs années d'une logique "propriétaire" dans la création des machines et des réseaux, un recours insuffisant au marché pour des tâches ne relevant pas des fonctions de l'assurance-maladie (personnalisation), une réflexion insuffisante sur la sécurité des hésitations dans la conciliation entre télétransmission et travail des caisses primaires, une politique de communication et d'expérimentation défailante. Mais c'est dans le domaine des relations avec les professionnels de santé que la conduite du projet s'est avérée la plus déficiente. En particulier, les conditions de la participation financière de l'assurance maladie à leur informatisation apparaissent dictées par l'urgence et la nécessité de compenser les handicaps de présentation initiale.

La réussite de la diffusion de la carte Vitale 2 impose par conséquent une clarification des objectifs visés et un renforcement de l'efficacité du pilotage du projet.

4. Un suivi partiel des coûts

L'examen des coûts rendu difficile par l'absence de suivi véritable en ce domaine montre que le développement du projet SESAM-VITALE a entraîné des dépenses importantes : plus de 660 millions de francs (francs courants) de 1984 à 1997. Les dépenses prévisibles à moyen terme sont de l'ordre de 7 milliards de francs en intégrant la diffusion des cartes Vitale 2 mais pas l'installation de la carte du professionnel de santé et de Vitale 2 dans les hôpitaux.

III. - LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT

Dès le mois de juillet, Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité a souhaité replacer le processus d'informatisation dans le cadre d'une politique de santé visant la recherche de la qualité et plus précisément dans ce qu'on pourrait appeler " le chapitre amélioration des conditions d'exercice de la responsabilité professionnelle des médecins et des autres acteurs du système de soins ". Dans ce chapitre figurent d'autres réformes structurelles portant sur la réforme de la nomenclature, la construction et diffusion de recommandations de bonne pratique et la formation continue. La ministre a donc indiqué que l'outil informatique avec des référentiels, des logiciels d'aide à la prescription, un système d'alerte sanitaire, serait réorienté comme un instrument favorisant la qualité des soins.

Cette orientation a été confirmée plus solennellement lors de la dernière réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Extrait du discours de Mme Martine Aubry devant la Commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre 1998

" En mai 1997, quelle était la situation de l'informatisation de notre système de santé ? Trois chantiers étaient ouverts : Sesam-Vitale, Cartes de professionnel de santé (CPS), Réseau santé social (RSS). Ils souffraient d'un manque total de coordination et butaient sur des difficultés techniques. Les médecins étaient opposés à une informatisation qui se limitait au seul projet de télétransmission des feuilles de soins et qui apparaissait comme un instrument de contrôle et de coercition.

Nous avons relancé l'informatisation en la replaçant dans sa véritable perspective qui est d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels tout en facilitant les relations entre les caisses et les assurés sociaux. Le mouvement d'informatisation est aujourd'hui en cours, 50 % des médecins sont équipés contre 30 % il y a un an. En créant une mission à l'informatisation nous avons donné une cohérence aux diverses initiatives qui concourent à ce projet. Le réseau santé social a été mis en place. Les applications proposées sur le réseau vont se développer à partir d'octobre. L'exercice quotidien de la médecine va être progressivement transformé par les logiciels d'aide à la prescription, le développement de la télé-médecine, la constitution de réseaux de communication entre professionnels de santé. Ainsi, de nouvelles références pour la prescription des antibiotiques vont être établies en octobre par l'ANAES ; grâce au RSS, leur diffusion sera immédiate auprès

de tous les médecins. Les médecins pourront également grâce à leur ordinateur, relié à un réseau d'informations, rédiger leurs prescriptions en vérifiant leur efficacité et leur coût sans risque d'erreur sur les interactions médicamenteuses.

Ce sont là des finalités majeures et essentielles de l'informatisation. Je suis néanmoins attentive aux réactions des professionnels de santé. Ainsi, les difficultés que rencontre actuellement la télétransmission en Bretagne devront pouvoir être surmontées. De même, les professionnels insistent sur les coûts de fonctionnement de la transmission. Je crois, en effet qu'il faut que les caisses étudient avec eux les conditions d'une aide pérenne destinée à couvrir ces coûts. ”

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales, lors de sa séance du 14 octobre 1998, a autorisé, en application de l'article 145 du Règlement, la publication d'un rapport d'information sur l'informatisation du système de santé présenté par M. Jean-Paul Bacquet.

N° 1139.- Rapport d'information de M. Jean-Paul Bacquet, déposé en application de l'article 145 du Règlement *par la commission des affaires culturelles*, sur l'informatisation du système de santé.