



Année 2014 - N°129

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité :

MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Anne-Marie TROPTARD
Née le 11/05/1984 À Rennes.

ÉTUDE DES MOTIFS DE NON-TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS PAR LES MÉDECINS EN FRANCE

Président de Thèse : Pr Françoise STOLL-KELLER
Directeur de Thèse : Dr Claude BRONNER

“Le temps met tout en lumière.”

Thalès

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain
Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16) M. SIBILIA Jean
Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert

Edition SEPTEMBRE 2013
 Année universitaire 2013-2014

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
 DE STRASBOURG (HUS)**



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétiq ue humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
BEAUJEU Remy P0008	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie vasculaire diagnostique et interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil et Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BELLOCQ Jean-Pierre (6) P0010	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
BERGERAT Jean-Pierre P0011	NRPô CS	• Pôle d'Oncologie et d'hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
BERTHEL Marc (2) (8) P0012	S/nb Cons	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des urgences médico-chirurgicales / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLICKLÉ Jean-Frédéric P0015	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie-Hygiène-COREVI - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
Mme BOURGARIT ép. DURAND Anne P0019	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / Méd.B - HC	53.01 Médecine Interne
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
BOUSQUET Pascal P0021	NRPô NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	RPô CS	• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/ Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
BURSZTEJN Claude P0024	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04	Pédopsychiatrie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CANTINEAU Alain (2) (7) P0026	S/Nb	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CAZENAVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01	Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel (6) P0042	NRPô CS CSp	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales/ Nouvel Hôpital Civil - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS	45.03	Option : Maladies infectieuses
CLAVERT Jean-Michel P0043	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	RPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis P0058	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et radio-pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel (6) P0053	RPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne P0054	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick P0056	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
DURAND Emmanuel P0050	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel P0061	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A - Imagerie interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH et Trait d'Union - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0066	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01	Médecine Interne
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel P0069	NRP0 NCS	• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUT Jean-Pierre (1) P0070	S/nb	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel P0073	NRP0 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncologie et d'hématologie - Service d'Oncologie et d'hématologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076	NRP0 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
JACQMIN Didier P0077	NRP0 NCS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, diabète, nutrition et addictologie - Médicale B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie Médecine Interne / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre P0082	NRP0 CS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KRETZ Jean Georges P0088	RP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncologie et d'hématologie - Service d'Oncologie et d'hématologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	NRP0 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUTZ Patrick P0095	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1) P0096	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
MANGIN Patrice (3)	NCS	(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10) - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian P0097	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARESCAUX Jacques (5) (7)	S/Nb Cons	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MULLER André P0110	NRP6 CS	• Pôle tête et cou - CETD - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique
MUTTER Didier P0111	NRP6 CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	RP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
PASQUALI Jean-Louis P0116	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel (5) (7) P0120	S/Nb Cons	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Centre Hospitalier de Mulhouse	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POTTECHER Thierry (2) (8) P0121	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / HP - Unité de simulation pédagogique / Faculté de Médecine	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
FOURQUIÉ Olivier (3) (Détachement D.R.) P0122	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biochimie et de biologie moléculaire /HP - Institut de Génétique Biologique Moléculaire et Cellulaire	44.03	Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	44.04	Nutrition
Mme QUOIX Elisabeth P0124	RP0 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 NCS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale, thoracique et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANDNER Guy P0141	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUSSINE Christian P0143	NRP0 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme STOLL-KELLER Françoise P0151	NRP0 CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (option biologique)
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	RP0 CS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe P0154	NRP0 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Institut Universitaire de Rééducation Clemenceau / IURC	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie de soins de suite et réadaptation / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Amaud P0161	NRP0 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
Mme WILK Astrid (2) (8) P0163	S/mb Cons	• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée P0165	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil 	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

Pô : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2014

(2) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2015

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2014

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2016

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2014

(8) Consultant hospitalier (pour une 2eme année) --> 31.08.2014

(9) Consultant hospitalier (pour une 3eme année) --> 31.08.2014

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes/Nouvel Hôpital Civil	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris M0002		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique/ Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme la Dre ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hautepierre	42.02 Cytologie et histologie (Option biologique)
Dr BARRIERE Philippe (disponibilité a/c 01.10.13) M0004		• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme BARTH Heidi M0005		• Pôle de Biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
BARUTHIO Joseph M0006		• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle M0007		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume M0009		• Pôle d'imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et radiopédiatrique/ Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie M0011		• Pôle de santé publique et de santé au travail - Service de Pathologie et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
Dr CHARLES Yann-Philippe M0013		• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier M0015		• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
Dr COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle tête-cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier M0019		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola M0020		• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice (disponibilité a/c du 01.09.13) M0022		• Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane M0023		• Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Dr FILISETTI Denis M0025		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth M0026	CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Hautepierre	47.04 Génétique (option biologique)
Dr FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre M0028		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr GERELLI Sébastien M0029		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Dr GOETZ Christian M0030		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOUNOT Daniel M0031	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine Pôle de biologie Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric M0032	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Dr HUBELE Fabrice M0033	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'Imagerie Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dre JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEHL François M0035	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0039	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dre KOSCINSKI Isabelle M0037	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biologie de la reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane M0038	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'imagerie Service Imagerie 2 - Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et radio-pédiatrique/HP 	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Dre LACREUSE Isabelle M0039	<ul style="list-style-type: none"> Pôle médico-chirurgical de pédiatrie Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre 	54.02	Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie M0040	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice M0041	<ul style="list-style-type: none"> Institut d'Histologie / Faculté de Médecine Pôle de biologie Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas M0042	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr LAVIGNE Thierry M0043	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM et HUS Equipe opérationnelle d'Hygiène 	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie M0044	<ul style="list-style-type: none"> Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine Pôle d'Odontologie Service de Radiologie / Centre de soins dentaires 	42.01	Anatomie (option clinique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine 	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER- WOLF Evelyne M0090	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie
Dr LUTZ Jean-Christophe M0046	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC 	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC 	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Dr MOREAU François M0048	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) Service d'Endocrinologie, de diabète, nutrition et addictologie - Médicale B / Hôpital Civil 	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option biologique)
PELACCIA Thierry M0051	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'Anesthésie / réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR Service SAMU/SMUR 	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Dr PENCREAC'H Erwan M0052	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de Biologie Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS 	45.02	Parasitologie et mycologie
PIQUARD François M0054	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de Pathologie thoracique Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie (option biologique)
Dr POTTECHER Julien M0055	<ul style="list-style-type: none"> Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre 	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
POULET Patrick M0056	<ul style="list-style-type: none"> Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine Pôle de biologie Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles M0057	<ul style="list-style-type: none"> Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058	• Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil		47.03 Immunologie (option biologique)
RIEDEL Philippe M0059	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2) M0060	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC		44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Dr ROMAIN Benoît M0061	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP		53.02 Chirurgie générale
ROUSSEL Guy (retraite au 01.02.2014)	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC		44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte M0062	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr SAULEAU Erik-André M0063	• Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC		46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien M0064	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane M0065	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme SCHMITT Fabienne M0066	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC		44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule M0067	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté		45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Dr SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté		45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Dre SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre		50.01 Rhumatologie
Dr TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC		44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius M0071	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr TRACQUI Antoine M0072	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine		46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil		47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent M0074	• Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil		47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine M0075	• Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile M0076	• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC		44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	M0078	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	M0079	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	M0080	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
Mme RASMUSSEN Anne	M0081	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2015)

C2 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre JUNG Catherine	M0083	Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011 / 31.08.2014)
Dr GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (1.09.2011 au 31.08.2014)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (1.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (1.11.2013 au 31.08.2016)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DESPREZ Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation médico-chirurgicale pédiatrique spécialisée / Hôpital de Hautepierre
Dr FAVRE Romain	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Mme Dre FLESCH Françoise	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie de Soins de Longue Durée / Hôpital de la Robertsau - Service de Gériatrie Hébergement gériatrique / EHPAD - Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membres de l'Institut)**
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2011 au 31 août 2014)**
JAECK Daniel (Chirurgie générale)
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne)
- o **pour trois ans (1er septembre 2012 au 31 août 2015)**
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie)
PATRIS Michel (Psychiatrie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2013 au 31 août 2016)**
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.)
OUDET Pierre (Biologie cellulaire)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc	IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015)
--------------	---

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'Uds (2012-2013)

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013)
Dr FAVRE Romain	Gynécologie-Obstétrique
Dr GAGHET Christian	Hématologie (01.09.2012 au 31.08.2015)
Dr HANAU Daniel	Immunologie (01.09.2012 au 31.08.2013)
Dr LAND Walter G.	Immunologie biologique (2013-2014 à 2015-2016)
Dr REIS Jacques	Médecine légale et droit de la santé (2012-2013)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.98
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	MAITROT Daniel (Neurochirurgie) / 01.09.11
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JAEGER Albert (Réanimation médicale) / 01.09.12	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIEN Truong Thai (Parasitologie) / 01.09.03	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Straus" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé (1^{er} septembre 2011)
Mme Marion BERNARD-SCHWEITZER, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1^{er} juillet 2011)

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

REMERCIEMENTS

À l'issue de la rédaction de cette étude, je suis convaincue que la thèse est loin d'être un travail solitaire. Je n'aurais jamais pu réaliser ce travail doctoral sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser.

À Madame la Professeur STOLL-KELLER, Professeur et chef de service du Laboratoire de Virologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et Présidente de ma thèse.

Je vous remercie pour le temps consacré à la lecture de cette thèse et de m'avoir fait l'honneur d'en accepter la présidence.

À Monsieur le Docteur BRONNER, Médecin généraliste à Strasbourg et directeur de ma thèse.

C'est avec toi, Claude, que j'ai fait mes premiers pas en médecine générale. Tu m'as confortée dans ma conviction de l'aspect humaniste de la médecine, tout en m'enseignant la démarche clinique. Tu es un modèle pour la relation que tu entretiens avec tes patients. Merci d'avoir été mon directeur de thèse.

À Monsieur le Professeur CINQUALBRE, Professeur honoraire de Chirurgie générale.

Vos encouragements ont été précieux. Pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté au sujet et pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Je vous remercie sincèrement.

À Monsieur le Professeur BONAHE, Professeur en histoire des sciences de la vie et de la santé à l'Université de Strasbourg.

Je vous remercie pour votre disponibilité et l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être membre de mon jury de thèse.

À Monsieur le Professeur VELTEN, Professeur en épidémiologie et économie de la santé à l'université de Strasbourg.

Je vous remercie pour vos conseils et pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aussi gentiment d'être membre de mon jury de thèse.

Merci à toute l'équipe du centre de traitements des feuilles de soins de la CPAM de Bischwiller pour leur accueil lors de la journée du 24 avril 2013 :

Monsieur Patrick SCHAUB, responsable du département "prestations en nature" à la CPAM du Bas-Rhin.

Madame Anne Marie VOEGELE, responsable adjointe du site de traitement des feuilles de soins de BISCHWILLER.

Madame Anita BLOCK, correspondante informatique des services de la CPAM. Ils ont su répondre à mes questions et m'ont été d'une grande aide dans la compréhension de la procédure des remboursements des soins.

Un grand merci également à tous les médecins qui ont acceptés de répondre à mon questionnaire. Merci pour vos encouragements et vos commentaires pleins d'humour.

Mes remerciements vont aussi à ma famille et mes amis qui, avec cette question récurrente, « Quand est-ce que tu la soutiens cette thèse ? », bien qu'angoissante, m'a permis de ne jamais dévier de mon objectif final.

Un grand merci à Aymeric pour son soutien aussi bien technique que moral et pour l'intérêt qu'il a porté à cette thèse.

Merci à mon Antoine, ma locomotive !

TABLE DES MATIÈRES

LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	29
INTRODUCTION.....	33
CHAPITRE – I LE SYSTÈME SESAM-VITALE.....	37
A - LES AMBITIONS DU PROJET SESAM-VITALE.....	39
1 - L'INFORMATISATION DE LA SANTÉ.....	40
2 - DES ÉCONOMIES DE GESTION POUR L'ASSURANCE MALADIE.....	42
A) LE TRAITEMENT D'UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER.....	42
◆ La première étape pour la feuille de soins papier est le passage au scanner.	44
◆ L'étape suivante est la vidéocorrection ou vidéocodage.....	45
B) LE TRAITEMENT D'UNE FEUILLE DE SOINS ÉLECTRONIQUE.....	47
3 - UNE MEILLEURE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ.....	49
A) UN SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES ACTES ET LES PATHOLOGIES INCOMPLET.....	49
B) LA CCAM, UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DE CODAGE.....	50
4 - UN MEILLEUR SERVICE POUR LES ASSURÉS ET POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	54
A) UNE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE ET DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES.....	54
B) UNE FIABILITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES.....	54
C) LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT FAVORISÉ PAR LA TÉLÉTRANSMISSION.....	54
B - LE PILOTAGE ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME SESAM-VITALE.....	56
1 - LE PILOTAGE DU PROJET SESAM-VITALE.....	56
A) LE GIE SESAM-VITALE.....	56
B) LE GIP-CPS ET L'ASIP SANTÉ.....	58
2 - LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME SESAM-VITALE ET SON PERFECTIONNEMENT PROGRESSIF...	59
A) LA CARTE À MICROPROCESSEUR.....	59
◆ Premières Expérimentations de Carte de santé à mémoire.....	60
◆ La carte Vitale.....	61
◆ Les générations de cartes Vitale.....	63
La carte Vitale 1.....	63
Puis la carte Vitale 2 et son volet santé.....	65
B) LE SERVICE DE MISE À JOUR DES CARTES VITALE.....	67
C) LA CARTE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU CPS.....	69
◆ Son rôle et son fonctionnement.....	70
D) L'ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR TÉLÉTRANSMETTRE.....	76
◆ Les logiciels de télétransmission et les logiciels de professionnel de santé.....	76
◆ Les lecteurs de facturation SESAM-Vitale.....	77
Les lecteurs fixes de facturation SESAM-Vitale.....	77
Les lecteurs portables de facturation SESAM-Vitale.....	78
Dispositifs autonomes ou Dispositif Intégré Portable.....	79
Les Lecteurs multi-cartes.....	79
◆ L'agrément SESAM-Vitale.....	83
◆ Des lecteurs NF-CPS ou PC/SC.....	84

e) LE RÉSEAU.....	85
f) LES NORMES DE TÉLÉTRANSMISSION.....	86
◆ La Norme B2.....	86
◆ La Norme NOEMIE.....	86
g) L'INFRASTRUCTURE DE RÉCEPTION DES FLUX DE L'ASSURANCE MALADIE.....	87
h) LA PROCÉDURE DE TÉLÉTRANSMISSION.....	88
i) LES SERVICES EN LIGNE.....	90
C - LA COMPLEXITÉ DU PROJET SESAM-VITALE.....	92
1 - LA CONTRAINTE DE L'INFORMATISATION DU CORPS MÉDICAL.....	94
a) UNE RÉVOLUTION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	94
b) LES INCITATIONS DES AUTORITÉS À L'INFORMATISATION.....	96
c) LES MÉDECINS SONT CRITIQUÉS COMME RÉFRACTAIRES À L'INFORMATISATION.....	97
d) LE DÉMARRAGE DE SESAM-VITALE MARQUÉ PAR UNE OPPOSITION FORTE.....	99
2 - LA PLANIFICATION POLITIQUE IMPARFAITE DU PROJET SESAM-VITALE.....	100
a) DES OBJECTIFS TÉNÉBREUX.....	100
b) UN PILOTAGE EFFACÉ ET UN MANQUE DE RÉFÉRENTIEL TECHNIQUE GLOBAL.....	102
c) LES DIFFICULTÉS DE COORDINATION DES NOMBREUX ACTEURS.....	104
d) UN PROJET QUI TRAÎNE EN LONGUEUR.....	107
3 - LES CONTRAINTES ET LES ERREURS TECHNIQUES DU SYSTÈME SESAM-VITALE.....	109
a) LES FOURNITURES SESAM-VITALE.....	109
b) LA LOURDEUR DE L'ARCHITECTURE LECTEUR DE CARTES-POSTE DE TRAVAIL.....	114
c) LES PROBLÈMES D'INTEROPÉRABILITÉ.....	117
d) LA CONTRE-PARTIE DES MÉDECINS À LEUR PARTICIPATION AU SYSTÈME D'INFORMATION.....	120
4 - UNE CARTE VITALE HAUTE TECHNOLOGIE MAIS INADAPTÉE AUX BESOINS.....	126
a) LA CHAÎNE DE FABRICATION DE LA CARTE VITALE.....	126
◆ Deux succès pour Morpho dans le domaine des cartes Vitales.....	127
◆ L'atelier de personnalisation de la carte Vitale du Val-d'Oise.....	129
b) L'INFRASTRUCTURE D'ÉMISSION DES CARTES VITALE (IEC).....	130
c) DES FAILLES DE SÉCURITÉS DANS LE SYSTÈME SESAM-VITALE.....	133
◆ Le masque propriétaire de la carte Vitale.....	133
◆ La sécurité délicate des informations de la santé.....	134
◆ Les informations de la carte Vitale 1 en lecture libre.....	135
◆ Un système de cryptographie conforme mais non activé dans Vitale 2.....	137
5 - LE COÛT DU PROJET MAL ÉVALUÉ.....	139
a) LES AIDES POUR TÉLÉTRANSMETTRE COÛTEUSES.....	140
b) UNE CARTE VITALE 2 NON SÉCURISÉE DÉCORÉE D'UNE PHOTO À 40 MILLIONS D'EUROS.....	141
◆ La photographie de la carte Vitale 2 augmente les coûts de gestion.....	141
◆ Une photographie peu utile.....	143

D - DES AIDES PUIS DES SANCTIONS POUR IMPOSER LA TÉLÉTRANSMISSION.....145

1 - L'ÉVOLUTION DES AIDES VERS « LA PRIME À LA PERFORMANCE ».....	145
2 - DES PÉNALITÉS POUR REFUS DE TÉLÉTRANSMETTRE DES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES.....	147
A)UNE SANCTION PRÉVUE DÈS 1996.....	147
B)UNE CONTRIBUTION FORFAITAIRE PAR « EXCÈS DE POUVOIR ».....	147
C)LA SANCTION PRÉVUE PAR L'AVENANT N°2	149
D)LA PROCÉDURE DE SANCTION.....	150

E - BILAN DES TÉLÉTRANSMISSIONS.....151**CHAPITRE – II ÉTUDE DES MOTIFS DE NON-TÉLÉTRANSMISSION DES MÉDECINS FRANÇAIS.....157****A - MÉTHODOLOGIE.....159**

1 - L'ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	159
A)LE PREMIER QUESTIONNAIRE DE MÉMOIRE DE DES DIFFUSÉ EN ALSACE.....	159
B)LE QUESTIONNAIRE DE THÈSE DIFFUSÉ DANS TOUTE LA FRANCE.....	161
◆ La première page.....	161
◆ La deuxième page.....	161
◆ La troisième page.....	162
2 - LA DIFFUSION.....	166

B - RÉSULTATS.....169

1 - CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE.....	169
A)LEUR ÂGE.....	169
B)L'ORGANISATION DE LEUR CABINET.....	170
C)LEURS AVIS SUR LA TÉLÉTRANSMISSION.....	172
D)LEURS HABITUDES DE FACTURATION ET DE TÉLÉTRANSMISSION.....	173
2 - LA PART DE RESPONSABILITÉ DE CHAQUE FREIN DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.....	177
3 - LES MÉDECINS « NON-CONVAINCUS » ET LES MÉDECINS « NON-TÉLÉTRANSMETTEURS ».....	182
A)L'AGE.....	183
B)L'ORGANISATION DU CABINET.....	186
C)LEURS HABITUDES DE PAIEMENTS ET DE TÉLÉTRANSMISSION.....	188
D)LES AVIS DES « NON TÉLÉTRANSMETTEURS ».....	194
E)LES RAISONS DE NE PAS TÉLÉTRANSMETTRE.....	198
F)LES CAUSES DE NON-TÉLÉTRANSMISSION POUR L'ÉCHANTILLON DES « NON-CONVAINCUS ».....	207

C - DISCUSSIONS.....208

1 - LA PART DE RESPONSABILITÉ DE LA CPAM DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.....	210
A) L'ATTRIBUTION DES CARTES AUX ASSURÉS.....	210
B) LA TÉLÉTRANSMISSION DE TOUTES LES FEUILLES DE SOINS IMPOSSIBLE TECHNIQUEMENT.....	215
◆ Les accidents de travail.....	215
◆ Une CCAM imparfaite et bien peu réactive.....	217
C) LE CONTRÔLE DES REMBOURSEMENTS INDISPENSABLE ET FASTIDUEUX.....	221
◆ Un système de retour vers les médecins toujours en évolution.....	221
◆ Des erreurs de remboursements toujours présentes malgré l'informatique.....	227
D) UNE CPAM DIFFICILEMENT ACCESSIBLE MÊME POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	228
2 - LA RESPONSABILITÉ DES PATIENTS DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.....	230
A) LA SITUATION DES CMUISTES.....	231
B) LES DIFFICULTÉS DES MÉDECINS ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES (ACP).....	236
C) LA TÉLÉTRANSMISSION EN MODE DÉGRADÉ.....	237
D) VERS LA DISPARITION DES CARTES VITALE ?.....	238
◆ Le système « sans contact mobile » ou RFID.....	238
◆ La reconnaissance faciale.....	240
◆ Le projet Smartphone-Santé de Morpho et Orange.....	241
3 - ET LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ?.....	244
A) DES « NON-TÉLÉTRANSMETTEURS » ET « NON-CONVAINCUS » ÂGÉS.....	245
◆ La non-télétransmission ne s'explique plus par un retard d'informatisation des cabinets médicaux.....	246
◆ Un investissement pour télétransmettre coûteux.....	247
B) UNE AUGMENTATION DU TEMPS DE TRAVAIL POUR TÉLÉTRANSMETTRE.....	249
C) L'IMPRESSION D'ÊTRE RÉDUIT DANS SON LIBÉRALISME ET D'ÊTRE CONTRÔLÉ.....	253
4 - L'ORGANISATION DU CABINET DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.....	255
A) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION PRÉPONDÉRANTE DANS LES CABINETS INDIVIDUELS.....	255
B) LA TÉLÉTRANSMISSION ET LE TIERS-PAYANT.....	256
C) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES VISITES.....	257
D) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION À L'HÔPITAL.....	258
5 - LA RESPONSABILITÉ DU SYSTÈME INFORMATIQUE DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.....	260
A) LE CHOIX DU MATÉRIEL DE TÉLÉTRANSMISSION : PAS SIMPLE.....	260
B) LA CASE DE L'ONCLE LOTH.....	261

CONCLUSION.....	262
BIBLIOGRAPHIE.....	265
LES ANNEXES.....	272
ANNEXE A – CONVERSATION ÉLECTRONIQUE AVEC LE « WEBMASTER » DU SITE GIE-SESAM-VITALE.	273
ANNEXE B – LES INTERVIEWS DE TROIS MÉDECINS GÉNÉRALISTES	275
A) L'INTERVIEW DE DR A.....	275
B) L'INTERVIEW DE DR B :.....	276
C) L'INTERVIEW DE DR C.....	278
ANNEXE C – LES MOTIFS DE RÉALISATION D'UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER DES 94 MÉDECINS AYANT COCHÉS LA CASE « AUTRES » À LA QUESTION N°8.....	281
ANNEXE D – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉPONSES À LA QUESTION N°8.....	283
INDEX DES ILLUSTRATIONS.....	284

LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AAT : Avis d'Arrêt de Travail.

ACP : Anatomocytopathologistes.

ALD : Affection de Longue Durée.

AMC : Assurance Maladie Complémentaire.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

API : Application Programming Interface.

ARL : Accusé de Réception Logique.

ASFA : Association départementale de gestion des services d'intérêt familial.

ASIP Santé : Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé.

BDO : Base de Données Opérantes.

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.

CdAM : Catalogue des Actes Médicaux.

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CNEX : Centre National d'Expérimentation.

CNAMTS ou CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CNDA : Centre National de Dépôt et d'Agrément.

CNEDiMTS : Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPS : Carte d'identification du Professionnel de Santé.

CSMF : Confédération des Syndicaux Médicaux Français.

CSS : Code de la Sécurité Sociale.

CTI : Centre de Traitement Informatique.

DRE : Demandes de Remboursement Électroniques.

DMP : Dossier Médical Personnel.

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ETM : Exonération du Ticket Modérateur.

FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

FNPS : Fichier National des Professionnels de Santé.

FORMMEL : Fond d'Organisation et de Modernisation de la Médecine Libérale.

FSE : Feuilles de Soins Électroniques.

FSP: Feuilles de Soins Papier.

GALSS : Gestionnaire d'Accès aux Lecteurs Santé Social.

GED : Gestion électronique des documents.

GIE : Groupement d'Intérêt Économique.

GIP-CPS : Groupement d'Intérêt Public-Carte des Professionnels de santé.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

IAS : Identification, Authentification, Signature.

IEC : Infrastructure d'Émission des Cartes.

JORF : Journal Officiel de la République Française.

LAD : Lecture Automatique de Documents.

LPS : Logiciel de Professionnel de Santé.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

NOEMIE : Norme Ouverte d'Échange pour la Maladie et les Intervenants Extérieurs.

PEC : Portail d'Émission des Cartes.

PIFS : Plan Informatique Santé Français.

PSS : Protocole Santé-Social.

RAD : Reconnaissance Automatique de Documents.

RAC : Référentiel Accès Carte.

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.

RSS : Réseau de santé sociale.

RSP : Rejet, Signalement, Paiement.

RSV : Réseau de SESAM-Vitale.

SESAM : Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie.

SML : Syndicat des Médecins Libéraux.

SMTP : Simple Mail Transfer Protocol.

SRT : Services de Réglementation et Tarification de la part AMO.

SSV : Services SESAM Vitale.

STS : Services de Tarification Spécifique.

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication.

TLA : Terminal Lecteur Applicatif.

TPE : Terminal de Paiement Électroniques.

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

VIM: Volet d'Informations Médicales.

INTRODUCTION

C'est durant mes stages en médecine ambulatoire que j'ai découvert ce qu'est le système SESAM-Vitale. Ce système, moderne et harmonieusement adapté aux contraintes du paiement des honoraires des professionnels de santé m'a paru tout de suite indispensable à la pratique de la médecine générale. Néanmoins, les inhomogénéités de fonctionnement et d'utilisation de SESAM-Vitale d'un cabinet à l'autre et d'un médecin à l'autre m'ont laissé dubitative d'autant plus que mes questions à ce sujet immanquablement suscitaient effervescence chez mes interlocuteurs. J'ai voulu en savoir plus...

Depuis 2008, le pourcentage de médecins généralistes et spécialistes télétransmettant des feuilles de soins électroniques stagne et même diminue pour les médecins spécialistes. En janvier 2008, on comptait 84,86% médecins généralistes et 67,36% des médecins spécialistes en télétransmission et en avril 2014, on dénombre 87,17% généralistes et 61,89% des spécialistes télétransmettant des Feuilles de Soins Électroniques (FSE) [2]. Un système d'aides à la télétransmission et de sanctions vis-à-vis des réfractaires à la télétransmission a pourtant été mis en place pour augmenter le nombre de professionnels de santé en télétransmission et surtout diminuer le nombre de Feuilles de Soins Papier (FSP) à arriver aux services de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Mais, sans réel succès... sauf à exaspérer les médecins !

Pourquoi les médecins ne télétransmettent-ils donc pas, tous, la totalité de leurs feuilles de soins ? Comment pourrait-on faciliter la télétransmission pour faire disparaître toutes feuilles de soins papier ?

Notre première enquête qualitative auprès de 355 médecins libéraux alsaciens, au début de l'année 2013 nous a permis de dégager les différentes raisons contraignant les médecins aux feuilles de soins papier. Elle étudiait la responsabilité des patients, de la CPAM, de l'organisation du cabinet et aussi des médecins dans la non-télétransmission. Les résultats montrent que les médecins sont pour la grande majorité partisans de la télétransmission qui avantage leurs patients. Les médecins télétransmettent cependant peu leurs visites. Les patients oublient leur carte Vitale ou bien ne l'ont pas encore reçue. Certains obstacles techniques ou organisationnels empêchent également la télétransmission.

Cette nouvelle étude quantitative auprès cette fois des médecins français qu'ils soient généralistes, spécialistes, ambulatoires ou hospitaliers, souhaitent clarifier la part imputable de chaque frein mis en évidence précédemment en Alsace dans la non-télétransmission.

CHAPITRE - I

LE SYSTÈME SESAM-VITALE.

Le besoin naturel de sécurité a conduit l'homme à inventer et à améliorer sans cesse des moyens originaux de protection sociale, basés en grande partie sur le principe de solidarité. La Révolution de 1789 et la Déclaration des droits de l'homme ont introduit une conception nouvelle de l'assistance qui se substitue aux premiers systèmes de solidarités restreintes exercées dans le cadre familial ou des métiers.

Au sortir de la guerre et dans un climat d'incertitude, Alexandre Parodi, ministre du travail et de la Sécurité sociale du premier gouvernement de la France libérée du Général de Gaulle, demande dès septembre 1944 [2] à Pierre Laroque, conseiller d'Etat, de mettre en œuvre le Plan Français de Sécurité sociale. Il le fera en s'appuyant sur les principes du système bismarckien. Son rapport aboutit à la ratification des ordonnances des 4 et 19 Octobre 1945 [2], véritable acte de naissance de notre Sécurité sociale.

Mais, le 27 juin 1979, le premier Ministre Raymond Barre lors de la première réunion de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale présenta un discours inaugural qui abordait un sujet encore aujourd'hui, d'une cruelle actualité bruyante : « *La Sécurité Sociale, dans son ensemble, connaît des difficultés financières massives [...] Le problème financier de la Sécurité sociale résulte du décalage durable qui existe entre le rythme d'accroissement de la dépense et celui de la recette* » [2]. Pour faire des économies, il faut rénover le système de gestion administratif et informatiser le traitement des feuilles de soins. L'idée de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) est de confier la saisie informatique des informations nécessaires aux remboursements, aux professionnels de santé, elle pourra ainsi réaliser des économies.

Le projet se heurte initialement à un refus ministériel mais, face au nombre croissant de feuilles de soins papier, le conseil d'administration décide en 1980 de lancer le projet SESAM-Vitale : Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie. Ce principe associé à la carte Vitale constituera un système de transfert d'informations médico-administratives entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Annoncé comme le chantier du siècle, le projet SESAM-Vitale a bouleversé le système de santé français.

A - LES AMBITIONS DU PROJET SESAM-VITALE.

Ce projet SESAM-Vitale est ancien puisque imaginé dès 1978. Un des objectifs que voulaient atteindre les gestionnaires de caisses d'assurance maladie était de supprimer la double saisie des données par le professionnel de santé et le patient d'une part, et par les caisses d'autre part. On prônait alors la saisie unique à la source à l'aide d'un ordinateur ce qui permettra outre de faire des économies, d'éviter les nombreuses erreurs liées aux traitements manuels et assurera un meilleur contrôle des dépenses de santé. Cet outil devait aussi permettre la transmission des feuilles de soins électroniques à la caisse de l'assuré. Le projet est demeuré longtemps à un stade expérimental jusqu'à la Loi Teulade de 1993 pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les ordonnances Juppé de 1996 et la montée de l'Internet ont également accéléré et généralisé le mouvement d'informatisation des praticiens libéraux dont on a voulu moderniser les outils.

1 - L'INFORMATISATION DE LA SANTÉ.

« De prime abord il serait tentant de considérer que les évolutions en matière de politique de santé publique, et en termes de nouvelles technologies, suivent des voies parallèles. Or si l'on sait depuis quelques siècles que les parallèles se rejoignent à l'infini, il semble qu'en la circonstance la fusion des deux sujets soit déjà à notre porte. » écrivait Mr Yannick MOTEL en Septembre 2000. [3]

L'informatisation des cabinets médicaux s'inscrit au cœur même de la réforme du secteur de la santé voulue par les pouvoirs publics. Les Technologies de l'Information et de la Communication (ou TIC) sont les outils indispensables et stratégiques à la restructuration du secteur de la santé en France afin de permettre une meilleure coordination du système de soins.

En matière d'informatisation du système de santé, les pouvoirs publics veulent poursuivre quatre orientations majeures [4] :

- Faciliter la continuité des soins, dans l'intérêt du malade et de la qualité des soins qui lui sont prodigués.
- Améliorer l'accès à la connaissance et la qualité des pratiques en fournissant aux professionnels de santé des aides en ligne (bases de données, aide à la prescription, formation médicale continue...).
- Développer et enrichir les systèmes d'information de pilotage, afin de mieux connaître les motifs de recours, les pratiques et les coûts (gestion du risque, évaluation, connaissance de l'état de santé de la population...).
- Simplifier, pour les usagers en particulier, les procédures administratives de remboursement et les gérer de manière plus efficace et plus rapide, au travers, en particulier, de la télétransmission des feuilles de soins (système SESAM-Vitale).

« Pour des raisons de maturité relative des projets, la priorité a été donnée en termes de développement au système SESAM-Vitale, qui correspond au quatrième objectif, et qui est, pour l'essentiel, du ressort des organismes d'assurance maladie obligatoire » rapportait en 2001 Mr Villac dans les Annales des Mines. [4]

2 - DES ÉCONOMIES DE GESTION POUR L'ASSURANCE MALADIE.

Pour les caisses, la télétransmission permet de rendre le fonctionnement administratif de l'assurance maladie plus efficace, plus rapide et moins onéreux en substituant à la feuille de soins papier une feuille de soins électronique.

A) LE TRAITEMENT D'UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER

En me rendant au centre de liquidation des prestations à la CPAM de Bischwiller le 24 avril 2013, là où sont traités tous les remboursements des médecins spécialistes et des sages femmes, j'ai pu me rendre compte par moi-même du gain de temps que représentait le traitement automatique d'une feuille de soins électronique. Mme Anne-Marie Voegele, responsable adjointe du site, m'a guidée lors de cette visite, en répondant à mes questions : « *Le service est divisé en deux grandes parties : le secteur du flux interne, où sont traitées les feuilles de soins papier et le secteur du flux externe où sont traitées les feuilles de soins électroniques. Chaque employé reste toutefois polyvalent.* »

Deux mille cinq-cent feuilles de soins papier arrivent encore quotidiennement au centre de Bischwiller. Elles sont traitées selon la méthode du dispositif de scannérisation mise en place à titre subsidiaire par la circulaire CNAMS du 27 septembre 2000 après constatation d'un retard important de remboursement des prestations du fait du nombre croissant de feuilles de soins papier reçues. Une réorganisation en urgence des services de la CPAM avait donc été nécessaire même si déjà à ce moment-là, la télétransmission commençait doucement à se mettre en place.

Ce dispositif de traitement rapide des feuilles de soins papier, comporte une phase de lecture par scanner, une phase de reconnaissance des caractères, puis une phase de vidéocodage.

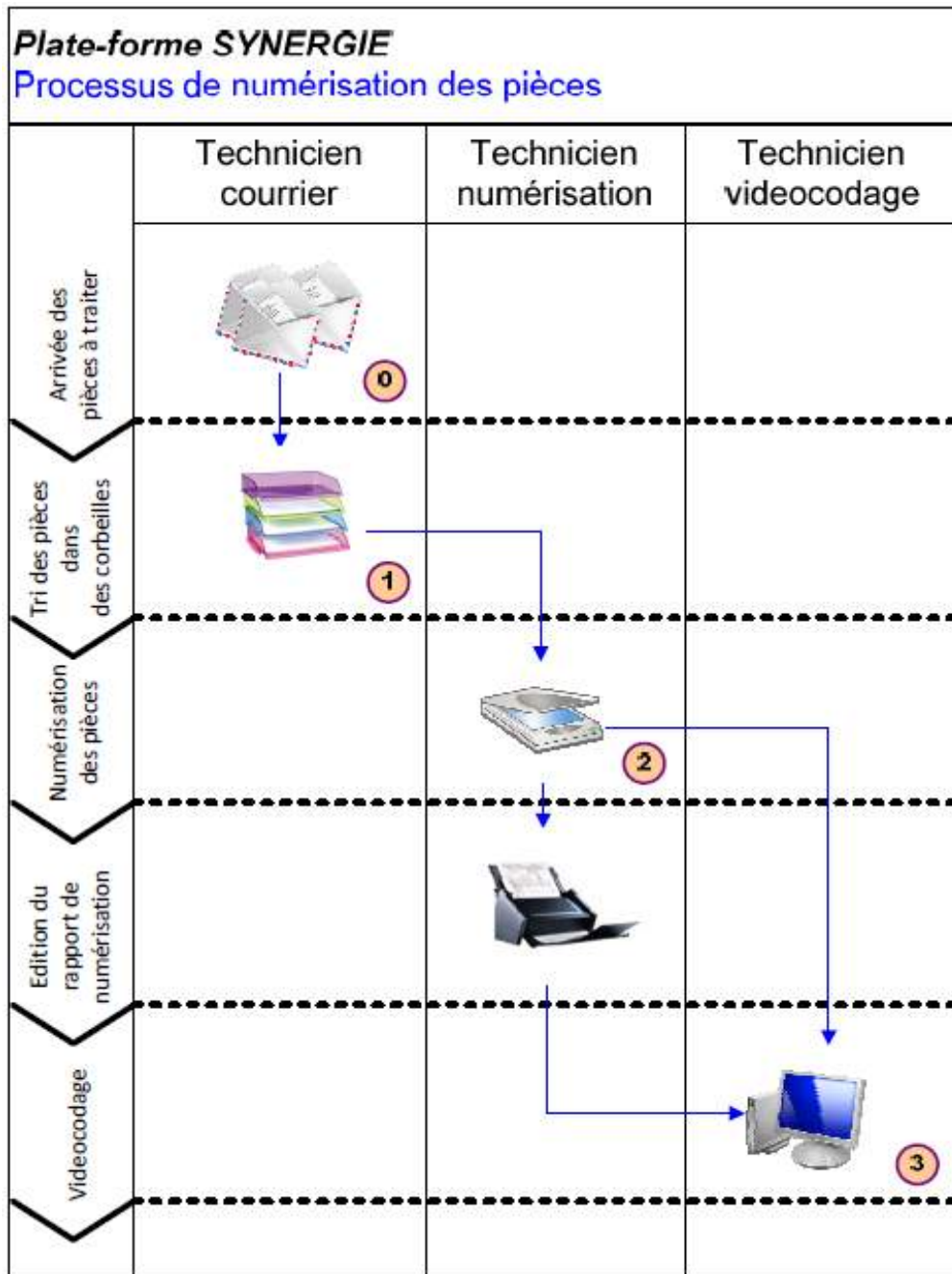


Illustration 1 - Plate-Forme SYNERGIE. Processus de numérisation des pièces[0]

◆ **La première étape pour la feuille de soins papier est le passage au scanner.**

Cette étape est mise en œuvre par le GED (Gestion électronique des documents)-SYNERGIE. La Numérisation ou « scanning » consiste en la lecture optique par procédé de numérisation de l'image ou par lecture optique de caractères. On parle de Lecture Automatique de Documents (LAD) et de Reconnaissance Automatique de Documents (RAD).

Pour cela, une plate-forme de traitement centralisée au service « Courrier » a été mise en place de manière à adapter le volume des flux à traiter aux capacités de lecture des scanners. Un tri des feuilles de soins à l'arrivée est indispensable. Les feuilles de soins papier sont séparées en deux pôles : Tiers-payant ou remboursement aux professionnels de santé et remboursements aux assurés.

Après être scannées, les feuilles de soins papier sont classés en lots de 90, numérotées et expédiées au service « Expert » où elles pourront encore être consultées si nécessaire.

Certaines feuilles de soins papier ne peuvent pas bénéficier de ce système de « scanning » et elles doivent être repérées et rejetées dès leur arrivée au centre de traitement, lors de la phase de vérification de l'exploitabilité. « *Les raisons du rejet sont très souvent des erreurs de codages, de mauvais tarifs appliqués ou d'un nombre d'actes supérieurs à quatre lignes. La date peut également être une cause de rejet, une feuille de soins n'est plus valide après deux ans.* » précise Mme Voegele. Les feuilles de soins papier doivent alors être retournées à l'expéditeur. « *On ne peut pas écrire sur une feuille de soins papier pour quelques raisons que ce soit, c'est interdit !* » me précise une technicienne.

◆ **L'étape suivante est la vidéocorrection ou vidéocodage.**

L'écriture des médecins est parfois difficile à relire par le scanner. Les feuilles de soins papier numérisées doivent alors être relues par une technicienne lorsque la LAD-RAD n'a pas fonctionné. Le système demande confirmation des caractères non lus ou des informations détectées comme erronées (contrôles contextuels) « *en fait, la plupart du temps* » me confie une employée actuellement occupée au vidéocodage. « *On est parfois même obligé de quitter nos fonctions habituelles pour effectuer cette vidéocorrection lorsqu'il y a du retard. C'est un travail fastidieux !* »

Elle en profite pour vérifier la bonne association du nom et du prénom avec le numéro de sécurité sociale inscrit en se connectant au "référentiel des assurés" : BDO (Base de Données Opérantes).

Les règles de remplissage des feuilles de soins papier ne sont pas toujours bien appliquées. « *il faut bien écrire évidemment, mais il faut aussi respecter les cadres de remplissage. Parfois, la signature déborde et Synergie pense alors qu'une case est cochée sur la ligne précédente ou suivante* » intervient une employée. « *Si, à défaut d'une feuille de soins électronique, la feuille de soins papier pouvait être remplie de manière informatique avant l'impression, il y aurait sans doute moins de vidéocorrection !* »

Bien remplir la feuille de soins, c'est faciliter le remboursement de vos patients ! **Médecins**

Avec Vitale, des remboursements en 5 jours. Privilégiez les feuilles de soins électroniques !

Si vous utilisez encore des feuilles de soins papier, voici quelques règles de bon remplissage pour faciliter la scannérisation.

1 Bien respecter les zones de remplissage !

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **PARMENTIERAUX XAVIER**

cochez s'il y a lieu, du nom d'usage(s)

➤ **Écrire en majuscules et noir.** ➤ **Rester dans le cadre de remplissage.**

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom ~~PARMENTIER XAVIER~~

cochez s'il y a lieu, du nom d'usage(s)



2 Compléter toutes les parties utiles

- Identification du patient : nom et prénom.
- Médecin.
- Conditions de prise en charge des soins.
- Actes effectués.
- Paiement.

▶ **Votre patient bénéficie de la CMUC et n'est pas en ALD : cochez uniquement les deux cases correspondantes**

Beneficiaire de la CMUC / ALD

Autres conseils

- Un seul chiffre par case.
- Ne pas barrer les zones vides.
- Tampons encreurs : assurez-vous que le cachet est bien lisible.
- Dater l'entente préalable.
- Signer dans le cadre.

entente préalable du **15/05/2014**

signature de médecin ayant effectué l'acte ou les actes

➤ Si vous utilisez une imprimante, pensez à bien la régler (un décalage de zone empêche la lecture).

Pour un meilleur échange d'informations, communiquez-nous votre e-mail !

édiquez sur sur le site www.cpam92.fr

Illustration 2 - « Comment bien remplir sa feuille de soins ? » publié par la CPAM de Haute-Seine. www.CPAM92.fr.

« Je fais régulièrement des campagnes d'information dans la presse. Certes, l'objectif est de réaliser des feuilles de soins électroniques au maximum mais si l'on doit en arriver à réaliser des feuilles de soins papier, celles-ci doivent avoir un minimum d'éléments d'identification pour pouvoir être traitées On se transforme parfois en Sherlock Holmes, les recherches sont longues. » ajoute Mme Voegelé.

En cas de problème de relecture de la feuille de soins papier numérisée, *« si par exemple l'encre utilisé est trop fade pour être visible sur l'image numérique »*, le dossier est alors transféré au service « Expert » qui à partir des feuilles de soins papier originales procèdent alors au vidéocodage.

Une fois le processus de numérisation réalisé, les feuilles de soins aboutissent finalement au niveau des Centres de Traitement Informatique (CTI), où elles sont traitées de la même manière que les feuilles de soins électroniques via le système IRIS. IRIS est un outil unique de tarification (calcul des sommes à payer) et d'ordonnancement (ordre de mise en paiement) des flux de prestations en nature, qu'ils soient d'origine externe ou interne.

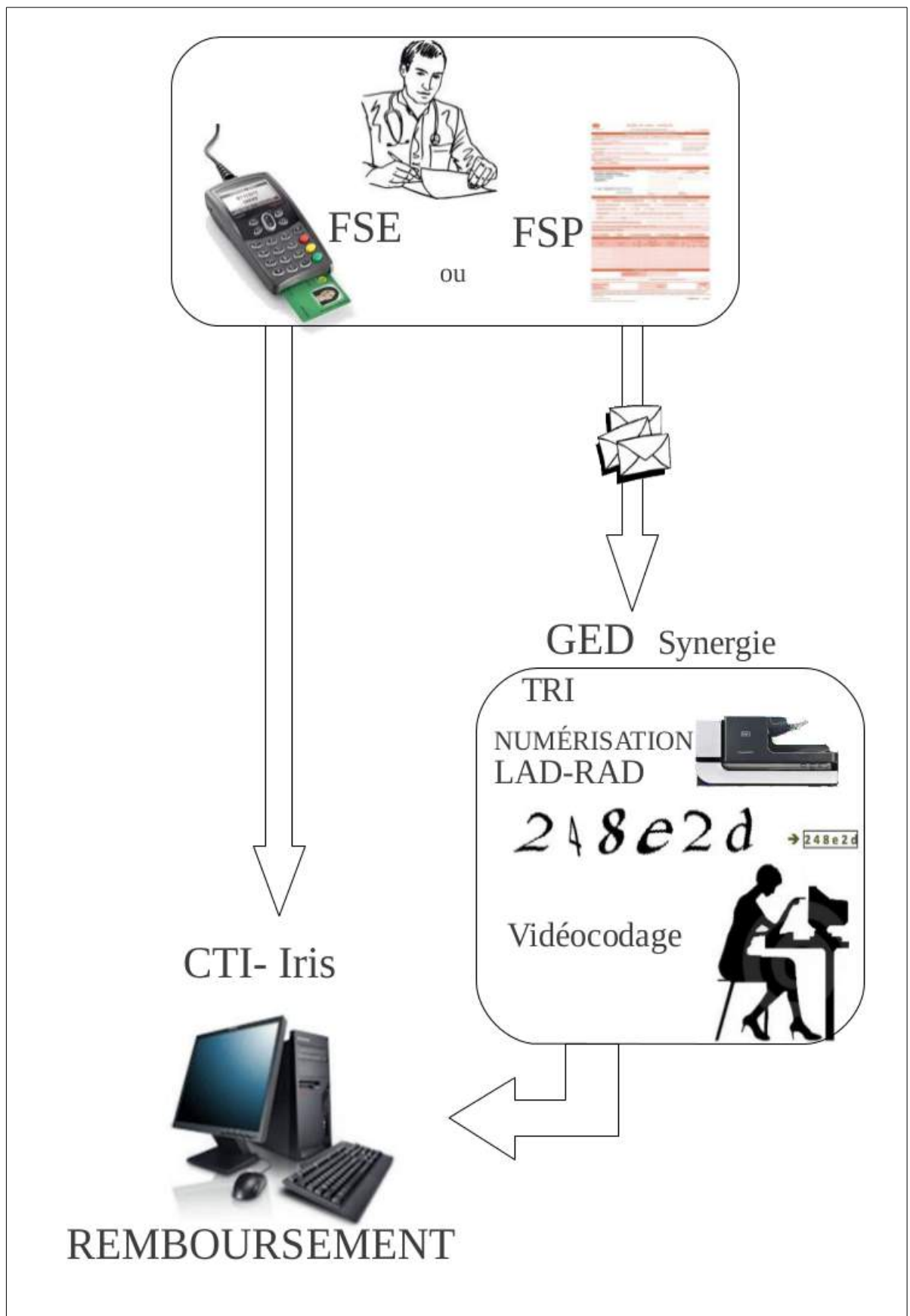


Illustration 3 - Traitement des prestations en nature.

B) LE TRAITEMENT D'UNE FEUILLE DE SOINS ÉLECTRONIQUE

La réalisation d'une feuille de soins électronique favorise le remboursement rapide de la prestation par rapport à une feuille de soins papier mal écrite et diminue les frais de gestion de manière évidente. La feuille de soins électronique parvient automatiquement à IRIS sans aucune intervention humaine. La tarification et le remboursement sont donc traités sans délai après la télétransmission par le professionnel de santé.

Il faut noter cependant que 2,3 % des feuilles de soins électroniques entraînent un rejet par IRIS encore actuellement. Ce rejet nécessite alors une lecture par une technicienne qui sera toutefois aidée par un rapport d'erreurs automatiquement généré par IRIS. « *L'objectif est de passer en dessous de 2 %* » m'informe Mme Anita Block, correspondante informatique de la CPAM du Haut-Rhin. « *Mon rôle est d'accompagner les professionnels de santé dans leur démarrage en télétransmission pour améliorer la qualité des flux. Plus on améliore la qualité des flux, moins on aura de rejet.* »

Chaque rejet entraîne en effet à ce jour le « *recyclage de la feuille de soins électronique* » en feuille de soins papier. Mais la maîtrise d'œuvre du programme SESAM-Vitale ne dénombre pas les feuilles de soins électroniques "rematérialisées" par les différents régimes d'assurance maladie obligatoire. L'existence même de ces documents n'est mentionnée par aucun de ces organismes.

3 - UNE MEILLEURE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Les dépenses de gestions ne représentent qu'une petite fraction des coûts de l'assurance maladie. L'effort de maîtrise de ces coûts doit donc aussi porter sur les prestations de santé elles-mêmes.

SESAM-Vitale permet, notamment par l'intermédiaire du codage des actes et des pathologies, de mieux connaître les pratiques médicales afin d'élaborer une politique budgétaire adaptée dans le but d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'ordonnance JUPPE du 24 avril 1996 a donné une base légale à la mise en place de SESAM-Vitale dans l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Face à cet objectif d'observation des actes et prescriptions, de nombreux professionnels de santé se sont inquiétés, et s'inquiètent encore, de cette réforme qui autorise, selon eux, une surveillance abusive par les pouvoirs publics de leurs pratiques.

A) UN SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES ACTES ET LES PATHOLOGIES INCOMPLET.

Le 5 décembre 1994, le livre blanc sur la santé et l'Assurance maladie soulignait l'absence de système d'information sur les actes et les pathologies : *« L'opacité du système de soins a contribué à expliquer l'échec de la politique de régulation, celle-ci ne pouvant s'appuyer sur aucun indicateur pertinent, aucun résultat tangible, aucun critère d'efficacité. Les gestionnaires peuvent faire état de présomptions de dépenses inutiles ou de gaspillages, mais ne possèdent pas le moyen de les mesurer ou de les localiser. Ils ne peuvent donc que manier aveuglément les outils de régulation qui sont à leur disposition et sont mal armés pour procéder à une meilleure allocation des ressources consacrées à la santé... Cette opacité a occulté l'existence de variations considérables dans les pratiques médicales dont la mise en évidence aurait nécessairement conduit à remettre en cause des situations établies »*[5]

Pour mieux maîtriser les dépenses de soins, il apparaissait donc indispensable d'améliorer les systèmes d'information de la Sécurité sociale : ceci impliquant nécessairement une meilleure connaissance des soins remboursés, des bénéficiaires et des prescripteurs.

En ce sens, la loi TEULADE du 4 janvier 1993 [2], en concrétisant en particulier la naissance des RMO (Références Médicales Opposables) et des OQN (Objectifs Quantifiés Nationaux) a prescrit le codage des actes, des prestations et des pathologies. Elle a renforcé de cette façon l'intérêt pour le projet SESAM-Vitale : seules, la saisie à la source par les professionnels de santé eux-mêmes et la transmission électronique des données aux services des caisses habilités à les recevoir peuvent garantir la fiabilité, la sécurité et la confidentialité nécessaires. Ce codage est ainsi à la base de la médicalisation du système d'information de l'assurance maladie et du suivi des actions de santé que celui-ci permettra.

B) LA CCAM, UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DE CODAGE.[6]

En France, il existait avant 1996 deux « catalogues » d'actes médicaux :

1) La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), était la nomenclature de la médecine ambulatoire. Il s'agit d'une liste de libellés d'actes assortis de cotations fixant les honoraires des professionnels — médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux — du secteur libéral.

Dans les établissements privés, la NGAP était utilisée pour le calcul des forfaits de salle d'opération, des forfaits de soins d'environnement... Dans les hôpitaux publics et participant au service public hospitalier, cette nomenclature était utilisée pour la facturation des soins externes, la définition du niveau de prise en charge des malades, la valorisation de soins externes nécessaire aux simulations budgétaires réalisées dans le cadre du PMSI et la production de la statistique annuelle des établissements de santé.

2) Le CdAM (Catalogue des Actes Médicaux), permettait de décrire l'ensemble des actes réalisés lors de l'hospitalisation d'un patient. Il s'agit d'une nomenclature des actes médicaux, publiée pour la première fois en 1985, comportant pour chaque acte un code, un libellé et un indice de coût relatif.

La réglementation contraignait les établissements de soins et les professionnels de soins à utiliser simultanément ces deux nomenclatures conçues pourtant pour des objectifs différents. La NGAP, issue de la sortie de la deuxième guerre mondiale était devenue pourtant totalement obsolète et inadaptée. Cela ne pouvant plus durer, il a été décidé de tout refondre afin d'obtenir un catalogue exhaustif, cohérent et unique : La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) naît le 11 mars 2005.

La CCAM est une liste unique de libellés et de codes dont le principe étendu à l'ensemble des professions de santé se veut :

- de garantir la cohérence des systèmes d'information,
- de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un seul outil,
- de rationaliser la maintenance de cet outil.

La CCAM est classée par grands appareils et non par spécialités. Elle comprend 17 chapitres. Chaque libellé comporte la mention de deux axes obligatoires : l'action et la topographie et de deux items accessoires : la voie d'abord et la technique utilisée. Il y a une harmonisation systématique des termes. Les termes anatomiques de la CCAM sont par exemple ceux de la nomenclature anatomique internationale francisée. La CCAM se doit de fait, d'être la plus exhaustive possible. Elle répertorie l'ensemble des actes médicaux techniques validés, qu'ils soient tarifés ou non et est commune aux secteurs public et privé.

Son élaboration est commune par des sociétés savantes, la direction générale de l'offre de soins et l'Assurance Maladie. Elle comporte :

- Des tests sur sites des libellés,
- Des relectures par les sociétés savantes,
- Des vérifications de la conformité des libellés à la norme européenne, de la terminologie française par la commission ministérielle de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé,
- Des études par l'HAS, (Haute Autorité de Santé), de la validité médicale des actes les plus problématiques.

Dans le cadre de ses missions, l'HAS évalue le service attendu des actes professionnels, puis rend un avis sur leurs inscriptions aux nomenclatures des actes pris en charge par l'Assurance Maladie (NGAP, CCAM, NABM), sur les conditions de leurs inscriptions et, le cas échéant, sur leurs radiations de cette liste. L'évaluation du service attendu prend en compte :

- L'intérêt diagnostique ou thérapeutique (efficacité, sécurité et place de l'acte dans la stratégie diagnostique ou thérapeutique)
- L'intérêt de santé publique (impact de l'acte sur la santé de la population et sur le système de soins).

L'HAS permet ainsi d'éclairer l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) sur la décision de prise en charge d'un acte professionnel par un avis pertinent, fondé sur les données de la science.

La méthode développée vise à élaborer une nomenclature neutre, c'est-à-dire dépourvue d'incitations financières. L'honoraire est estimé en fonction des ressources mobilisées par le praticien, d'une part le travail médical qui recouvre les ressources physiques et intellectuelles que le médecin met en jeu en termes de stress, technicité, temps passé, effort mental et d'autre part, les charges professionnelles. Le travail médical est hiérarchisé indépendamment de toute considération financière. Ce scorage est destiné à une cohérence « transversale » entre les différentes professions médicales.

Suite à ces étapes, on dispose d'un référentiel d'environ 7100 actes techniques médicaux.

La CCAM est effective depuis le 31 mars 2005.

Le système d'information et les données recueillies ont ainsi évolué en conséquence : en termes de dimensions, de qualité et d'exactitude.

Aujourd'hui, l'archivage de ces données dans des bases historiques constitue une source considérable d'informations pour des études médico-économiques (dans le cadre de la maîtrise des dépenses, de l'évaluation des risques...), mais également pour les études épidémiologiques. Ces données permettent de repérer certaines pathologies (celles ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur par exemple), d'en estimer la prévalence, et d'obtenir des indications sur l'état de santé des populations au travers de leurs consommations de médicaments ou des actes réalisés...

4 - UN MEILLEUR SERVICE POUR LES ASSURÉS ET POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

L'objectif principal du projet SESAM-Vitale reste toutefois la télétransmission des feuilles de soins électroniques par les professionnels de santé et ceci apporte des avantages certains pour les assurés comme pour les professionnels de santé.

A) UNE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE ET DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES POUR LES ASSURÉS SOCIAUX.

Grâce à la carte Vitale, le professionnel de santé transmet directement les feuilles de soins électroniques aux organismes d'Assurance Maladie. Avec la feuille de soins électronique, l'assuré, s'il n'a pas bénéficié du tiers-payant n'a rien à remplir, rien à poster et donc rien à affranchir. Le traitement automatique des feuilles de soins électroniques permettra un remboursement aux assurés sociaux ou aux professionnels de santé dans les trois à cinq jours suivant l'acte ou la consultation.

B) UNE FIABILITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES.

Les informations administratives de l'assuré contenues dans la carte Vitale sont saisies à la source, sans intermédiaire et sans retranscription. Le risque d'erreurs est donc extrêmement réduit lorsque le professionnel de santé la présente pour créer sa feuille de soins.

C) LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT FAVORISÉ PAR LA TÉLÉTRANSMISSION.

Si le tiers-payant a été pratiqué, c'est le professionnel de santé qui bénéficiera de la simplification administrative et du remboursement rapide. La télétransmission favoriserait de ce fait le tiers-payant et donc l'accès aux soins pour tous les patients. Les professionnels rapportent encore d'autres avantages :

- Moins d'impayés pour les spécialistes qui réalisent parfois des actes coûteux.
- Moins d'argent en caisse,
- Moins de chèques nécessitant des bordereaux de remise en banque.
- Plus de sécurité pour les patients déments ou sous mesure de protection, le risque d'être accusé d'abus de confiance est minimisé...

B - LE PILOTAGE ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME SESAM-VITALE.

Modernité partagée pour les uns, délire technocratique pour d'autres, le système SESAM-Vitale, simple dans son énoncé, est en réalité constitué d'une mosaïque d'éléments et d'acteurs dont la parfaite synchronisation est la condition sine-qua-non de la réussite.

1 - LE PILOTAGE DU PROJET SESAM-VITALE

En 1989, la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs indépendants) et la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) s'associent à la CNAMTS et à son projet SESAM-Vitale.

En 1991, les trois principaux régimes d'assurance obligatoire mettent en place le « Schéma Directeur Carte » appelé PIFS (Plan Informatique Santé Français) qui décrit la mise en œuvre du système SESAM-Vitale et coordonne tous les intervenants.[7]

A) LE GIE SESAM-VITALE

Le 3 février 1993, grâce à la loi du 27 janvier 1993 (loi N°93-121) [2] et par la nécessité de mettre en commun des moyens de développement du programme SESAM-Vitale, la CNAMTS, la CCMSA et la CANAM ainsi que l'Union Nationale des Régimes Spéciaux (comprenant la RATP, la SNCF, les militaires...) créent le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) SESAM-Vitale qui remplace le CNEX (Centre National d'Expérimentation) conçu pour organiser les premières études de faisabilité de SESAM-vitale.

Le GIE SESAM-Vitale est une entreprise sous convention collective nationale Syntec.

Il a pour mission l'étude, la réalisation, la mise en œuvre et la normalisation technique du programme SESAM-Vitale. Il doit s'assurer de la distribution de la carte Vitale et de la création et mise en œuvre du Réseau SESAM-Vitale (RSV) ainsi que des systèmes et procédures nécessaires pour répondre aux objectifs de sécurité et au respect de la vie privée des assurés sociaux. Le GIE SESAM-Vitale est l'expert technique du système SESAM-Vitale. C'est également lui qui développe la plupart des composants du système (lecteurs, progiciels), et en définit l'architecture, la sécurité et son évolution.

La GIE SESAM-Vitale se doit de travailler en collaboration avec les autres acteurs impliqués dans la mise en place du système de télétransmission qui sont nombreux : les ministères de l'emploi et de la solidarité, de l'économie et des finances, de l'industrie, les caisses nationales d'assurance maladie ainsi que les groupements publics et parapublics rattachés, le conseil supérieur des systèmes d'information de santé, les représentants des professions de la Santé (CNPS, Syndicats, Unions Régionales...), les ordres professionnels, la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), les associations d'utilisateurs de l'assurance maladie, les industriels et éditeurs de logiciels et leurs représentants ...

B) LE GIP-CPS ET L'ASIP SANTÉ.

Le 5 février 1993 est créé le Groupement d'Intérêt Public-Carte des Professionnels de santé ou GIP-CPS qui était un organisme chargé d'émettre, de gérer, et de promouvoir la carte CPS. La publication au Journal officiel le 29 novembre 2009 des arrêtés du 28 novembre 2009 a acté la dissolution du GIP-CPS et l'élargissement du périmètre des actions de l'Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP-Santé) aux missions attachées à la CPS. L'ASIP Santé est un groupement d'intérêt public. Son objet est de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social, au service de la qualité des soins.

L'ASIP Santé compte parmi ses missions définies à l'article 2 de sa convention constitutive approuvée par arrêté ministériel du 28 novembre 2009 « *La certification, la production, la gestion et le déploiement de la carte de professionnel de santé et, plus généralement, de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature et de chiffrement permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications professionnelles par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent* » [8]

En mars 1995, la Division de l'Informatique et des Nouvelles Technologies (DINT) est créée, au sein de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) en charge « *d'évaluer puis relancer et suivre le projet SESAM-Vitale* » [9].

2 - LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME SESAM-VITALE ET SON PERFECTIONNEMENT PROGRESSIF.

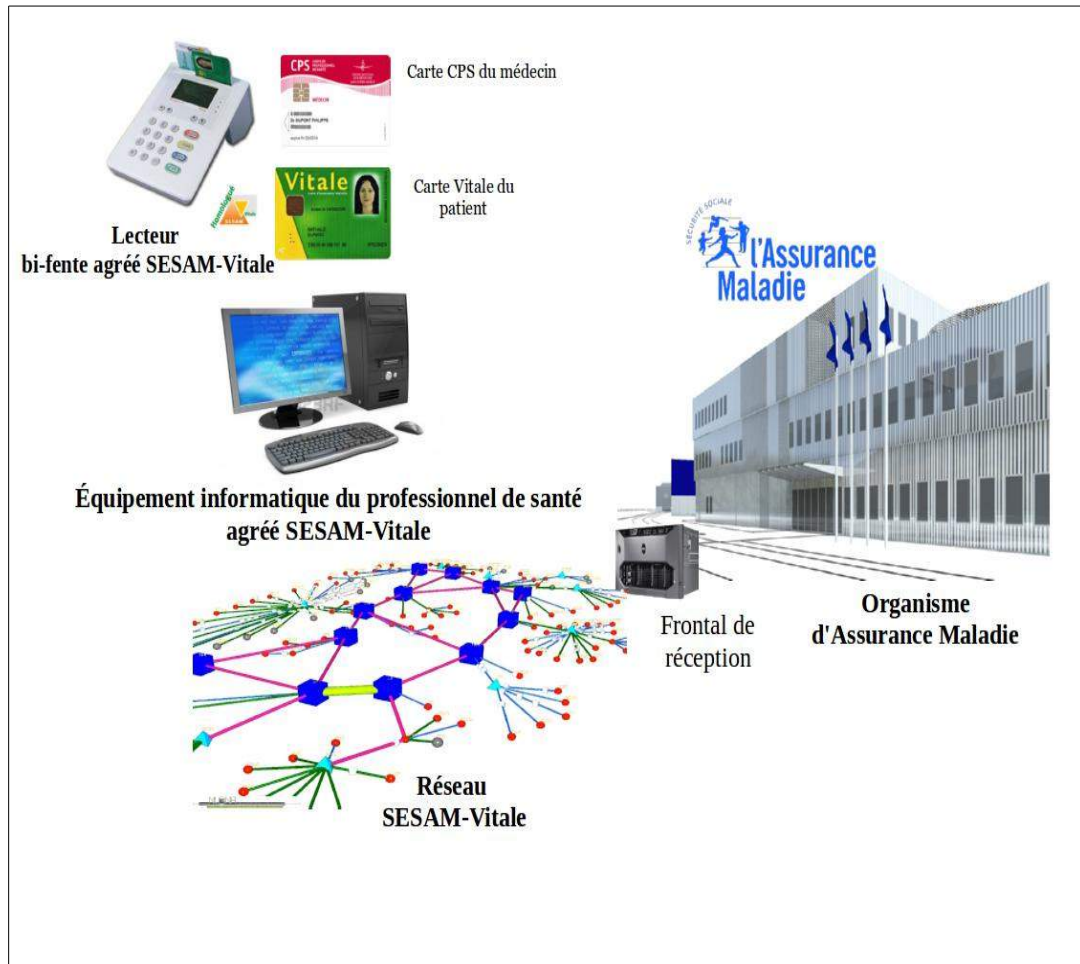


Illustration 4 - Le système SESAM-Vitale.

A) LA CARTE À MICROPROCESSEUR

Inventée en 1974 par un ingénieur français, Roland Moreno, la carte à microprocesseur est devenue un élément incontournable de notre vie courante. Nous la retrouvons dans le système bancaire, les cartes SIM des téléphones portables...

Deux cartes à microprocesseur sont nécessaires au fonctionnement du système SESAM-Vitale : la carte Vitale du patient et la Carte CPS du professionnel de santé. Les feuilles de soins sont télétransmises directement du professionnel de santé à la CPAM via un réseau sécurisé sous forme de feuilles de soins dites alors de type électronique.

◆ **Premières Expérimentations de Carte de santé à mémoire.**

Avant le projet national SESAM-Vitale, de nombreuses expérimentations locales de cartes de santé utilisant la même technologie de la carte à puce ont été lancées en France, sous la direction du CNEX fondé pour encadrer ses premiers essais.

Le 18 novembre 1983, Pierre Bérégovoy, ministre des affaires sociales et de la solidarité, annonçait le lancement d'une opération expérimentale dans la ville de Blois avec pour objectif l'utilisation de la carte à mémoire dans le secteur sanitaire et social [2] : le projet CARTE SANTÉ. Un carnet de santé sur carte à mémoire avec les vaccins, un volet « antécédents », le groupe sanguin, les allergies ainsi que les traitements fut distribué. Les médecins disposaient d'un lecteur de carte, d'une carte d'identification et pouvaient écrire des données sur les cartes SANTÉ à l'aide d'un minitel 80 colonnes.

Après cette première expérience de Blois, qui avait démontré la faisabilité des applications médicales de la carte santé, le nombre de projets s'est multiplié et il n'est pas possible d'être exhaustif.

La plus importante avec plus de 30 000 cartes et la plus longue dans la durée a été l'expérience SANTAL, débutée en 1988 dans la région de Saint Nazaire et dans la presqu'île guérandaise en Loire Atlantique. Cette carte individuelle, une pour chaque patient, comportait des données d'assurance maladie et des données médicales.

On peut citer également :

- Le projet HIPPOCARTE qui était une carte généraliste, diffusée dans la région de la Normandie (Caen, Bayeux). Elle était couplée à des systèmes de paiement des actes médicaux.
- Le projet DIALYBRE, quant à lui, testait une carte spécialisée dans le suivi des malades dialysés. Elle permettait ainsi la mise à jour des informations concernant ces patients en leur facilitant leurs déplacements en France mais aussi en Europe. DIALYBRE préfigurait l'avenir des cartes santé dans une spécialité bien définie.

- Le projet BIOCARTE était une carte multi-applications. Données médicales, mais aussi données administratives ou financières pouvaient coexister.

Fort de toutes ses expérimentations et de l'officialisation du projet par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996, la GIE SESAM-Vitale lance dès 1996 des appels d'offre relatives aux cartes, lecteurs, bornes de télé mise-à-jour et machine de personnalisation des cartes car les caisses d'assurance-maladie ont désormais l'obligation de délivrer à tous bénéficiaires de l'assurance-maladie une « carte électronique inter-régimes » : la carte Vitale.

◆ La carte Vitale

La carte Vitale est une carte à micro-processeur ou « carte à puce » de la taille d'une carte bancaire. Cette carte, identique pour tous les régimes obligatoires d'assurance maladie, est utilisable seulement en France. Elle ne contient pas d'informations d'ordre médical mais tous les éléments administratifs nécessaires à la prise en charge des soins de santé :

- l'identité et celle des ayants-droits de moins de 16 ans de l'assuré ;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ;
- le régime d'assurance maladie auquel l'assuré est affilié ;
- la caisse d'assurance maladie de rattachement ;
- les éventuels droits à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- les éventuels droits à l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), d'une maternité, d'un accident du travail, etc...

En assurant l'identification numérique de l'assuré social, cette carte est une composante essentielle du système de création mais aussi de transmission normalisée et sécurisée des flux des feuilles de soins électroniques vers les portails des organismes d'assurance maladie obligatoire et des flux de demandes de remboursement électroniques (DRE) vers les portails des organismes d'assurance maladie complémentaire.

La carte Vitale offre les exigences requises par le projet SESAM-Vitale : robustesse, sécurité et simplification d'utilisation :

- Sa taille réduite (8,5 cm de long pour 5,4 cm de large) offre la possibilité de la porter constamment sur lui pour un encombrement minimum.
- La résistance à la flexion et à la torsion du support plastique respecte la norme ISO 7816-1 (Organisation Internationale de Normalisation).
- Un niveau maximal de sécurité peut être assuré par ses composants électroniques et par le masque de la puce (logiciel d'exploitation situé dans la ROM de la puce).

Elle est « gratuite » pour les assurés et contrairement aux autres cartes, elle ne nécessite aucun code. La carte Vitale est strictement personnelle et est attribuée à tout ayant droit de plus de 16 ans français ou résidant en France.

Lors de tout changement de situation (déménagement, maternité, naissance, ALD...), la carte Vitale doit être actualisée dans une borne de mise à jour.

L'utilisation d'une carte Vitale, quand on en possède une, n'est cependant pas obligatoire en 2013, la présentation d'une feuille d'attestation de sécurité sociale, remise dans les CPAM est suffisante pour obtenir le remboursement des soins.

◆ **Les générations de cartes Vitale**

• **La carte Vitale 1**



Illustration 5 - La carte Vitale 1.

En juin 1997, le nouveau visuel de la carte Vitale est dévoilé. Elle gagne son surnom de « carte verte ». C'est un visuel commun à l'ensemble des régimes participant au projet SESAM-Vitale. Puis, la parution au JO du 15 avril 1998 des spécifications physiques et logiques de la carte d'Assurance Maladie et des données qu'elle contient scelle l'acte de naissance de la carte Vitale 1.

Cette première génération de carte Vitale est dotée de seulement 4 Ko de mémoire. Initialement, sa durée de vie était programmée pour 3 ans. Les cartes Vitale 1 contiennent un masque propriétaire, développé à l'époque pour répondre aux besoins spécifiques de l'assurance maladie obligatoire. Le premier masque nommé « M9V1 » avait été réalisé par Bull CP8, une filiale de Bull spécialisée dans la conception et le développement des systèmes d'exploitation utilisés dans les cartes à puce. Il y a eu plusieurs générations de cartes Vitale 1 : Les V1, V1bis et V1ter, au fur et à mesure que les composants électroniques et les masques se perfectionnaient.

C'est une carte de type « familial », c'est-à-dire contenant les données administratives de l'assuré ouvrant droit et des bénéficiaires ayants droit (conjoint et enfants).

La carte Vitale 1 a fait l'objet d'expérimentations de 1992 à 1998 sur 4 sites pilotes (Boulogne-sur-mer, Bayonne, Rennes et Charleville-Mézières) avec une diffusion totale de 550 000 cartes. En juin 1995, les premières feuilles de soins électroniques utilisant la carte Vitale sont télétransmises.

En décembre 1996, apparaît le cahier des charges SESAM-Vitale version 1.00 qui servira de support aux sociétés d'informatiques pour élaborer des logiciels intégrant la technologie SESAM-Vitale et les proposer aux professionnels de santé. Par la suite de nombreux autres cahiers des charges seront publiés au fil des versions.

Pour des raisons pratiques, la carte Vitale a évolué ensuite vers une carte Vitale « individuelle » (Carte Vitale bis) réservée à tous les assurés sociaux de plus de 16 ans. Sa distribution a débuté à partir de septembre 2001.

- Puis la carte Vitale 2 et son volet santé.



Illustration 6 - La carte Vitale 2.

Le perfectionnement de la carte Vitale était planifié dès le début du programme SESAM-Vitale. Mais, ce projet nommé Vitale 2 a longtemps joué l'arlésienne. Elle devait initialement remplacer la carte Vitale 1 avant le 31 décembre 1999. L'assurance maladie a dû même annuler un programme de 11,9 millions de cartes Vitale 2 commandées en janvier 1997 qu'elle pensait être en mesure de distribuer dès 1998...

La cause principale de ce retard : le "VIM ou Volet d'Informations Médicales" qui devait être ajouté à la carte Vitale. Cela consistait en un mini-dossier médical électronique faisant office de carnet de santé.

L'article 8 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins précise que « *Cette carte comporte un volet médical destiné à recevoir les informations pertinentes nécessaires à la continuité et à la coordination des soins* ». Le contenu et la fonction de ce "volet de santé" sont inscrits officiellement à l'article 36 de la loi du 30 juin 1999 instaurant la Couverture maladie universelle (CMU).

Pour autant, tout n'était pas réglé. Ainsi, comment le détenteur d'une carte pourrait-il justifier qu'il s'agit bien de la sienne ... surtout s'il est inconscient après un accident ? Comment faire pour qu'un kinésithérapeute n'ait accès qu'à la partie du volet médical le concernant quand le médecin peut, lui, connaître l'intégralité d'un dossier ? Comment s'assurer que ces infos n'alimenteront pas une vaste banque de données dont pourrait profiter un assureur, par exemple ? Qui contrôlerait la validité des informations médicales générales circulant sur le réseau ?

Plusieurs voies ont été explorées pour répondre à ces questions cruciales : la reconnaissance digitale pour l'authentification des cartes, la labellisation des contenus médicaux transmis sur le Réseau SESAM-Vitale, le cryptage des données à plusieurs niveaux... Mais, finalement, malgré débats et discussions interminables, le décret qui devait définir le contenu du volet de santé, ainsi que les conditions d'accès des différentes catégories de professionnels de santé, ne sera jamais publié et l'annonce de la généralisation du Dossier Médical Personnel (ou DMP, un dossier médical informatisé, accessible via Internet) pour le 1er juillet 2007 rendra le Volet d'Informations Médicales obsolète.

En 2006, la carte Vitale 2 est enfin dévoilée à la presse en présence de Xavier Bertrand, ministre de la Santé. Elle est dotée d'une photo de l'assuré et d'un visuel modernisé avec un "V" en braille permettant aux malvoyants de la distinguer des autres cartes. Pour des raisons de coût, la carte Vitale 2 reste une carte familiale, cependant attribuée individuellement aux plus de 16 ans.

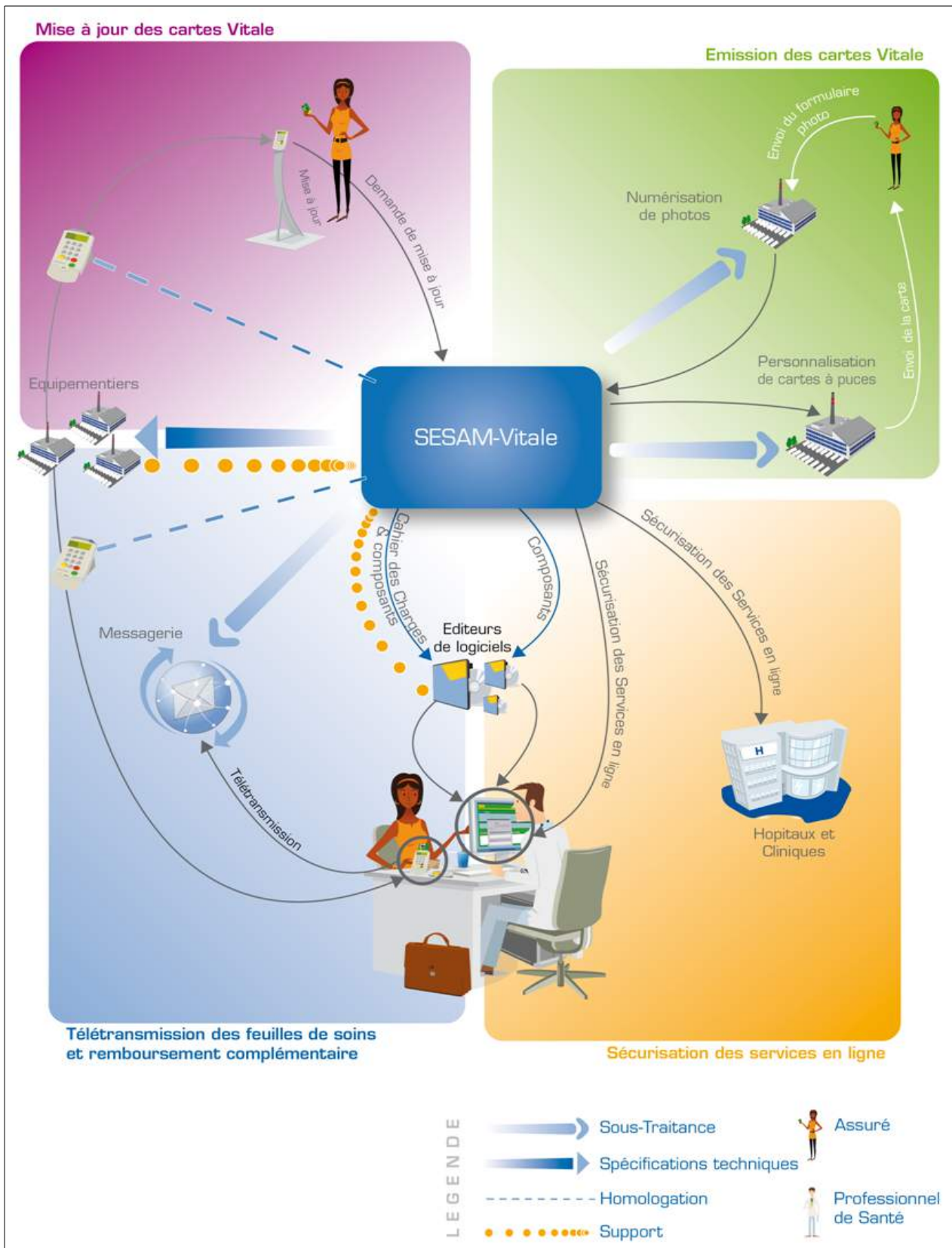


Illustration 7 - Mission opérationnelle du GIE SESAM-Vitale [10]

La carte Vitale 2 possède une capacité mémoire de 32 Ko permettant ainsi d'héberger les nouvelles informations. Elle possède un nouveau masque par rapport à la carte Vitale 1, un crypto-processeur (processeur optimisé pour les tâches de cryptographie) et un nouveau standard IAS (d'Identification, Authentification, Signature) avéré nécessaire pour la consultation du Volet d'Informations Médicales. La carte Vitale 2 offre donc une sécurité renforcée et une capacité mémoire huit fois supérieure à la carte de première génération.

Le déploiement des cartes Vitale 2 a été conditionné par la disponibilité du système de production des cartes encore appelé Infrastructure d'Émission des Cartes (IEC) ainsi que de ses outils de pilotage : Portail d'Émission des Cartes (PEC), gestion des ordres de personnalisation, système de gestion technique des cartes et statistiques de production.

Après de nombreux reports, Philippe Douste-Blazy ministre de la santé s'était engagé à ce que la carte Vitale 2 soit déployée au dernier trimestre 2006 puis distribuée jusqu'à la mi-2008. En fait, il a fallu attendre le décret du 15 février 2007, relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale pour lancer la production. Les premiers formulaires ont été envoyés aux assurés en mars 2007 et les premières cartes Vitales 2 ont été livrées en mai 2007.

Comme pour la carte Vitale 1, dix ans auparavant, la diffusion a commencé par les assurés bretons ne possédant pas de carte Vitale (carte volée, perdue, inutilisable, les mineurs de 16 ans et les nouveaux affiliés), puis s'est étendue progressivement aux Pays de la Loire et enfin à la France.

Le remplacement est actuellement toujours en cours de déploiement.

B) LE SERVICE DE MISE À JOUR DES CARTES VITALE

Ce service a pour objectif de mettre à jour annuellement les données contenues dans la carte ou suite à un changement de situation. Il est accessible aux assurés via des bornes homologuées. Ces bornes de mise à jour communiquent avec les organisations d'Assurance Maladie via deux infrastructures du GIE SESAM-Vitale : un portail (routage) et des frontaux de mise à jour. La borne va écrire les nouvelles informations dans la mémoire ré-inscriptible de la carte. Ces bornes permettent aussi aux assurés de consulter le contenu de leur carte Vitale.

En 2012, 66 millions de mises-à-jour en ligne des données dans la carte Vitale ont été effectuées dans les 41 350 points de mise-à-jour des cartes Vitale avec un taux de réussite de 93 % [11]



Illustration 8 - La communication des bornes de mise à jour avec le GIE SESAM-Vitale via les services en ligne. [1]

c) LA CARTE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU CPS.

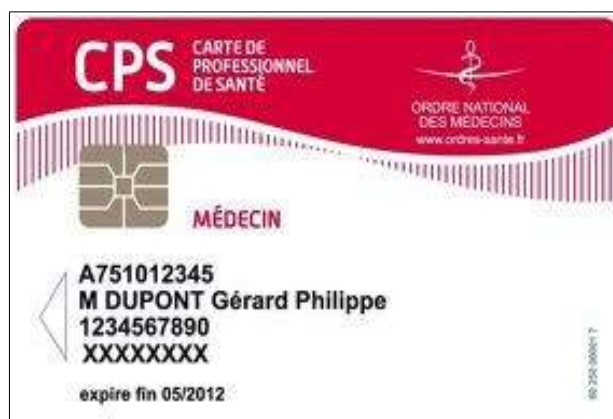


Illustration 9 - La Carte de Professionnel de Santé ou CPS.

◆ Son rôle et son fonctionnement.

La carte CPS est une carte d'identité professionnelle électronique. L'histoire de la CPS est née en même temps que celle de la carte Vitale. Puisque pour les besoins du programme SESAM-Vitale, elles doivent être utilisées simultanément pour générer des feuilles de soins électroniques. « Elle constitue le maillon final d'une chaîne de confiance qui permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles » [8]. Elle est protégée par un code confidentiel propre à son porteur.

Depuis début février 2012, la CPS3, nouvelle version de la carte professionnelle de santé, est diffusée. La carte à puce de la CPS3, fabriquée par Oberthur au rythme de 20 000 à 30 000 unités par mois, n'est plus basée sur un standard propriétaire (comme l'était la précédente version), mais sur un standard européen ouvert permettant de nouveaux usages.[12]

« *La CPS est la clé d'entrée de la e-santé d'aujourd'hui et de demain.* » [8] Elle permet aux professionnels de santé :

- De s'identifier et d'éviter une usurpation de leur identité (via le processus d'authentification) ;
- D'apposer leur signature électronique sur des documents ;
- De transmettre les feuilles de soins électroniques aux organismes d'AMO et AMC.
- De créer, alimenter et consulter le DMP de leurs patients;
- De Réaliser des actes médicaux à distance (télémédecine) ;
- D'utiliser la messagerie sécurisée des professionnels de santé ;

Grâce à la technologie sans contact, elle pourra être utilisée pour d'autres applications comme l'accès à des locaux.

La CPS, jusqu'à présent utilisée principalement dans le cadre de la production des feuilles de soins électroniques de l'assurance maladie, est dorénavant inscrite dans la loi (article L.1110-4 du code de la santé publique) comme « *un outil obligatoire imposé pour l'accès aux données de santé à caractère personnel, notamment dans le cadre du partage de l'information médicale. Dans ce cadre, la carte de professionnel de santé constitue un instrument essentiel du dispositif de sécurité des systèmes d'information de santé en sécurisant les échanges et le partage des données médicales personnelles pour en protéger la confidentialité.* »

Cette carte à microprocesseur contient :

- des données d'identification du porteur :

- Nom du porteur, numéro de la carte, identification de la structure (optionnel)
- Numéro d'identification (identifiant national du porteur –RPPS ou ADELI-, numéro matricule...).

- des données sur le mode d'activité :

- Profession du porteur (uniquement pour les Professionnels de santé réglementés titulaires d'une carte de type CPS).
- Nom patronymique et nom d'exercice du professionnel de santé.
- Profession (ou future profession) et spécialité.
- Sigle de la structure (optionnel) et indication de remplacement (optionnel).
- Mode d'exercice.
- Identification du lieu d'exercice.
- Données de tarification de l'assurance maladie.

- des données pour la sécurité de la carte :

- Type de carte.
- Identification de l'émetteur.
- Date d'expiration.
- Données cryptographiques pour l'authentification.
- Données cryptographiques pour la signature électronique.

La CPS est distribuée gratuitement et systématiquement à tout professionnel de santé (libéral et hospitalier) inscrit au tableau des quatre Ordres professionnels suivants : pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et médecins. Les autres professionnels non encore inclus dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) peuvent en faire la demande, ce service est gratuit.

Le renouvellement de la carte CPS est automatique à l'échéance de la période de validité. Les professionnels de santé n'ont aucune démarche à effectuer pour la remplacer. Une nouvelle carte leur sera adressée un mois avant la date d'expiration indiquée sur leur carte.

L'évolution technologique de la carte et de la nature du marché industriel ont conduit l'ASIP-Santé à inscrire la CPS et la production des certificats dans la politique publique des missions de production de titres sécurisés. *« Par décret n°2012-1117 du 2 octobre 2012 et pour attester de l'identité de leur porteur et permettre leur authentification, la carte de professionnel de santé a été intégrée dans le monopole de l'Imprimerie nationale qui en assurera prochainement la production. »*[8]

Au 4 juillet 2014, 947 672 cartes de la famille CPS (CPS, CPE, CDE, etc.) sont en circulation dont 582 124 cartes de Professionnel de Santé (CPS) valides en circulation.[8]

D) L'ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR TÉLÉTRANSMETTRE.

Pour télétransmettre en SESAM-Vitale, il existe deux types de solutions :

- Une solution basée sur un équipement informatique standard :
Dans ce cas, le professionnel de soins doit être équipé d'un ordinateur, d'un lecteur de facturation SESAM-Vitale fixe ou portable, d'une connexion internet, d'une imprimante et compléter ces équipements d'un Logiciel de Professionnel de Santé (LPS) ou Progiciels qui peut être soit installé sur l'ordinateur et dans ce cas, un abonnement à internet suffit, soit en ligne, accessible via internet et, dans ce cas, un abonnement à internet haut débit est nécessaire.
- Un dispositif autonome et dédié appelé aussi « Dispositif Intégré portable » est également possible. Ce système ne nécessite aucun système informatique supplémentaire.

◆ Les logiciels de télétransmission des feuilles de soins électroniques et les logiciels de professionnel de santé.

De nombreuses sociétés ont conçu et proposent des logiciels spécifiques destinés à aider la pratique médicale. Ces applications professionnelles, appelées progiciels, incluent un grand nombre de fonctionnalités. Certaines sont indéniablement bénéfiques, d'autres seront jugées plus accessoires.

La gamme de produits disponibles sur le marché, déjà très étendue, s'étoffe chaque semaine et il s'avère donc difficile d'en faire une liste parfaitement complète. Tous les LPS proposant des fonctions de transmission de feuilles de soins électroniques doivent être agréés par le CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément).

Jusqu'à ces dernières années tous les logiciels de télétransmission devaient être installés sur le poste de travail du praticien. Depuis quelque temps des offres 100 % internet commencent à voir le jour et elles risquent bien de changer radicalement les habitudes des professionnels de santé si leur fiabilité est au rendez-vous.

◆ **Les lecteurs de facturation SESAM-Vitale.**

Tous les lecteurs permettant la création d'une feuille de soins électronique sont à minima encore aujourd'hui des lecteurs bi-fentes pour recevoir à la fois la carte Vitale et la CPS.

On distingue plusieurs types de lecteurs SESAM-Vitale: les lecteurs fixes, les lecteurs portables et les lecteurs autonomes. Le choix du lecteur doit être fonction de l'activité professionnelle.

- **Les lecteurs fixes de facturation SESAM-Vitale.**

Les lecteurs fixes sont des lecteurs de carte Vitale devant être connecté à un ordinateur pour fonctionner. Le praticien doit disposer d'un ordinateur et d'une connexion internet pour que la transaction soit réalisée.



*Illustration 10 - Le TWIN31: nouveau lecteur
Sesam Vitale fixe bifente d'INGENICO
(150 Euros HT) [13]*

- Les lecteurs portables de facturation SESAM-Vitale.

Les lecteurs portables sont des lecteurs qui peuvent aussi bien être utilisé au cabinet relié à un ordinateur qu'en déplacement.

Les lecteurs portables « complets » permettent de créer des factures lors d'une visite. Les lecteurs portables « réduits » permettent de signer, en visite, les factures préparées à l'avance au cabinet. Dans les deux cas, le professionnel de santé utilise son LPS pour synchroniser les informations avec son lecteur portable afin de les transmettre à l'assurance maladie. Lors des déplacements le lecteur enregistre l'empreinte de la carte vitale et le soir en rentrant au cabinet il se synchronise et transmet les données.

On parle souvent pour ce type de lecteurs de lecteur TLA pour Terminal Lecteur Applicatif. Deux technologies permettent de gérer le fonctionnement autonome d'un lecteur : Satellio de Sephira et TLA de Saficarde. Les lecteurs équipés de ces technologies fonctionnent reliés à un ordinateur ou en déplacement.



*Illustration 11 - Lecteur portable TLA complet :
VITAL ACT 3S – XIRING (500 euros HT).*

- Dispositifs autonomes ou Dispositif Intégré Portable

Les lecteurs autonomes sont des lecteurs équipés des technologies Intellio de Sephira et Ingenius de Saficard. Ils intègrent un logiciel de facturation SESAM-Vitale, et fonctionnent sans informatique. Ils peuvent donc être utilisés aussi bien dans le cabinet que lors de déplacement.

- Les Lecteurs multi-cartes

Les lecteurs tri-fentes permettent de lire également les cartes d'assurances complémentaires et se répandent de plus en plus chez les professionnels de santé.

Déjà, en juillet 2006, alors que les régimes obligatoires recevaient 70,1 millions de feuilles de soins électroniques, les organismes complémentaires réceptionnaient un total de 37200 DRE. Sans support électronique disponible des droits complémentaire, le professionnel devait saisir manuellement les informations "Mutuelle" à partir de l'attestation papier. Les assureurs complémentaires souhaitaient donc depuis plusieurs années avoir accès aux données de santé des feuilles de soins électroniques afin de gérer le risque d'assurance avec plus d'efficacité. Mais, cette demande posait de difficiles problèmes, notamment juridiques ou relatifs au respect des libertés individuelles et des règles liées au secret médical. En théorie, la carte Vitale 2 devait permettre de justifier en même temps les droits à l'AMO et les droits à l'AMC. La lourdeur de son architecture technique et son manque de souplesse ont obligé les mutuelles à lancer des expérimentations avec des cartes séparées supportant exclusivement les garanties complémentaires.

Pour mettre en place ces expérimentations, la Mutualité Française a opté pour l'une des deux solutions préconisées par Christian Babusiaux dans son rapport de juin 2003 : les assureurs complémentaires auront accès aux données de santé des feuilles de soins électroniques après "Anonymisation". Les complémentaires accèdent ainsi aux données détaillées de remboursement qui figurent dans les feuilles de soins électroniques tout en garantissant aux adhérents des mutuelles la confidentialité sur les données individuelles de santé.

La CNIL a donné son accord au développement de cette carte complémentaire en 2004.

Le conseil de surveillance SESAM-Vitale confie alors au GIE SESAM-Vitale en 2005, la création d'un référentiel « Carte Associée » visant à rendre compatibles avec l'infrastructure SESAM-Vitale, les nouvelles cartes à puce baptisées : les cartes DUO ou DUO-FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances). Elles seront utilisées conjointement avec la carte Vitale.

Ces cartes sont émises par l'organisme d'assurance de complémentaire santé auquel a souscrit l'assuré ou par des opérateurs de tiers-payant comme le CETIP, et sont complémentaires de la carte vitale.



Illustration 12 - Le visuel de la carte DUO-FFSA délivré par SP Santé, marque de tiers payant mise en œuvre par le CETIP lui-même opérateur national parmi les leaders du marché.

« le CETIP [L'opérateur de tiers payant de Cegedim Assurances] a pour vocation de développer, pour le compte d'organismes d'assurance maladie complémentaire, des services de tiers payant et de nouveaux services innovants en relation avec l'offre de soins. Le CETIP gère deux marques de tiers payant, SP-santé et iSanté, pour le compte de 20 millions de personnes protégées, ce qui le place sans conteste parmi les leaders des opérateurs du marché » [14].

La carte n'a pas besoin d'être actualisée au minimum une fois par an comme les cartes Vitales et il n'y a pas de photo sur la carte Duo.

L'API de lecture des cartes DUO, développée par le GIE SESAM-Vitale, a été livrée en 2007 aux différents éditeurs de logiciels. Ainsi, la version 1.40 de la carte Vitale a permis d'envoyer simultanément une demande de remboursement à la Sécurité sociale et à la mutuelle. La carte DUO est utilisée conjointement avec la carte Vitale par les professionnels de santé équipés de nouveaux logiciels de facturation, soit dans un lecteur trifente, soit alternativement avec la carte Vitale.

En 2011, 384 000 cartes DUO étaient déjà actives et 690 000 cartes avaient été distribuées. 372 000 factures ont été émises en 2011 dans le cadre de l'expérimentation carte DUO FFSA. [15]

Ces cartes permettent d'automatiser complètement le système de tiers payant et seront donc comme le souhaite Marisol Touraine, notre Ministre de la santé, très prochainement d'utilisation courante... même dans les cabinets de médecins !



Illustration 13 - Avec ses 3 lecteurs carte, le XIRING/PRIUM-3S est le premier lecteur fixe de cartes Vitale, génération Trifente.(155 euros HT), Fournisseur : INGENICO HEALTHCARE [13]

Les lecteurs multi-cartes acceptent également d'autres transactions électroniques telles que Carte Bancaire, Monéo, etc ...



Illustration 14 - Le lecteur EFT 930-PEM TLA multicartes (500 Euros HT) est un lecteur de cartes Sesam-Vitale portable qui permet également les paiements par carte bancaire : CB5.2 B10 (Visa, Eurocard ...). [13]

◆ **L'agrément SESAM-Vitale.**

Le lecteur de carte Vitale tout comme le logiciel de création de la feuille de soins électronique doivent être homologués SESAM-Vitale par le CNDA.

« Une solution de facturation logicielle relève de l'agrément si elle :

- *utilise les API de facturation fournies par le GIE SESAM-Vitale sur des systèmes d'exploitation supportés,*
- *met en œuvre toutes les fonctionnalités de ces API de facturation,*
- *utilise un lecteur homologué conformément au référentiel "Terminal Lecteur" ». [1]*



Illustration 15 - Logo d'homologation SESAM-Vitale.

Deux constructeurs de lecteurs SESAM-Vitale se partagent le marché : Gemalto et Ingenico. Ce dernier ayant racheté Sagem Monetel et Xiring obtient la plus grande part du marché SESAM-Vitale en 2013.

◆ Des lecteurs NF-CPS ou PC/SC

Les lecteurs NF-CPS ou PC/SC (Personal Computer / Smart Card) sont des lecteurs « transparents » ou à « ordres transparents » (non homologués SESAM-Vitale). Ce sont des lecteurs de carte à puce capable de lire les cartes Vitale et les carte CPS mais qui ne permettent pas de créer une feuille de soins électroniques. Ce type de lecteur est utilisé notamment dans les caisses d'assurance obligatoire ou les établissements de santé. Il ne peut pas encore être utilisé à ce jour sur les postes de travail Vitale des professionnels de santé.

L'ouverture de la facturation SESAM-Vitale aux lecteurs dits PC/SC est cependant en cours de développement depuis 2012 par le GIE SESAM-Vitale grâce à la mise en place du RAC (Référentiel Accès Carte). Cette innovation permettra de disposer de lecteur Réseau ou « sans fil » (Bluetooth, wifi) et ainsi d'accéder aux cartes depuis un serveur distant pour les solutions en ligne ou à partir d'équipements mobiles tel que les smartphones ou les tablettes.



Illustration 16 - Exemple de lecteur PC/SC

E) LE RÉSEAU

Le réseau est le système permettant de relier le professionnel de santé avec les caisses d'assurance maladie. Le Réseau de santé assure la collecte et le transport des feuilles de soins électroniques vers les organismes d'Assurance Maladie. C'est un réseau privé et sécurisé, un système de communication destiné à l'ensemble des professionnels de santé. Il permet d'échanger des informations par le biais d'un outil efficace et sûr dans l'intérêt de la Santé Publique.

Dès 1979 et l'informatisation des régimes d'AMO, un réseau s'est avéré nécessaire. Initialement, c'était le réseau LASER (Liquidation Assistée Sur Équipements Répartis) qui fut remplacé par le réseau RAMAGE (Réseau de l'Assurance Maladie du régime Général). Celui-ci permit, vers 1985, les premières expérimentations de la télétransmission.

Mais, le réseau RAMAGE qui n'était pas sécurisé, s'avère bientôt régulièrement saturé du fait de l'augmentation des échanges entre la Caisse d'Assurances et les professionnels de santé. En Juin 1996, les pouvoirs publics abandonnent donc ce principe d'acheminement des informations et optent pour : Le Réseau Santé Social ou RSS.

Au terme d'une consultation de plusieurs mois, le contrat de concession du service public du RSS fut accordé à Cegetel pour une durée de 5 ans. Le challenge industriel était difficile et c'est fin novembre 1998 que Cegetel réussit à déployer sur l'ensemble du territoire métropolitain ce réseau sécurisé tant attendu.

Le 1er novembre 2004, date de l'expiration de la concession de service public du RSS par Cegetel, le Réseau SESAM-Vitale (RSV) remplace le RSS. À partir de 2006, il est également utilisé par les organismes d'AMC pour y faire transiter leurs Demandes de Remboursement Électroniques (DRE).

Ce réseau prend également en charge le transport des flux de mise à jour des cartes Vitale à partir des bornes installées dans les pharmacies.

F) LES NORMES DE TÉLÉTRANSMISSION

◆ La Norme B2.

C'est la Norme « aller » pour les flux allant vers l'assurance maladie. Elle permet de structurer les lots de feuilles de soins électroniques en fichiers B2 qui seront transféré en SMTP (Simple Mail Transfer Protocol, littéralement « Protocole simple de transfert de courrier ») et pourront ainsi être traités par les différents centres informatiques de l'assurance maladie.

Le protocole de transmission SMTP permet le chiffrement de transport. Le SMTP est un protocole assez simple (comme son nom l'indique). On commence par spécifier l'expéditeur du message puis, le ou les destinataires d'un message, puis, en général après avoir vérifié leurs existences, le corps du message est transféré.

◆ La Norme NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie et les Intervenants Extérieurs).

NOEMIE (ou Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est la Norme « retour » pour les flux allant vers les professionnels de santé. Elle permet un retour des informations de la CPAM vers les partenaires de santé (médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux, cliniques, dispensaires ...).

Cette norme permet de véhiculer vers les professionnels de soins trois types d'informations :

- le retour des prestations en nature (actes professionnels, séjours, fournitures ...)
- les mouvements financiers accompagnant ces prestations (retenues)
- les rejets ou signalements issus du traitement des fichiers transmis par le partenaire.

NOEMIE se présente sous la forme d'un catalogue national de structure de fichier. Chaque structure est appelée « référence » et identifiée par un numéro. La référence utilisée dépend du type d'information émis et du destinataire (par exemple la référence 930 correspond à un ARL (Accusé de Réception Logique) émis par la caisse au professionnel de santé).

G) L'INFRASTRUCTURE DE RÉCEPTION DES FLUX DE L'ASSURANCE MALADIE.

« *Le frontal de facturation est un progiciel conçu, réalisé et édité par le GIE SESAM-Vitale et mis à disposition afin de permettre la réception, le contrôle et le routage des flux SESAM-Vitale dans l'objectif unique de liquidation des prestations à destination des organismes AMO et AMC. Il a la charge de vérifier la bonne télétransmission et d'informer le professionnel de soins de la réception ou non des lots transmis en lui retournant un ARL* »[2].

Un ARL positif : assure simplement au professionnel de santé que le lot de feuilles de soins électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté mais n'implique pas que les feuilles de soins électroniques aient été traitées.

Un ARL négatif : signifie que la transmission ne s'est pas correctement déroulée, il faudra alors réémettre.

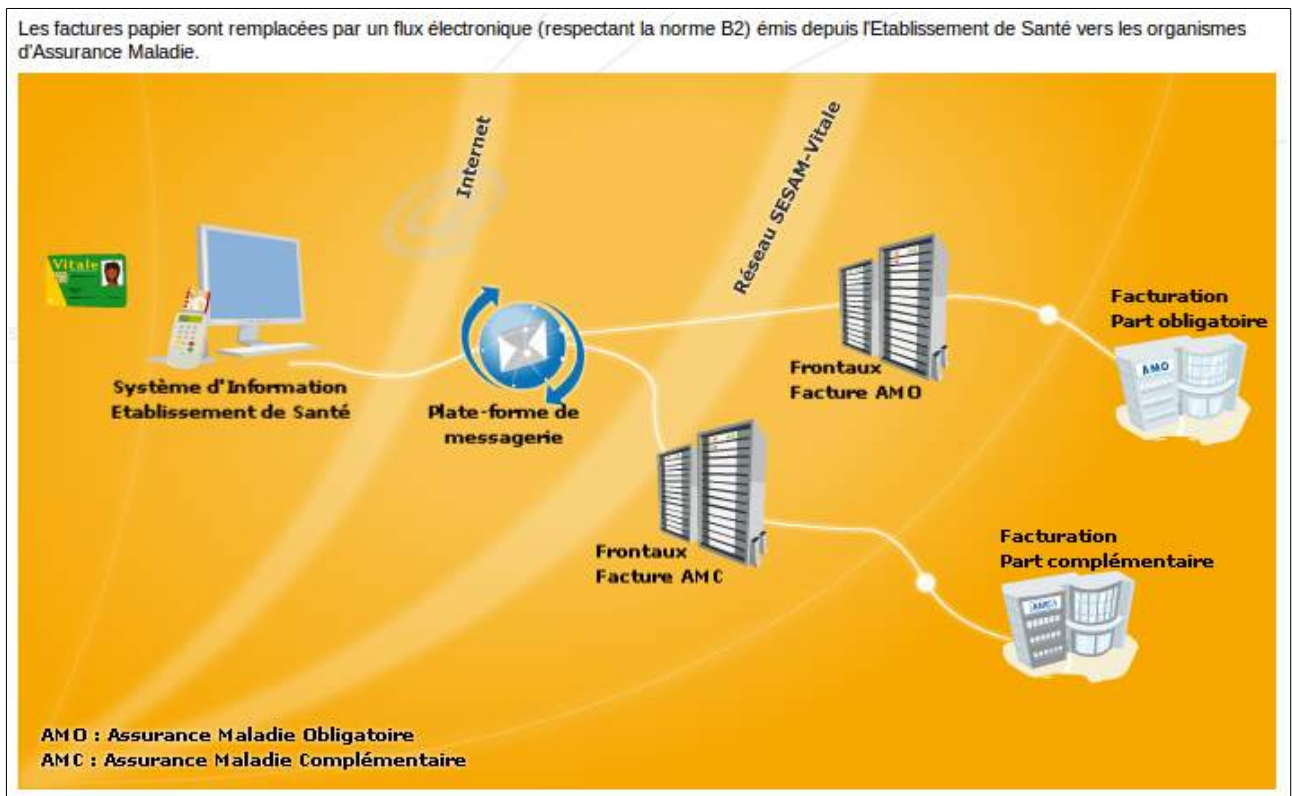


Illustration 17 - Le transit des flux électroniques vers les frontaux de facturation. [1]

H) LA PROCÉDURE DE TÉLÉTRANSMISSION.

En début de journée le professionnel allume son système informatique et insère sa carte CPS dans le lecteur SESAM-Vitale. Il saisit ensuite son code porteur confidentiel. Tout au long de sa journée de travail le professionnel de santé va saisir ses actes en code CCAM. Quand le patient présente sa carte Vitale, elle est insérée dans la seconde fente du lecteur. Les renseignements administratifs du patient viennent alors renseigner la fiche du patient concernée à travers le LPS. Ce sont ces informations qui serviront au logiciel pour créer la feuille de soins électronique au moment où le patient règle ses soins, comme une signature électronique. C'est la présence simultanée des deux cartes dans le lecteur qui permet de sécuriser l'opération.

Puis, les actes de dispensation et de facturation effectués, la carte est rendue.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques se fera quand le professionnel de santé le souhaitera, le plus souvent en fin de journée. En tapant son code porteur, il signe à son tour les feuilles de soins électroniques et crée des lots sécurisés de factures par organismes et caisses gestionnaires grâce à l'API SESAM-Vitale du logiciel de professionnel de santé. Des fichiers B2 sont ensuite générés à partir de ces lots. Un B2 est le regroupement des lots par Centre de Traitement Informatique (CTI). Ils sont transmis ensuite vers l'organisme d'assurance maladie du département concerné puis archivés et sauvegardés durant au moins trois ans sur le disque mémoire du professionnel de soins.

Un ARL est envoyé au professionnel de santé par le frontal de l'assurance maladie par lot de feuilles de soins électroniques.

Un flux Rejet-Signalement-Paiement (appelé RSP) concernant la liquidation de chaque feuille de soins électronique est envoyé lors des jours suivant indiquant le résultat du traitement des feuilles de soins électroniques après liquidation. (Ex : rejet de feuilles de soins électroniques pour non- conformité, paiement,...)

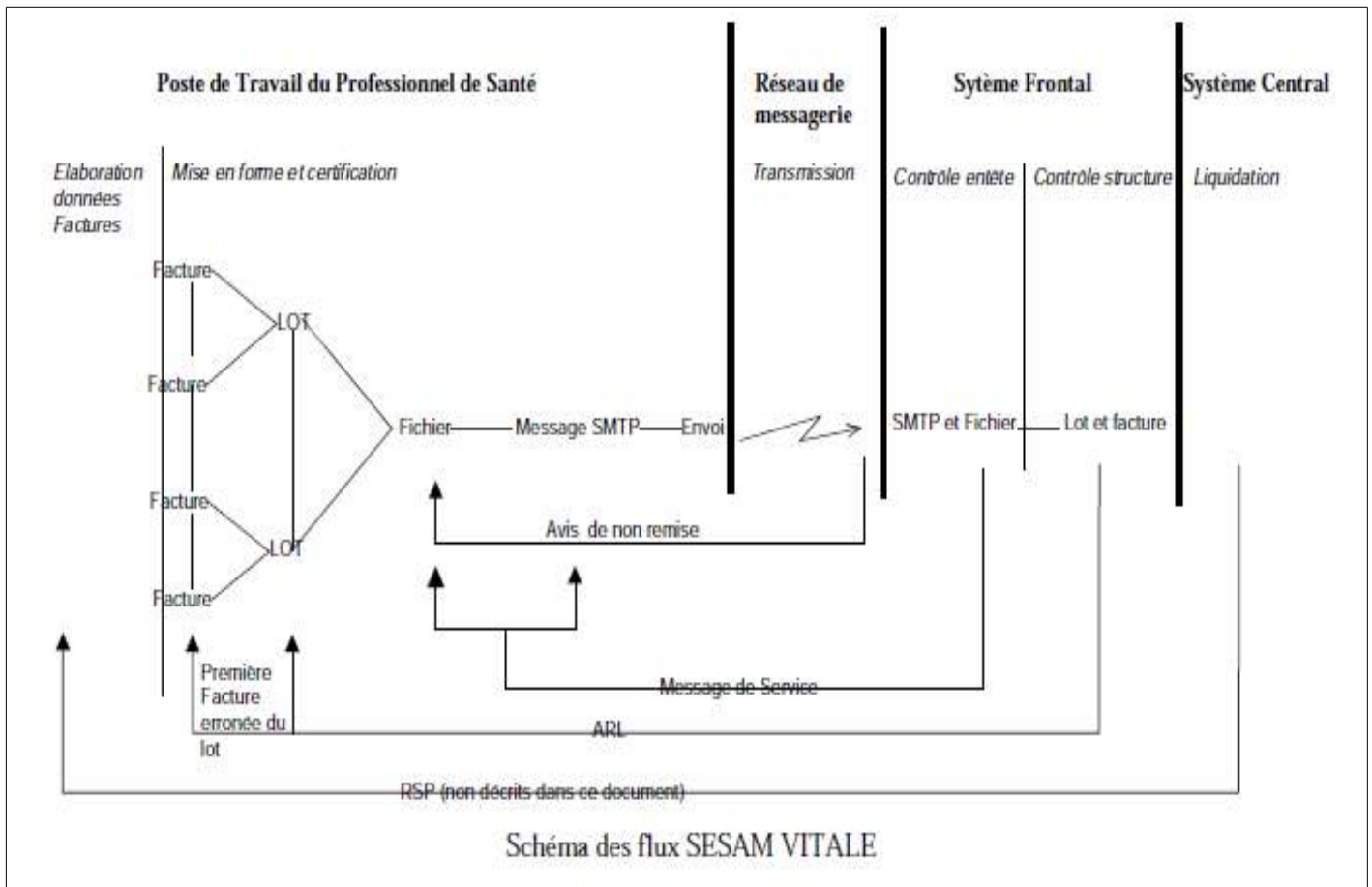


Illustration 18 - Schéma des flux SESAM-Vitale. [Cahier des Charges SESAM-Vitale. Version 1.40-Addendum 6 avec erratum Mars 2012, 29-03-2012]

1) LES SERVICES EN LIGNE [16]

Afin de simplifier et faciliter les démarches quotidiennes pour les différents publics (assurés, Professionnels de Santé, employeurs, partenaires...), l'Assurance Maladie a modernisé ses infrastructures d'échanges pour offrir des téléservices.

En décembre 2006, La CNAMTS ouvre sur son site Ameli.fr un espace Compte de professionnel de santé en ligne « Votre Compte PS ». Les professionnels de santé peuvent interroger les informations administratives détenues par les Caisses dans leurs fichiers, ainsi que des données de paiement et des informations concernant leurs patients.

Depuis 2007, un portail d'accès aux services en ligne de l'Assurance maladie pour les professionnels de santé appelé « Votre Espace pro », permet l'accès à l'Historique des Remboursements. Les médecins visualisent alors en ligne l'ensemble des soins, médicaments et examens remboursés à leurs patients au cours des douze derniers mois. Cela permet d'éviter les examens redondants ou de prévenir des interactions médicamenteuses. L'information médecin traitant et les certificats électroniques de décès sont également accessibles via ce service.

Depuis le 23 janvier 2011 : les deux portails d'accès aux services en ligne de l'Assurance Maladie pour les Professionnels de santé (« Votre Espace PRO » et « Votre Compte PS ») fusionnent en un point d'entrée unique : « Espace pro ». La connexion est possible avec ou sans la carte CPS. Les professionnels de santé peuvent alors suivre en temps réel les paiements en tiers payant, commander les formulaires, s'informer sur les droits à l'assurance maladie de ses patients ou encore contacter en ligne la caisse d'Assurance Maladie.

En septembre 2012, le service Avis d'Arrêt de Travail (AAT) est accessible également directement via « espace pro ». L'AAT permet de saisir et d'adresser sans délai un formulaire d'arrêt de travail au service médical de la caisse du patient via le Réseau SESAM-Vitale (RSV).

De même le DMP, un carnet de santé informatisé et sécurisé, est accessible pour le patient et pour les professionnels de santé (avec l'accord du patient). Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. « *Tout bénéficiaire de l'assurance maladie peut bénéficier gratuitement d'un DMP s'il le souhaite. Le DMP peut contenir des comptes-rendus hospitaliers et radiologiques, des résultats d'analyses de biologie, des antécédents et allergies, des actes importants réalisés, des médicaments qui ont été prescrits et délivrés...* »[17]

À tout moment, il est possible de supprimer certains des documents qu'il contient, ou masquer certaines informations.

C - LA COMPLEXITÉ DU PROJET SESAM-VITALE.

Comme toute évolution majeure, celle du monde de la santé ne se fera pas sans à-coups, espoirs ou désillusions. SESAM-Vitale est un système qui se caractérise avant tout par la lenteur qui a affecté son développement. Le projet, du fait de ses ambitions, s'est heurté à des problèmes techniques, économiques et politiques.

SESAM-Vitale était un projet unique au monde par son ampleur lorsque qu'on le compare à des opérations cartes santé menées dans d'autres pays. Il s'agissait 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 plus de 300 000 professionnels.

Passant sans cesse « *de l'optimisme béat au pessimisme béant, la mission a enregistré les critiques, les doutes mais aussi les espoirs que suscite le projet* ». [18]

Mme Martine Aubry déclarait devant la Commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre 1998. [19] « *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. »

1 - LA CONTRAINTE DE L'INFORMATISATION DU CORPS MÉDICAL

Le retard à la mise en place de SESAM-Vitale s'explique pour une part par l'informatisation initiale très hétérogène des médecins. Or, sans une informatisation globale du secteur de la santé, le système SESAM-Vitale ne pouvait exister. Cela supposait donc que les praticiens soient tous équipés et formés.

Pour cela, les pouvoirs publics affirment une volonté politique décisive au projet SESAM-Vitale grâce à la parution au Journal Officiel de la République Française (JORF) des ordonnances du 24 Avril 1996. Elles sont appelées les Ordonnances Juppé. L'article 8 officialise la dématérialisation des feuilles de soins et impose aux professionnels de santé, et notamment aux médecins, d'être en mesure d'élaborer, de traiter et de télétransmettre des feuilles de soins électroniques avant le 31 décembre 1998 sous peine de sanctions financières. Parallèlement à cette obligation, les caisses ont eu le même délai pour mettre en service le Réseau Santé-Social (RSS) ainsi que remettre à l'ensemble des assurés sociaux leur carte Vitale et à chaque professionnel de santé sa CPS.

A) UNE RÉVOLUTION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

« *Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères* » déclare toujours chaque médecin en prêtant le serment d'Hippocrate. L'entrée dans l'ère numérique bouscule la tradition médicale fondée sur la transmission orale du savoir d'un maître à son élève. Jadis les changements de modalités dans les prises en charge des patients s'effectuaient progressivement, en diffusion lente dans le corps professionnel, sans remettre en cause les pratiques classiques. Aujourd'hui l'accélération des avancées technologiques impactent brutalement les façons d'exercer les métiers de la santé et la façon dont ceux-ci coopèrent entre eux.

« *Ce n'est pas marquer une défiance que de prendre du temps pour réfléchir, selon la méthode expérimentale. Il s'agit donc encore moins d'aller résolument tout droit sans savoir où nous allons* » disait Docteur Jacques Lucas, Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins lors d'un entretien de presse en décembre 2007 [20]. « *La fascination qu'éprouvent nos sociétés devant les prouesses que permettent les technologies de l'information et de la communication ne doit pas l'emporter sur*

la réflexion éthique appliquée à leurs usages médicaux. L'Ordre des médecins n'est pas le gardien de la tradition. Il est, par contre, le garant de préservation de l'éthique médicale et de la déontologie professionnelle dans ce nouveau monde numérique de la santé. » écrivait-il encore le 2 juin 2010 dans un article du journal « Le Monde »[21].

Par ailleurs, les matériels informatiques proposés sur le marché sont innombrables et l'incompatibilité des systèmes entre eux est un véritable casse-tête qui ne facilite pas la tâche des praticiens. Les pionniers de la télétransmission devaient se familiariser avec des premiers progiciels bien souvent réduit à des prototypes et de son côté, le RSS hoquetait encore si bien que les tentatives de connexion était parfois infructueuses. L'investissement était estimé à 4500€ par praticien pour acquérir ordinateur, lecteur de cartes, modem, logiciels et abonnement au RSS.[22]

L'informatisation des cabinets médicaux va donc prendre du temps. Fin 1996, selon une enquête menée par le centre de sociologie et de Démographie médicales, le taux d'informatisation des médecins généralistes n'était encore que de 34 %. Et L'utilisation de l'outil informatique concernait surtout le traitement de texte, la gestion du cabinet et la gestion du dossier des patients. [23]

B) LES INCITATIONS DES AUTORITÉS À L'INFORMATISATION.

Suite aux mesures imposées par le plan Juppé de 1996, un mouvement de protestation a vu le jour chez les professionnels de santé à qui on demandait sous la contrainte et dans des délais très courts, de repenser leur pratique médicale. Le contrat FORMMEL (Fond d'Organisation et de Modernisation de la Médecine Libérale) va alors être mis en place pour favoriser la télétransmission. C'est un contrat d'aide à l'informatisation des praticiens libéraux. Il est créé par décret le 11 septembre 1996. Ce contrat comporte deux parties, l'une concernant les engagements du médecin, l'autre les engagements de la CNAMTS :

- La première partie du contrat fixe d'une part des délais : les médecins s'engagent dans les trois mois qui suivent la diffusion des cartes Vitales à télétransmettre 50% des actes pour arriver à 90% dans les six premiers mois (la date de référence étant la fin de distribution des cartes dans la région considérée) et d'autre part le type de matériel nécessaire dont doit s'acquitter le professionnel de santé pour la télétransmission (ordinateur, lecteur, logiciel agréé...).
- La deuxième partie du contrat fixe le montant de l'aide accordée aux médecins télétransmetteurs. Il s'élève à 9000 Frs soit 1372 Euros : 6000 Frs soit 914 Euros pour l'acquisition du matériel informatique et 3000 Frs soit 457 Euros correspondant aux frais occasionnés par la télétransmission dans le cadre de SESAM-Vitale (6 cents par feuille de soins électronique télétransmise limité à 7500 feuilles de soins électroniques par an).

En contre-partie, les médecins, en signant ce contrat s'engagent de manière volontaire à télétransmettre. Et si le praticien ne respecte pas son engagement, les aides devront être entièrement remboursées. Une obligation de maintenance à la charge du praticien fait également partie des conditions du contrat. La date limite de signature du contrat FORMMEL était fixé initialement au 31 décembre 1997. Un moratoire avait été demandé, notamment par le conseil de l'ordre des médecins, qui repoussa son échéance aux 31 mars 1998. Au-delà de cette date, les professionnels de santé qui ne procédaient pas à la télétransmission auraient dû s'acquitter d'une contribution forfaitaire aux frais de gestion des feuilles de soins papier.

c) LES MÉDECINS SONT CRITIQUÉS COMME RÉFRACTAIRES À L'INFORMATISATION.

Les aides de l'état vont permettre l'accélération de l'informatisation des médecins libéraux mais, seulement pour télétransmettre d'après un rapport d'information présenté en 2005 par le sénateur Jean-Jacques Jégou [24]. Il faisait observer que « *si les médecins libéraux en cabinet ou en clinique, généralistes et spécialistes, sont informatisés en forte proportion (80 à 85 % seraient équipés, notamment grâce aux aides accordées par l'assurance maladie en 2000-2002 et à la mise en place du projet SESAM-Vitale), seuls 40 à 60 % d'entre eux ont recours à un dossier informatisé et peu d'entre eux disposent d'un dossier patient réellement ouvert, communicant et utilisant une application moderne. La médecine libérale doit donc fournir un effort important d'adaptation de ses outils informatiques à court terme pour répondre aux impératifs de partage du dossier du patient. Par ailleurs, l'utilisation de l'équipement informatique par les professionnels de santé libéraux reste principalement orientée vers la transmission des feuilles de soins électroniques : 79 % des généralistes l'assurent en 2005 contre 53 % des spécialistes. L'usage à des fins médicales n'est pas encore généralisé. Enfin, les équipements des professionnels de santé libéraux sont encore majoritairement reliés à l'internet bas débit pour la télétransmission de feuilles électroniques. Seuls 20 % des médecins généralistes ont un accès à l'internet haut débit et 50 % d'entre eux disposent d'un ordinateur qui a moins de cinq ans.* »

Cependant, s'il existe des chiffres aussi fiables que ceux sur la taille de la sardine qui aurait bouché un jour le port de Marseille, c'est bien ceux de l'informatisation des professionnels de santé ! L'informatisation de la médecine de ville est ausculté le plus souvent seulement par « le petit bout de la lorgnette » qu'est la télétransmission des feuilles de soins électroniques avec des références fort anciennes et plutôt contestables.

Ainsi, l'avis du 29 novembre 2007 de la Conférence nationale de santé relatif à l'informatisation des données personnelles de santé [25] relate une informatisation insuffisante et inadaptée des médecins libéraux mais avec des chiffres vieux de cinq à sept ans basés, pour la plupart, sur la population des médecins en télétransmission

ou bien sur des petits effectifs mal représentatifs de la population des médecins français : *« Si l'informatisation des cabinets est ancienne, aujourd'hui les résultats ne sont guère brillants. Si 84 % des spécialistes en médecine générale télétransmettent, seulement 66 % des autres spécialistes le font. Encore faut-il noter que dans ces médecins télétransmetteurs, un quart d'entre eux utilisent un dispositif de télétransmission autonome (de type Intellio, par exemple) ou sans fichier patient (comme Helledoc Edition Spéciale, par exemple).[...]En octobre 2000, l'enquête FORMMEL, réalisée via Internet, a vu la participation de 3200 médecins, dont 88 % de généralistes. Elle a montré que 99 % d'entre eux utilisent l'ordinateur principalement pour la gestion du dossier médical, si l'on accepte qu'en pratique de ville la gestion du dossier médical recouvre en pratique des modalités très différentes. En 2002, une enquête réalisée par l'U.R.M.L. P.A.C.A. portant sur 1 649 médecins a montré que 80 % d'entre eux utilisaient un fichier « patients », que 62 % utilisaient le courrier électronique et que 96 % utilisaient Internet. Parmi ceux qui ne sont pas informatisés, la cause invoquée est le manque de connaissances techniques supposées et nécessaires pour 27 % d'entre eux. Les attentes des médecins qui se sont exprimés dans cette enquête concernent l'échange de données médicales pour 78 % d'entre eux, les 22 % restants ne se prononçant pas. Au total, la gestion informatique reste, en ville, individuelle et peu communicante. Elle porte le plus souvent sur la gestion courante du cabinet, l'enregistrement des observations, la gestion des rendez-vous et des fonctions d'édition d'ordonnance contrôlée par l'accès à une base de données sur les médicaments. Les équipements, pour certains vétustes, reposent sur des logiciels hétérogènes. Le nombre de société fournisseurs de logiciels de gestion de cabinet ou d'applications de gestion de dossier pour la médecine libérale est de l'ordre de 150 en France. En Grande-Bretagne, ce nombre s'est réduit à une quinzaine. Par ailleurs la possibilité d'utiliser l'ADSL incite les médecins à se connecter en permanence sur le réseau pour disposer instantanément de documents attachés aux messages qu'ils envoient. Cette possibilité, actuellement limitée à une partie du territoire, devrait exister partout. [...] [25]*

D) LE DÉMARRAGE DE SESAM-VITALE MARQUÉ PAR UNE OPPOSITION FORTE DES MÉDECINS ET DE LEURS SYNDICATS.[26]

« *C'était le 3 juin 1998 à 16H30, pour être précis ...* » se souvient Yves Le Dantec. Il venait tout juste d'être nommé directeur de la CPAM du Nord-Finistère quand il reçut les toutes premières feuilles de soins électroniques télétransmises au moyen de la carte Vitale. En Bretagne, terrain d'expérimentation de la télétransmission (à Vitré en Ille-et-Vilaine), le directeur de la CPAM de Brest se souvient que « *quelques médecins passionnés d'informatique ont eu plaisir à démarrer* ». Un plaisir de courte durée pour la poignée de médecins expérimentateurs installés à Vitré et à Charleville-Mézière, en Champagne-Ardenne. Regroupés en association ou coordination, ils ont tôt fait d'entamer un boycott de la télétransmission dès le mois de juin 1998 [2], afin de protester à la fois contre une rémunération jugée insuffisante pour cette nouvelle tâche technique, et contre le flou entourant leur responsabilité en la matière.

Des caps difficiles, il s'est ensuivi une vaste fronde anti-Vitale, menée plusieurs années durant par les syndicats non signataires de la convention généraliste de 1998 (paraphée seulement par MG-France) et relayée par la résistance passive de nombreux médecins sur le terrain. « *Vitale, c'est pas Vitale !* », claironnait alors le Syndicat des médecins libéraux (SML) dans ses fréquents mots d'ordre de grève.

Le système SESAM-Vitale a bravé par la suite d'autres tempêtes : le bug de l'an 2000, le passage à l'euro en 2002, ainsi que les nombreuses mises à jour liées aux évolutions réglementaires ou conventionnelles, comme la CMU, l'instauration des parcours de soins en 2005 ou encore la révolution de la nouvelle nomenclature des actes techniques (CCAM). Autant de caps difficiles générateurs de « plantages informatiques », obligeant à maintes reprises les médecins libéraux à retourner provisoirement ou partiellement aux bonnes vieilles feuilles de soins papier.

2 - LA PLANIFICATION POLITIQUE IMPARFAITE DU PROJET SESAM-VITALE

A) DES OBJECTIFS TÉNÉBREUX.

Puisque les enjeux sont majeurs pour la réussite de SESAM-Vitale et de la télétransmission des feuilles de soins électroniques... mais aussi du DMP, de la télémédecine, de la e-prescription, l'informatisation de la médecine de ville est devenu très rapidement un débat public. Mais, les objectifs poursuivis trop flous et le pilotage versatile a finalement fait souffrir l'informatisation du monde de la santé.

Il existe un large accord sur la nécessité d'informatiser le système de santé français puisque les objectifs communément assignés à l'informatique de santé sont :

- 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.

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 et 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 "), mais, il n'a jamais existé 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'existait 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...Mais, l'informatisation du système de santé doit-elle être un projet public, défini et piloté par l'Etat ?

Si l'ensemble des interlocuteurs de la mission se sont référés aux objectifs de l'informatisation de la santé, ils n'ont cependant jamais été définis comme objectifs nationaux !

Trop d'incertitudes planaient autour de SESAM-Vitale lors de son élaboration. Selon le rapport Bacquet [18], « *L'informatisation du système de santé a été abusivement réduite à la télétransmission de la feuille de soins électronique. Une ambition nationale a été confondue avec un sous-projet à caractère administratif et financier. SESAM-Vitale a été perçu comme un simple outil de télétransmission des feuilles de soins électroniques et non pas comme l'une des pierres angulaires du développement des systèmes d'informations de santé.* »

Si l'informatisation faisait la quasi-unanimité, le flou entretenu par les caisses n'a fait qu'accentuer les réticences des professionnels de santé chez qui le doute étant installé, la confusion régnait.

B) UN PILOTAGE EFFACÉ ET UN MANQUE DE RÉFÉRENTIEL TECHNIQUE GLOBAL.

La maîtrise d'ouvrage du projet SESAM-Vitale a été attribuée à la CNAM alors que le rapport Rozmaryn [27] préconisait la création d'une direction informatique au ministère de la santé assumant cette fonction. « *Une mission de coordination a cependant été mise en place mais dotée de moyens administratifs légers, elle 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 : le budget de l'opération* » [18]. 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 plutôt contestée* ». [18]

La mise en place du Réseau Santé Social a été attribué à Cegetel après appel d'offres. 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. Personne n'assure la totalité de la conduite du projet.

Les professionnels de santé ne constituent pas du tout un centre de décision, même si le syndicat de médecin MG-France, signataire de la convention des généralistes, puisse être désigné comme partie prenante. L'ensemble des professionnels de santé ont été insuffisamment associés à la définition et à la conduite du projet.

Les responsabilités de maîtrise d'ouvrage et celles de maîtrise d'œuvre ont ainsi été largement confondues et de plus réparties entre plusieurs pôles qui se sont coordonnés de façon essentiellement informelle. Il en est résulté une absence de documents de référence mais aussi des relevés de décisions permettant d'assurer la cohérence et le phasage du projet aux plans fonctionnel et technique et donc d'assurer un suivi objectif de l'avancement.

« *Tous les acteurs concernés par le projet SESAM-Vitale admettaient que le document intitulé Cible Fonctionnelle daté d'Avril 96 [pourtant écrit dans ce but] ne pouvait constituer en aucun cas ce référentiel. S'il marquait un point*

d'aboutissement, il n'indiquait pas le cheminement retenu pour y parvenir, ni la justification des choix déjà opérés, ni l'ordonnancement des tâches, même macroscopique. Il laissait également en suspens un nombre significatif de points importants pour lesquels les décisions étaient encore à prendre » [28].

Alors qu'il n'était pas clair de savoir qui était responsable de l'intégration globale de toutes les composantes du projet, qu'aucun véritable site pilote n'a été programmé, un calendrier très ambitieux de généralisation a été décidé, anticipant même sur celui des Ordonnances, sans évaluation réelle de faisabilité technique et logistique.

Cette absence d'une direction claire du projet s'est traduite par un manque de visibilité pour les acteurs industriels, lesquels hésitaient de ce fait à s'engager.

Les expérimentations de terrain, effectuées dans les années 80 sont finalement peu représentatives tant au plan technique, qu'au plan du déploiement à grande échelle. Ces expérimentations, lancées pour la plupart plus de 10 années avant les Ordonnances Juppé de 1996, ne concernaient toujours qu'une centaine de pharmaciens sur quelques sites et mois d'un millier de médecins sur un troisième...
« *Étant donné l'ampleur du projet, il s'agit là, pour utiliser le vocabulaire consacré, non de "pilotes de généralisation", mais plutôt de "tests de faisabilité".* » [28]

Ces expérimentations ont été menées localement, avec des solutions techniques locales, sans pouvoir prendre en compte les problèmes les plus difficiles qui sont liés à l'extension nationale du système. Elles n'ont pas fait apparaître de difficultés techniques sérieuses ce qui ne leur a pas permis de jouer leurs rôles de découvreuses de problèmes, en particulier ceux liés à la dimension supra-régionale du système. L'évolution très rapide des techniques électro-informatiques et des réseaux a également participé à rendre ces premiers essais inexploitable.

Aucun véritable bilan global n'a été fait au niveau de la direction du projet et il est difficile d'identifier précisément en quoi ces expérimentations ont été prises en compte dans la conduite technique du projet.

C) LES DIFFICULTÉS DE COORDINATION DES NOMBREUX ACTEURS.

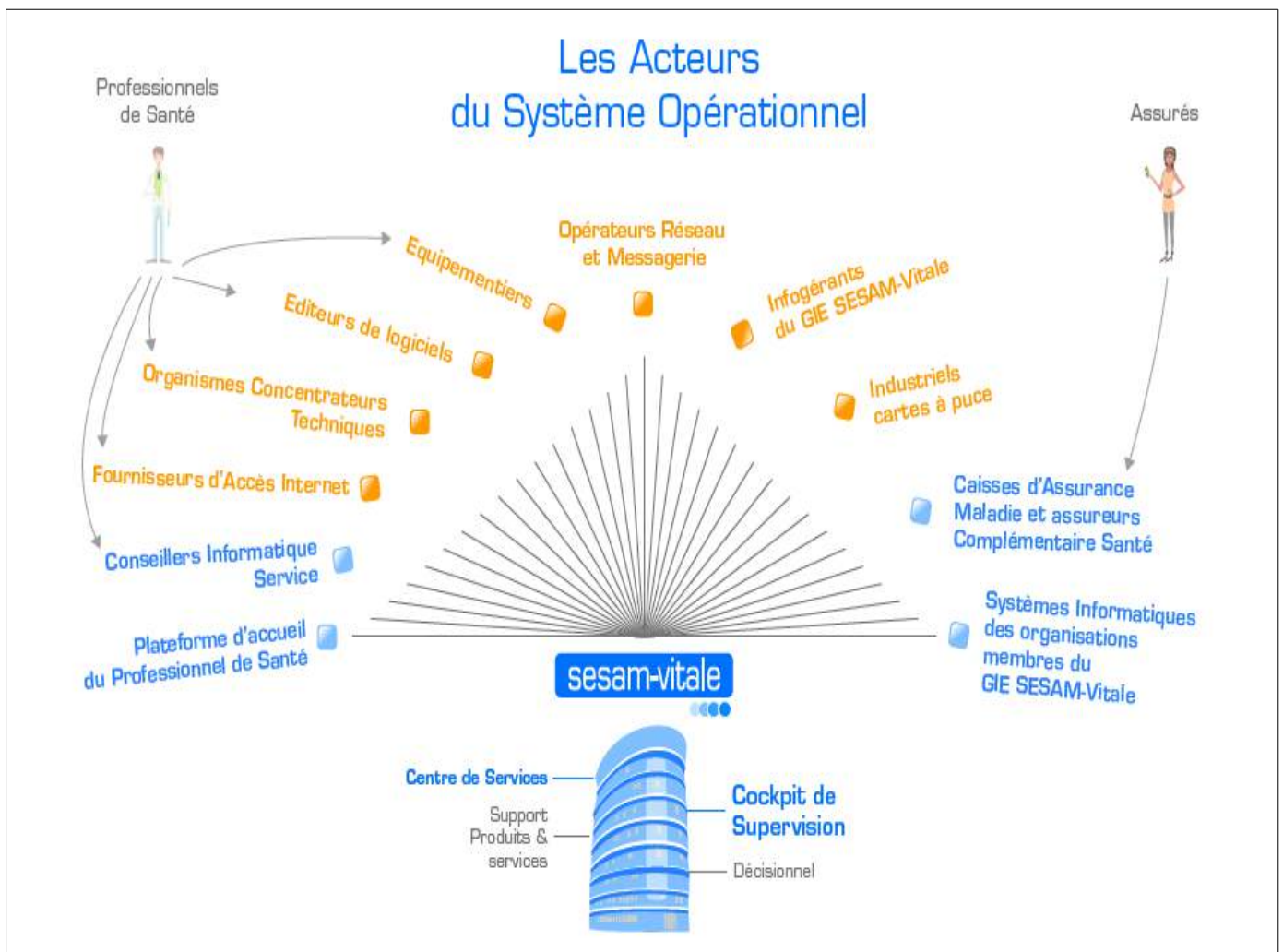


Illustration 19 - Les acteurs du système opérationnel SESAM-Vitale. [15]

« Le projet SESAM-Vitale constitue le projet phare lancé par les Ordonnances, qui concerne tout le monde et cristallise les positions car il va constituer le premier élément structurant des systèmes d'information de santé [...] Les décisions politiques prises à cet égard dans les Ordonnances constituent donc un formidable pari sur la capacité de la communauté de la santé française à construire ensemble des outils qui servent à tous ». écrivait Mr Rozmaryn dans son rapport en 1996 [28].

Les motivations sont diverses et conformes aux intérêts, parfois divergents, des acteurs, dans un contexte de pression de gestion accrue sur le système de santé et de maîtrise comptable et/ou médicalisée des dépenses.

Les gestionnaires y voient un moyen de meilleure connaissance des circuits financiers pour mieux cibler leurs actions et, il est vrai, que maîtriser un système complexe comme celui de la santé, quand on ne dispose essentiellement que d'informations comptables pas toujours exhaustives, s'est révélé impossible. Ceux des caisses d'assurance maladie ont été bâtis pour rembourser les assurés, c'est-à-dire pour "saisir" les dépenses et faire les paiements. Les praticiens de leur côté ont conscience que l'informatique ne peut que améliorer leurs pratiques médicales même au-delà de la gestion de leur cabinet. En effet, il apparaît clairement que l'exercice des métiers de santé nécessitera de plus en plus de faire appel à des données de plus en plus nombreuses, évolutives et complexes. Il impliquera une croissance des échanges entre praticiens, en ville et à l'hôpital. Seule, l'informatique permettra d'y parvenir. En outre, l'informatisation des cabinets médicaux constituera une formidable modernisation du "métier du médecin" et brisera son isolement, à un moment ou, à l'évidence, cette profession cherche une nouvelle dynamique.

La complexité de mise en œuvre de SESAM-Vitale réside également dans le déploiement à l'échelle nationale du système avec tous les problèmes de coordination et de logistique que cela impose.

Or la GIE SESAM-Vitale est le point de contact unique aux utilisateurs du « Système Opérationnel » et se doit de travailler en collaboration avec les autres acteurs impliqués dans le système de SESAM-Vitale qui sont ...nombreux !

Panorama des principaux Industriels impliqués en 2012

Industriels fournisseurs dans le processus « Carte Vitale » et « Carte Européenne d'Assurance Maladie »



- Industriels de la carte à puce
- Industriels du traitement de documents
- Logisticiens
- Imprimeurs
- Auditeurs industriels

Industriels fournisseurs de solutions aux 300 000 Professionnels de Santé (agrés CNDA ou homologués SESAM-Vitale)



- Editeurs de logiciels
- Equipementiers
- OCT

Opérateurs d'infrastructure fournisseurs du GIE dans le transport sécurisé de données



- Opérateur réseau Télécom
- Opérateur de transactions électroniques sécurisées

Pour une liste exhaustive, veuillez scanner le code ci-contre :



Illustration 20 - Panorama des principaux industriels impliqués dans le système SESAM-Vitale en 2012 [11]

Les enjeux liés à la dématérialisation des échanges exigent un haut niveau de qualité et une continuité des services pour les 300 000 Professionnels de Santé quotidiennement concernés et pour les millions d'assurés utilisant les services SESAM-Vitale. De nombreux opérateurs publics et privés sont impliqués en permanence dans la chaîne de fonctionnement opérationnelle : Les éditeurs de logiciels, les industriels de cartes à puce, les ateliers de personnalisation de cartes Vitale et de numérisation de photos, les équipementiers fournisseurs de lecteurs ou de bornes de mise à jour de cartes, les organismes concentrateurs de flux, les fournisseurs d'accès internet, les principaux sites informatiques des membres du GIE SESAM-Vitale, ainsi que leurs caisses ou organisations locales, les opérateurs télécom et opérateurs de messagerie.... Faire coopérer l'ensemble de ces protagonistes dont la fonction et les intérêts sont bien différents n'est pas une mince affaire !

Le GIE SESAM-Vitale assure également la supervision permanente en temps réel du bon fonctionnement du système, et en particulier la surveillance des flux. Il assure de ce fait un support technique vis-à-vis de tous les acteurs de la chaîne opérationnelle. Le nombre d'événements enregistrés (questions, demandes d'information, incidents) suit la courbe de croissance des usages du système SESAM-Vitale pour atteindre un volume total de 5 150 tickets enregistrés en 2012 (+40 % par rapport à 2011). [11]

D) UN PROJET QUI TRAÎNE EN LONGUEUR.

Le démarrage du projet date de plus de 25 ans. On a eu le temps de perdre de vue les finalités de certains choix fonctionnels ou techniques. La succession des décisions, chacune rationnelle dans son contexte local du moment, ne peut, sur des périodes de temps si longues, garantir la cohérence globale.

Par ailleurs, avant la parution des Ordonnances, aucun enjeu réel n'était attaché par les décideurs à ce projet, considéré comme expérimental et donc laissé largement aux mains des techniciens. Quelles qu'ont été leurs compétences et leurs bonnes volontés, ils ne pouvaient pallier la non-implication des décideurs.

Un retard considérable s'est accumulé dans le déploiement et la distribution des cartes Vitale puisque la généralisation de la carte Vitale n'a pu commencer que en avril 1998 malgré les premières réflexions sur le projet nées à la CNAMTS en 1978 : les industriels chargés de la fabrication des cartes n'ont été choisis qu'en 1997 si bien que la généralisation de la carte à puce, prévue pour la mi-1997, a dû être repoussée à avril 1998, en raison de retards sur l'adaptation réglementaire, sur la diffusion de la CPS, et également sur l'absence d'offre de progiciels de télétransmission et sur les délais de mise en place du RSS. [29]

3 - LES CONTRAINTES ET LES ERREURS TECHNIQUES DU SYSTÈME SESAM-VITALE

De juillet à septembre 1996, une évaluation technique des projets de déploiement des applications des technologies de l'informatisation dans le domaine de la Santé a été réalisé par B.Lorimy et Associés (Entreprise indépendante de conseil en systèmes et logiciels informatiques) [30] à la demande de Mr Charles Rozmaryn dans le cadre de sa mission d'examen d'orientations et de recommandations pour rationaliser les systèmes d'information de santé pour le ministère du travail et des affaires sociales. [27]

Plusieurs problèmes techniques ont été soulevés et étudiés... Malheureusement certains persistent encore aujourd'hui faute de solutions ou plutôt de moyens pour les résoudre.

A) LES FOURNITURES SESAM-VITALE.

Créer et télétransmettre une feuille de soins électronique nécessitent l'installation sur le poste de travail des professionnels de santé, d'une couche logicielle "propriétaire" développée par le GIE SESAM-Vitale : Les fournitures SESAM-Vitale.

Elles regroupent l'ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie et doivent être inclus obligatoirement dans le progiciel de santé pour son homologation :

- Les Modules SESAM-Vitale : ce sont les modules "logiciel" obligatoires pour la création et la sécurisation des feuilles de soins électroniques. Ils comprennent les services offerts par SESAM-Vitale : Services de Réglementation et Tarification de la part AMO [SRT], Services SESAM Vitale [SSV] et Services de Tarification Spécifique [STS])
- Le GALSS ou Gestionnaire d'Accès aux Lecteurs Santé-Social. C'est un module SESAM-Vitale chargé de gérer les relations entre un ou plusieurs lecteurs SESAM-Vitale et le système d'exploitation de l'ordinateur. Le "galss.ini" est un fichier au format texte. Un double-click sur le fichier permet son édition.
- Le PSS ou Protocole Santé-Social, permet de communiquer avec les lecteurs SESAM-Vitale et les lecteurs transparents NF-CPS ou PC/SC (lecteurs qui uniquement lisent les cartes Vitale sans pouvoir créer de feuilles de soins électroniques). Les lots sécurisés de feuilles de soins électroniques seront constitués grâce à ce protocole.
- Le logiciel du lecteur SESAM-Vitale ou API SESAM-Vitale. L'API (Application Programming Interface) de Lecture Vitale constitue un module logiciel offrant des fonctions de lecture de la carte Vitale. Son utilisation doit permettre à tous les acteurs du monde de la Santé d'accéder aux données de la carte Vitale tout en garantissant la qualité des outils développés ainsi que la fiabilité de la lecture des données inscrites en carte. Actuellement on en est à la version 5.02 du « package », disponible pour les OS Windows, Mac OS et Linux. Il existe toutefois une alternative libre au pack logiciel propriétaire API de lecture Vitale appelée *Alibaba* [31]
- Les logiciels d'installation.

Les Services SESAM-Vitale (SSV) génèrent des feuilles de soins électroniques en utilisant le GALSS pour dialoguer avec les lecteurs bifentes SESAM-Vitale. Mais le GALSS ne supporte que le PSS (Protocole Santé-social) qui permet de communiquer avec les lecteurs SESAM-Vitale et les lecteurs transparents mono-fente NF-CPS ou PC/SC. Or le PSS ne permet la communication entre les applications et les lecteurs que via le port série (RS-232).

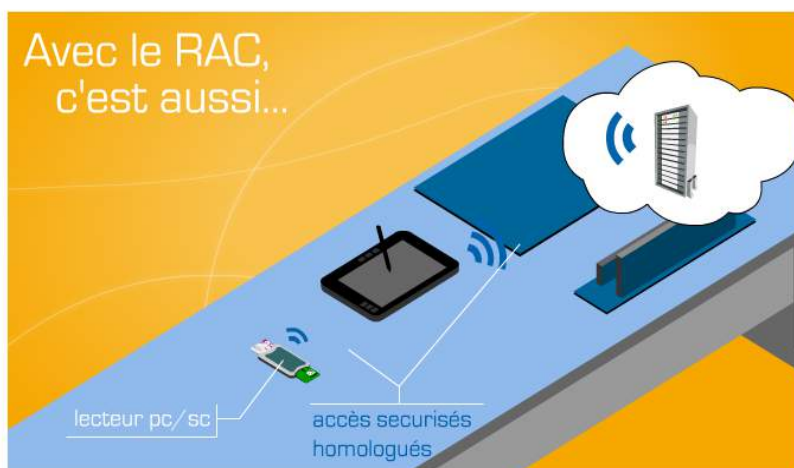
Le CNDA, qui assure aussi la certification qualité des flux de factures électroniques des établissements de santé ainsi que la diffusion des API pour le compte du GIE Sesam Vitale, donne pour l'ensemble des régimes d'AMO et AMC un agrément aux différents logiciels de création des feuilles de soins électroniques selon un cahier des charges qui évolue lui aussi au fil des ans. Le Cahier des Charges SESAM-Vitale est le document de référence qui permet aux éditeurs de développer un progiciel de santé compatible avec le système SESAM-Vitale (c'est-à-dire apte à utiliser la carte Vitale de l'assuré social).

Aujourd'hui, les applications du GIE SESAM-Vitale sont obligatoirement installées sur le poste local du Professionnel de Santé sur lequel est connecté le lecteur « filaire » ou PC/SC.

Le GIE SESAM-Vitale a publié en 2012 un Référentiel Accès Cartes (RAC). Ce référentiel porte sur la sécurisation de la liaison entre les cartes Vitale et CPS et les applications de la sphère santé/social tels que la facturation SESAM-Vitale, les services en ligne de l'Assurance Maladie, etc... Il permet de rendre ces services accessibles à partir de n'importe quel équipement, y compris avec des systèmes d'exploitation mobiles telles que les tablettes sous Android ou iOS.

Les lecteurs PC/SC filaires de type USB ou RS232 (série) ne sont cependant pas concernés par l'homologation RAC.

Ce référentiel ne permettra pas non plus de remplacer les cartes Vitale et CPS.



B) LA LOURDEUR DE L'ARCHITECTURE LECTEUR DE CARTES-POSTE DE TRAVAIL.

Pour ne pas remettre en cause fondamentalement, au plan technique comme au plan des procédures, l'informatique des systèmes centraux des caisses et sans doute aussi pour conserver le "contrôle" des caisses sur le système, on a eu tendance à transférer sur le poste de travail du professionnel de santé les problèmes venant en particulier des limitations et de l'hétérogénéité de ces systèmes centraux. Il en résulte que sur le poste de travail devront coexister au moins « *trois ensembles de logiciels : ceux du lecteur et des modules d'interfaces ou applicatifs fournis par le GIE et le GIP, les applications des SSII [Société de Service en ingénierie informatique responsable de la fabrication des progiciels], elles-mêmes en versions non synchronisées devant s'intégrer sur "p" versions de "n" systèmes d'exploitation* » [30]. Il faut en attendre obligatoirement des difficultés d'intégration et de maintenance, aussi bien au plan technique qu'au plan des responsabilités, avec pour conséquences des obstacles technico-économiques à l'adaptation et à l'acceptation des professionnels de santé au projet SESAM-Vitale. D'autant plus que cette architecture conçue unilatéralement par l'Assurance Maladie a accaparé les capacités de développement des éditeurs au détriment des fonctionnalités métier des progiciels.

« Un médecin n'étant pas forcément censé avoir les compétences informatiques d'un ingénieur système, le GIE SESAM-Vitale oblige les fabricants à rendre leurs lecteurs compatibles plug-and-play » [32]

Des interfaces multiples présents sur le poste de travail du médecin découlent de manière obligatoire des risques combinatoires et des difficultés de migration. Les générations successives de cartes (qui exigent pour les premières des solutions se superposant dans le temps), la géographie complexe et le fonctionnement spécifique des organismes et des centres de traitement dont les solutions techniques présentent une forte hétérogénéité ne sont pas pour simplifier les choses !

« Il existe un énorme risque d'explosion combinatoire des transitions. Il sera d'autant plus fort qu'on voudra accumuler les options sur un même composant du système, qu'on laissera subsister en même temps plusieurs générations de solutions. »[30]

Entre les versions majeures des cahiers des charges SESAM-Vitale, les éditeurs doivent intégrer des "additifs", les "addenda" et les "compléments". Les professionnels de santé n'ont pourtant pas d'obligation réglementaire de mettre à jour leurs logiciels de facturation. Alors que le cahier des charges 1.40 est diffusée depuis mai 2003, certains professionnels de santé réalisent encore leurs feuilles de soins électroniques avec des applications en version 1.3x. Ces feuilles de soins électroniques sont plus souvent rejetées par les frontaux des caisses que les feuilles de soins électroniques réalisées par les logiciels 1.4.

En 2013, la gestion des lecteurs bifentes est toujours basée sur un socle technique archaïque propriétaire conçu il y a deux décades. Même si les lecteurs sont aujourd'hui tous connectés en USB, il faut continuer à émuler un ancestral port série (RS 232) qui a disparu des ordinateurs actuels. Et la compatibilité des émulateurs n'est évidemment pas totale avec les systèmes d'exploitation modernes puisque émulée, la norme USB est amputée de nombreuses fonctionnalités. C'est une source de conflits et de pannes.

« Utilisateur d'un Twin 30 avec un adaptateur USB série qui n'est pas un Keyspan : Attention il y a piège ! Le N° de port COM [Port de communication RS-232] virtuel créé par le système peut changer au gré des branchements-débranchements. Veuillez à le changer dans les paramètres du lecteur sous peine d'avoir des messages d'erreurs GLASS.INI. Comme le système incrémente à chaque fois le N° : 16, 17 puis 18 !! alors que rien n'y est branché , je suis obligé de réattribuer un N° accepté pas AxiAM qui ne tolère pas un 16, 17, 18... »[32]

Une des options la plus radicale mais aussi la plus efficace lorsque un problème d'authentification apparaît (et c'est fréquent !) ou si le lecteur a été accidentellement débranché ou se fige, est de redémarrer totalement le système d'exploitation. Car la relation entre le port de communication RS-232 et le port série n'est pas dynamique. Mais cela prend du temps surtout sur une machine un peu ancienne d'autant que les processus installés par l'assurance maladie ralentissent le lancement du système d'exploitation...

Par ailleurs, au sein du poste de travail, le GALSS gère les accès de tous logiciels implantés sur l'équipement informatique à une même ressource (lecteur SESAM-Vitale, carte Vitale, CPS,...). Dans toutes les configurations, lorsqu'une application accède à une ressource donnée, toutes les ressources connectées via la même connexion (c'est-à-dire le même canal) deviennent inaccessibles à toute autre application !

Le plus ennuyeux est l'utilisation dorénavant du lecteur bifente pour authentifier le professionnel de santé aux Webservices, notamment celui de l'Assurance Maladie "Espace Pro" et celui du DMP. Les problèmes de fonctionnement sont alors beaucoup plus fréquents.

« Les contraintes techniques liées aux progiciels de facturation ont figé les postes de travail à la fin du XXème siècle Elles nuisent même à l'utilisation des nouveaux téléservices de l'assurance maladie ou à l'essor de la messagerie médicale utilisant la CPS [...] Le principal ennemi du DMP c'est bien l'infrastructure Sesam-Vitale ! »: écrit Dr Fraslin dans son article « Recette N° 2 : Trop de sécu gâte la sauce de l'e-santé » le 13 décembre 2010 [33]. Le développement du DMP doit passé d'abord par l'allègement des contraintes sur le poste de travail du médecin.

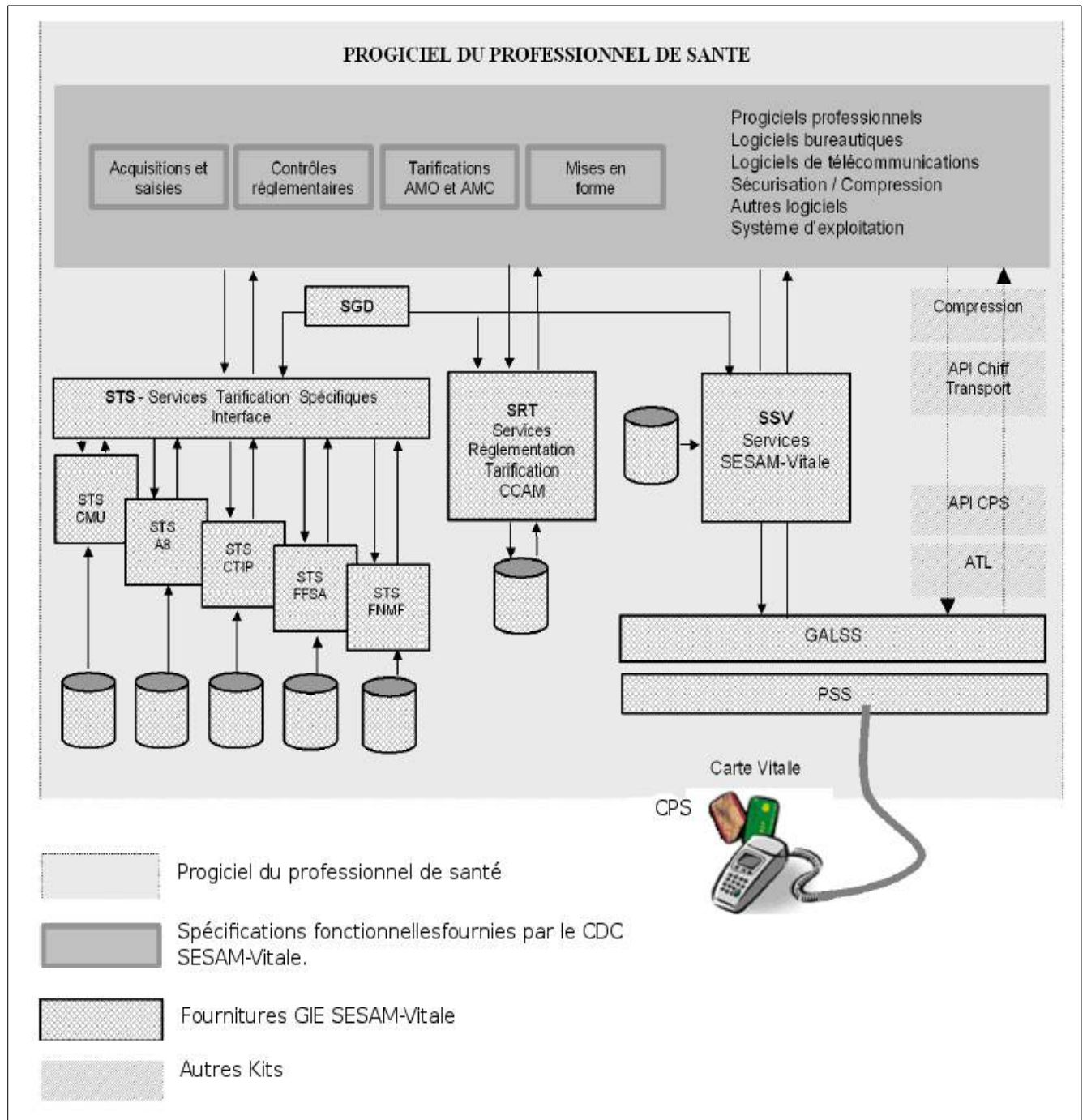


Illustration 22 - Architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé

C) LES PROBLÈMES D'INTEROPÉRABILITÉ.

L'interopérabilité désigne la capacité de systèmes hétérogènes à échanger leurs données, de sorte que celles émises par l'un puissent être reconnues et interprétées par les autres, utilisées et traitées. Deux systèmes, interconnectés directement ou indirectement, sont dits interopérables lorsqu'ils sont en capacité d'échanger de l'information.

Cette interopérabilité revêt différentes dimensions :

- une interopérabilité de contenu qui définit le contenu échangé, en termes syntaxiques (structure et format de fichier, encodage) et sémantiques (vocabulaire utilisé, nomenclatures, terminologies) de manière à permettre la compréhension et l'utilisation des informations par le système destinataire ;
- une interopérabilité de service qui établit le contexte et les règles de l'échange ;
- une interopérabilité de transport et communication qui permet l'interconnexion technique des systèmes et l'acheminement de l'information de l'un à l'autre.

Comme le soulignait déjà Michel GAGNEUX dans son rapport sur le DMP en 2008 [34], « *considéré dans sa globalité, le système d'information de santé français apparaît fragmentaire, cloisonné, peu communicant et faiblement sécurisé* ». L'absence d'interopérabilité au sein des systèmes d'information de santé est un handicap majeur pour le développement du système d'information.

Une des raisons de l'incompréhension sur ce sujet réside dans le fait que sont souvent confondus :

- les outils informatiques nécessaires à la gestion de structures (comptabilité/logistique/gestion des stocks ou circuit du médicament, etc.) avec toutes les spécificités qu'en impliquent les particularités de fonctionnement,
- les logiciels « métier » là aussi spécifiques à l'exercice de chaque profession de santé,
- et enfin les systèmes d'informations utiles au suivi des patients, nécessairement partagés et accessibles aux professionnels, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

L'émiettement des prestataires de services est un réel frein au développement d'une offre globale, adaptée aux besoins des praticiens. L'offre informatique, toutes professions de santé confondues, se singularise par le nombre de produits concurrent, plus d'une centaine de logiciels métiers par exemple. Cette offre est en outre dispersée entre de multiples acteurs, les industriels qui fournissent les équipements et infrastructures supportant les services, les fabricants d'aides techniques et de dispositifs médicaux communicants, les éditeurs de logiciels spécialisés et les intégrateurs, les prestataires de services informatiques...

Par ailleurs, en l'absence de standards, ces logiciels proposent rarement des fonctionnalités d'échanges de données et pour certains d'entre eux la reprise des données d'une version antérieure du même produit s'avère même un problème !

La rationalisation et le développement des systèmes d'informations sont ainsi confrontés à un équipement très hétérogène des professionnels libéraux, une multiplicité de logiciels plus ou moins récents et actualisables, qui se caractérisent avant tout par leur incompatibilité et donc leur inadaptation aux enjeux du système d'information médicale.

« Il convient donc d'engager une réflexion pour mettre fin à l'atomisation qui caractérise l'offre de logiciels de santé, tout en maintenant une vraie diversification pour ne pas entraver les innovations technologiques sources de progrès » écrivait Mme Élisabeth Hubert, ancienne ministre de la santé, le 26 novembre 2010 [35]

L'interopérabilité en matière de système d'informations vise à rendre la communication compréhensible et indépendante des filières technologiques utilisées. *« Elle repose sur un ensemble de conventions techniques entre les parties qui peuvent prendre la forme de convention d'usage, de standards de fait qui s'imposent au marché ou de normes nationales ou internationales. »* [35] Concrètement, les conventions d'interopérabilité débouchent sur des spécifications techniques détaillées appelées spécifications d'interface, ou protocoles, que chaque concepteur se doit de respecter.

Or, cela n'a pas été un objectif jusqu'à un temps récent. Déjà, dans son rapport annuel 2007 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes constate que *« le domaine de la santé se caractérise par un grand nombre de systèmes d'information interdépendants, mais dont les projets sont pilotés par des structures différentes »*. M. Yves BUR montre qu'avec 7 000 systèmes différents en France en 2008, *« l'interopérabilité des systèmes d'information en santé est loin d'être garantie, ce qui ipso facto complique le fonctionnement entre professionnels, limite l'intérêt des exercices regroupés, et engendre des pertes d'efficacité importantes »* [36].

Ce point a enfin été pris en compte avec l'ASIP Santé en juillet 2009. Concernant spécifiquement le DMP, l'ASIP Santé vient de publier fin septembre 2010 une version quasi complète du cahier des charges de la DMP-compatibilité, soit le *« dossier de spécification fonctionnelle et technique des interfaces DMP des logiciels de professionnels de santé »*. Ceci doit permettre d'interfacer les logiciels avec le DMP. Ces éléments très attendus par l'ensemble des acteurs sont un premier pas vers l'alignement des solutions qui les rendrait interopérables.

D) LA CONTRE-PARTIE DES MÉDECINS À LA PARTICIPATION AU SYSTÈME D'INFORMATION MÉDICALE.

Une étude de 2004 comparant les systèmes d'information sur les pratiques de ville dans différents pays : l'Australie, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Unis permettait de connaître les conditions de leur mise en œuvre et de souligner leurs nombreux points communs. [37] Ces similitudes suggèrent qu'elles sont sans doute nécessaires au bon fonctionnement des systèmes en place et devaient servir de base à la réflexion française : Dans cette analyse, les médecins participant au recueil d'informations médicales étaient toujours volontaires quel que soit le pays étudiés.

Dans tous les systèmes, les médecins du « panel » reçoivent une contrepartie. Dans la moitié des systèmes, la contrepartie est financière, mais dans tous les cas celle-ci est intellectuelle. Les médecins reçoivent au moins un rapport sur leur activité et leurs pratiques qu'ils pourront comparer à la moyenne de l'ensemble du panel. Certains ont également un logiciel qui leur permet de faire des statistiques sur leurs données. D'autres pourront avoir accès aux données de la base issue du système et mener des études après accord sur leur projet de recherche. Les contreparties proposées par le GPRN en Australie sont à retenir. En plus d'un retour sur les données, la participation au panel donne des points aux médecins au titre de la formation médicale continue (FMC) et de la participation à des actions de qualité. Elle permet également d'obtenir un soutien technique pour le développement d'audits de pratiques et d'accéder à des formations sur l'utilisation du logiciel médical.

	Systèmes étudiés	Contrepartie pour les médecins		Gestion	Classification diagnostic
		Financière	Intellectuelle		
Australie	Medic-GP	redistribution de recettes sur l'utilisation des données	retour d'information	RCGP ^a	CISP CIM 9
	GPRN	non	retour d'information points assurance qualité et FMC, Evaluation des pratiques	Health Communication Network	Docle ^b
<p><u>Remarques</u> : gestion par la société détentrice du logiciel utilisé par 85 % des cabinets australiens, impulsion publique lors de la mise en place.</p>					
Italie	HSD	non	retour d'information	SIMG ^c	CIM 9
Nouvelle-Zélande	RNZCGP computer research network	non	retour d'information	RCGP ^a	langage vernaculaire
		<u>Remarque</u> : mise en relation avec les séjours hospitaliers des patients.			
Pays-Bas	NIN-GP	1 500 €/an	retour d'information	WOK et Nivel ^d	CISP
Royaume-Uni	GPRD	0,38 €/an/patient	retour d'information	MHCRA ^e	Read ^f
		<u>Remarques</u> : la seule obligation est d'enregistrer la prescription, le diagnostic est moins bien renseigné.			
	Qresearch	non	retour d'information	Université de Nottingham	Read
<p><u>Remarque</u> : renseignements diagnostics insuffisants et accès onéreux.</p>					
	WRS	0,6 €/an/patient	retour d'information	RCGP ^a	Read

^a Royal College of General Practitioners

^b Classification propre mais transcodification en CISP et CIM

^c Société italienne de médecine générale

^d 2 groupes de recherche en médecine générale

^e Medicine and Health Care Regulatory Agency, service de l'État de statut autonome

^f Classification développée par le Dr Read prédominante au Royaume-Uni

Illustration 23 - Caractéristiques organisationnelles des systèmes d'information étrangers. [37]

Dans son rapport de 2010, Elisabeth Hubert regrettait qu'en médecine de ville, on ne dispose pas « *de la capacité à extraire des données sur la patientèle et à produire des analyses* » [35]. Le projet SESAM-Vitale ne prévoyait en effet initialement aucun retour d'information sur les dépenses médicales vers les professionnels de santé, ce qui ne pouvait être évidemment la situation finale. « *Or le problème du retour d'information a des conséquences architecturales profondes, encore largement inexplorées. En l'état actuel des choses, on pourra un peu améliorer la qualité et la réactivité, mais très probablement pas fournir des retours d'information (individuels et par spécialisation professionnelle) de la ponctualité (délai et périodicité) et de la précision que les praticiens seraient en droit d'attendre en contrepartie des contraintes qu'on leur impose* » pouvait-on lire déjà dans l'évaluation technique de SESAM-Vital en 1996.[30]

En 2009, le principe de la rémunération à la performance a été expérimenté avec le CAPI (le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) publié au Journal Officiel du 21 avril 2009 pour « *accompagner les médecins dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins* ». En y souscrivant, on pouvait bénéficier :

- « *de services pratiques pour être accompagné dans une dynamique de progrès,*
- *de repères individuels clairs concernant vos pratiques, fondés sur des indicateurs de prévention et de suivi des pathologies chroniques, ainsi que sur des indicateurs d'optimisation de vos prescriptions,*
- *d'un mode de rémunération pour soutenir vos efforts au service de vos patients, prenant en compte les progrès que vous aurez réalisés sur l'ensemble des thèmes.* » [38]

Ce contrat prévoyait le versement à chaque praticien d'une prime annuelle de 7 euros par patient dont il est le médecin traitant, sous réserve d'atteindre des objectifs fixés par la Sécurité sociale. Mais, « *Sachez qu'il n'est plus possible d'adhérer au CAPI dans la mesure où, désormais, l'engagement dans l'amélioration des pratiques médicales est offert à tout médecin par l'adhésion à la convention médicale* »[38].

Malheureusement, la Caisse est seule à posséder les chiffres et détermine unilatéralement et sans aucune transparence les niveaux initiaux, les niveaux atteints ou les objectifs intermédiaires.

Selon l'enthousiaste patron de la CNAM-TS, Frédéric Van Roekeghem, « *les médecins signataires du CAPI peuvent accéder directement au suivi de leurs indicateurs en ligne via leur compte personnalisé en ligne. Ils peuvent connaître avec précision et régulièrement l'évolution de leur taux par indicateurs, par rapport aux taux de départ ainsi qu'aux objectifs intermédiaires et cibles* » [39]

En pratique, les nombreuses pannes ou opération de maintenances de « l'Espace Pro » entravent encore largement la consultation du module sur l'évolution des indicateurs personnels pour ceux qui ont pu l'installer sur leur poste de travail. Et même "l'Historique des remboursements", le plus ancien des téléservices de l'assurance maladie, n'est pas actualisé en temps réel, en particulier quand les médecins consultés ne font pas de feuilles de soins électroniques (sans parler des "Trêves estivales" des mises-à-jour statistiques).

Évidemment, le logiciel médical est sensé nous éditer ce genre de résultats...

Mais encore faut-il :

- Avoir un logiciel avec outils statistiques intégrant les indicateurs-performances du P4P (version récente ou mise-à-jour nécessaire). Certains logiciels métiers sont dotés de modules statistiques sommaires voire symboliques, compliquant encore la position du médecin. Dans ses conditions il lui sera difficile d'opposer ses propres indicateurs à ceux "sanctuarisés" de l'Assurance Maladie. Cependant une procédure de contestation sera possible prochainement.
- Savoir utiliser cette fonction statistique et des formations plus que nécessaires sont régulièrement organisées.
- Avoir pris le temps de paramétrer le dossier médical en ayant rentré le médecin traitant, les antécédents, les valeurs de tension artérielle ou d'hémoglobine glyquée aux bons endroits...

Au vu des contraintes pour obtenir des chiffres d'activité fiables et instantanées, il faut conclure à une difficulté probante pour le médecin de suivre les évolutions de ses objectifs. En outre le médecin n'a pas d'éléments de comparaison avec les statistiques réelles des autres confrères. Cela pourrait pourtant le motiver...

Il se bat donc contre les seuls objectifs nationaux de l'assurance maladie. Mais, les systèmes d'informations de l'assurance maladie rapportés par la Cour des Comptes comme peu fiables en 2007 sont-ils véritables aujourd'hui ? La qualité des données et des méthodes statistiques sont pourtant un rempart nécessairement surmontable pour donner des résultats dénués d'ambiguïté. « *On sait que le calcul des indicateurs par la Caisse se fait sur un minimum de 10 à 20 patients. Quid de la valeur statistique de tout ça ? Mais on ne sait pas par exemple s'il s'agit toujours des mêmes patients ou pas (tirage aléatoire, ou suivi de cohorte).*»[40]

Quant à la « *précision* » pour certains objectifs, en particulier ceux seulement économiques, l'Assurance Maladie donne des statistiques mensuelles sans doute fiables mais basées surtout sur les données de remboursements des médicaments.

Ainsi, la CNAM présente en avril 2013, un bilan négatif de l'impact du système de rémunération sur objectifs en matière de prévention. « *Le dépistage des cancers du sein et du col ou encore la vaccination contre la grippe saisonnière a été un relatif échec et mérite de nouveaux efforts* » peut-on lire dans le Quotidien du médecin [41]. Mais, si le directeur de l'Assurance-maladie imagine, en fin d'hiver, pour un médecin traitant déterminé, être en possession de la liste des patients de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe. En réalité, il connaît seulement la liste des patients pour lesquels un vaccin a été délivré en pharmacie. Et le médecin traitant, n'a lui-même pas les moyens de savoir si ses patients ont été vaccinés par une infirmière ! Pour les objectifs de santé publique, la CNAM extrapole le plus souvent à la louche les pathologies à partir des seules prescriptions et examens effectués en ville. Il est d'ailleurs reconnu que la CPAM est embarrassé pour dénombrer les mammographies effectuées. Une mammographie de dépistage est cotée QEQK004. Une mammographie hors dépistage QEQK001. L'assurance maladie nous adresse régulièrement la liste des femmes "réfractaires" au dépistage du cancer du sein. Pourtant certaines ont eu des mammographies récentes ce qui laisse penser que la

CPAM, n'arrive pas systématiquement à relier les codes de facturation à la réalisation effective des mammographies sans compter les nombreuses femmes qui réalisent des mammographies hors dépistage à la suite de la découverte d'une anomalie mammaire, ou en cas de fort risque familial... Les bilans pratiqués à l'hôpital échappent d'autre part à toute analyse encore actuellement et les statistiques sont communiquées aux médecins seulement de manière trimestrielle et délivrées avec beaucoup de retard.

Pour ses indicateurs de santé publique, le médecin travaille donc pratiquement à l'aveugle. La profession ne pourra contribuer au système d'information et encore moins améliorer leur pratique sans amélioration des retours.

4 - UNE CARTE VITALE HAUTE TECHNOLOGIE MAIS INADAPTÉE AUX BESOINS.

A) LA CHAÎNE DE FABRICATION DE LA CARTE VITALE.

En 2014, la fabrication des cartes à puce reste une spécialité française. Avant de parvenir à son utilisateur, la carte passe entre les mains de quatre grands types d'acteurs :

- Les Fondeurs fournissent les éléments matériels de la puce (composants montés en circuit, les masques notamment), sans contenu logiciel.
- Les Développeurs fournissent aux encarteurs les logiciels intégrés dans la puce et nécessaires à son fonctionnement.
- Les Encarteurs fabriquent la carte à puce proprement dite. Ils programment la puce selon les besoins de leurs clients et l'intègrent dans la carte en plastique.
- Les Personnaliseurs : certaines sociétés se chargent de "personnaliser" les cartes pour le compte des émetteurs. Il s'agit d'imprimer les cartes aux couleurs du client, mais surtout, de charger dans la carte des données spécifiques à son futur utilisateur (numéro de carte, clés secrètes, codes éventuels, etc.).



Illustration 24 - Les acteurs du marché de la carte à puce.[42]

◆ **Deux succès pour Morpho dans le domaine des cartes Vitales.**

Le monopole de Morpho sur la production de carte Vitale 2 a été confirmé le 28 juillet 2011, quand le GIE Sesam-Vitale a attribué la production des cartes Vitale 2 "vierges" à Morpho, pour une durée de trois ans renouvelable une année supplémentaire.[43]

Morpho est une entreprise du groupe Safran, spécialisée dans l'électronique pour la sécurité. L'entreprise Morpho Systèmes fut créée en 1982, elle fut absorbée par Sagem en 1993. Par la suite, une société distincte, Sagem Défense Sécurité est créée en 2007, appartenant au groupe Safran. Elle est renommée Morpho en 2010.

Au travers de sa Division "e-Documents", Morpho est un pionnier et un leader du marché des documents électroniques comme les cartes à puce. L'entreprise basée à Paris, fournit entre 10 et 30 millions de cartes Vitale "vierges".

Pour la personnalisation de la carte Vitale, les cartes "vierges" seront livrées en partie à la CNAM, qui dispose d'un centre de personnalisation des cartes Vitale à Cergy-Pontoise (Val-d'Oise). L'autre partie sera personnalisée directement par Morpho puisque, le 30 mai 2011, le GIE a retenu le même prestataire pour la fabrication des cartes Vitale 2 "personnalisées". Environ 25% des volumes de carte Vitale produit est donc personnalisé chez Morpho ...ou sous-traitée par la société Euro P3C, filiale du groupe Crédit Mutuel, installée à Mulhouse (Haut-Rhin) et qui détient un second site à Beaucouzé (Maine-et-Loire). Les cartes "personnalisées" seront directement envoyées à leurs titulaires.

Entre 2006 et 2011, la production de cartes Vitale "vierges" était partagée entre Oberthur et Sagem Défense Sécurité (ex-Morpho) tandis que la fabrication de cartes "personnalisées" était répartie entre Gemalto et Oberthur. Le recours à un prestataire exclusif résulterait à la fois de l'augmentation des capacités du site de Cergy-Pontoise et de la diminution globale des volumes de cartes commandées.

Le 16 décembre 2011, le Quotidien du médecin [44] publie que la production de 300 000 cartes Vitale annuelles échappait à la société française SELP Secure (le Groupe VIEINVEST) implanté à Mareuil, en Dordogne, au profil d'une entreprise indienne moins coûteuse. Jean-François Vieira, le P-DG de l'entreprise à l'époque, restait concerné par la délocalisation de la carte Vitale dans un pays émergent.

« *Il s'agit d'une carte très basique, avec un niveau de sécurisation très bas* » explique-t-il. Et d'ajouter : « *La France n'est pas assez performante sur le DMP et l'identification de ses assurés. Aller fabriquer la carte Vitale en Inde ne va pas diminuer les 20 milliards de fraude sociale que l'on déplore tous les ans.* ».

◆ **L'atelier de personnalisation de la carte Vitale du Val-d'Oise.**

L'atelier de personnalisation doit enregistrer dans la puce toutes les informations relatives à un assuré social et imprimer les graphismes extérieurs pour ainsi donner vie à la carte Vitale. L'atelier de personnalisation des cartes Vitale, propriété du GIE-SESAM-Vitale, est installé depuis 1998 dans le département du Val d'Oise à Cergy Pontoise, mais reste un espace non identifié, à l'abri des regards où chaque année sont fabriqués des millions de cartes vertes et jaunes à destination des assurés sociaux de toute la France.

En 2010, Le Parisien avait pu glaner quelques informations sur la production des cartes Vitales 2 lors de la visite de l'atelier.[45] L'arrivage des cartes à personnaliser est ultra-sécurisé puisque « *C'est lorsque la carte est encore vierge qu'elle est la plus sensible* », expliquait Serge Plancoulaine, le responsable du centre. Les stocks arrivent donc par camions banalisés dans de grandes caisses scellées qui sont directement conduites dans le coffre-fort de l'atelier. L'accès est contrôlé et les 17 salariés portent des blouses de travail sans poche. Tout est inspecté par la vidéo-surveillance et les compteurs de cartes...« *Ici, on ne perd pas de cartes* », assure Serge Plancoulaine. « *Les comptages sont permanents même pour les cartes rebutées qui font l'objet d'un procès-verbal de destruction.* »



Illustration 25 - Les étapes de fabrication de la carte Vitale identiques à celle d'une carte à puce.[1]

Les machines sont à la pointe du progrès. Elles sont capables de produire des centaines de cartes en quelques minutes:

1- Par convoi sécurisé, les cartes arrivent encore vierges dans l'atelier val-d'oisien. Elles sont ensuite poussées automatiquement dans la machine.

2- Un premier mouvement permet de rentrer les données personnelles dans la puce de la carte. Les informations arrivent par ordinateur (ainsi que la photo numérisée). Puis les cartes passent dans un rouleau qui les recouvre d'un film protecteur.

3- Dernière étape de la personnalisation, une photographie numérisée est imprimée sur le plastique.

4- Une fois terminée, la carte Vitale est collée, là encore automatiquement, sur la fiche reflet, ce courrier qui reprend l'ensemble des données confidentielles, avant d'être mises sous pli.

5- Enfin, les précieux documents sont fin-prêts pour être envoyés directement chez l'assuré.

B) L'INFRASTRUCTURE D'EMISSION DES CARTES VITALE (IEC).

Les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire ont en charge la gestion de la relation avec leurs assurés. À ce titre, ils sont à l'initiative de toute décision relative à l'émission, à la mise en opposition ou à la mise en fin de vie d'une carte.

Mais, c'est le GIE SESAM-Vitale qui a, de son côté, la responsabilité de la mise en œuvre et du bon fonctionnement opérationnel de l'IEC, en relation avec ses partenaires et sous-traitants industriels.

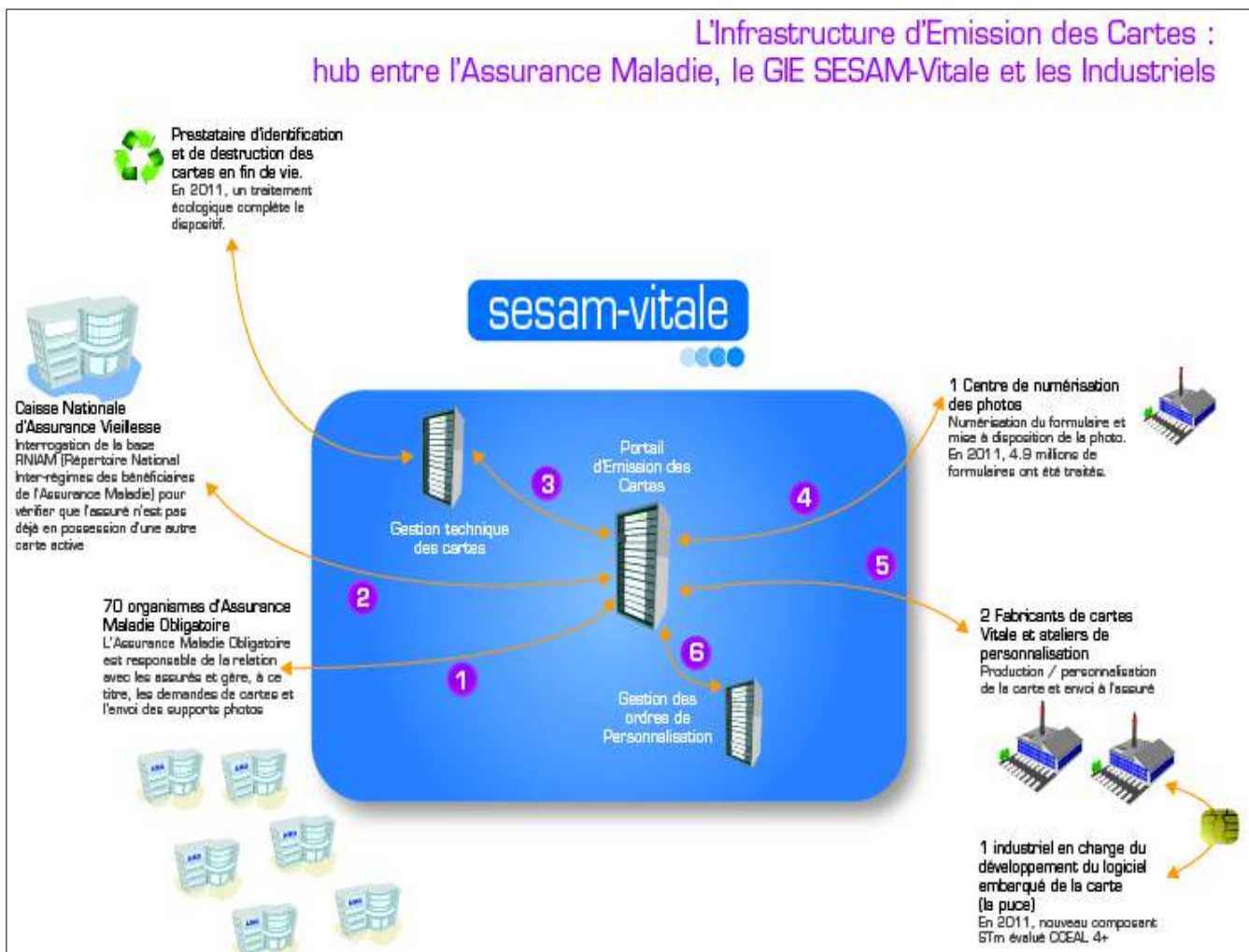


Illustration 26: Les différents éléments de l'IEC coordonnés par le GIE SESAM-Vitale et les liens avec ses partenaires. [16]

L'IEC Vitale 2 est le « hub » entre le GIE SESAM-Vitale, les organismes demandeurs de cartes pour leurs assurés, l'industriel en charge de la numérisation des formulaires photos, les centres industriels « encarteur » et de personnalisation de cartes Vitale. Pour cela, une base de données « Gestion Technique des Cartes » est

intégrée au GIE SESAM-Vitale. Elle ne détient aucune information sur les assurés. En revanche, elle centralise les informations techniques de toutes les cartes émises depuis 1998. En 2011, 7,6 millions d'événements cartes (doublons, fin de vie, destruction, renouvellement de la carte, mutation inter-régimes....) ont été traités dans cette base de données.[15]

Le Centre de Retour des Cartes confié à GEODIS traite l'identification et la destruction des cartes trouvées ou retournées par les caisses.

Dans son rapport annuel de 2011 [15], le GIE SESAM-Vitale explique le fonctionnement de l'IEC :

« L'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire adresse à l'assuré un pli de « collecte photo ». L'assuré envoie ensuite son formulaire photo au Centre de Numérisation. Ce dernier informe le régime d'Assurance Maladie Obligatoire que la photo de l'assuré est conforme et disponible. Le processus d'émission de la carte se déroule après ces premiers échanges d'informations selon les six étapes suivantes :

Étape 1: l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré envoie un fichier de demande de carte vers le Portail d'Emission des Cartes du GIE SESAM-Vitale.

Étape 2: le Portail d'Emission des Cartes contrôle le fichier de demande de carte et vérifie auprès du RNIAM que l'assuré n'est pas déjà en possession d'une carte active (vérification de l'unicité de la carte).

Étape 3: le Portail d'Émission des Cartes vérifie auprès de la base de Gestion Technique des Cartes, que la carte précédente a bien été invalidée (par le régime ou par le prestataire d'identification et de destruction).

Étape 4: le Portail d'Émission des Cartes récupère la photo numérisée de l'assuré auprès du centre de numérisation des photos. La numérisation des photos est assurée par la société JOUVE qui a traité 4,9 millions de formulaires photos en 2011.

Étape 5: le Portail d'Émission des Cartes consolide l'ensemble des données collectées et envoie une demande de personnalisation à l'atelier de personnalisation des cartes.

Étape 6: le Portail d'Émission des Cartes envoie au serveur de Gestion des Ordres de Personnalisation, les informations nécessaires au suivi des marchés (facturation, conformité des factures...). »[15]

Le schéma suivant en 10 étapes permettrait-il d'y voir plus clair ?

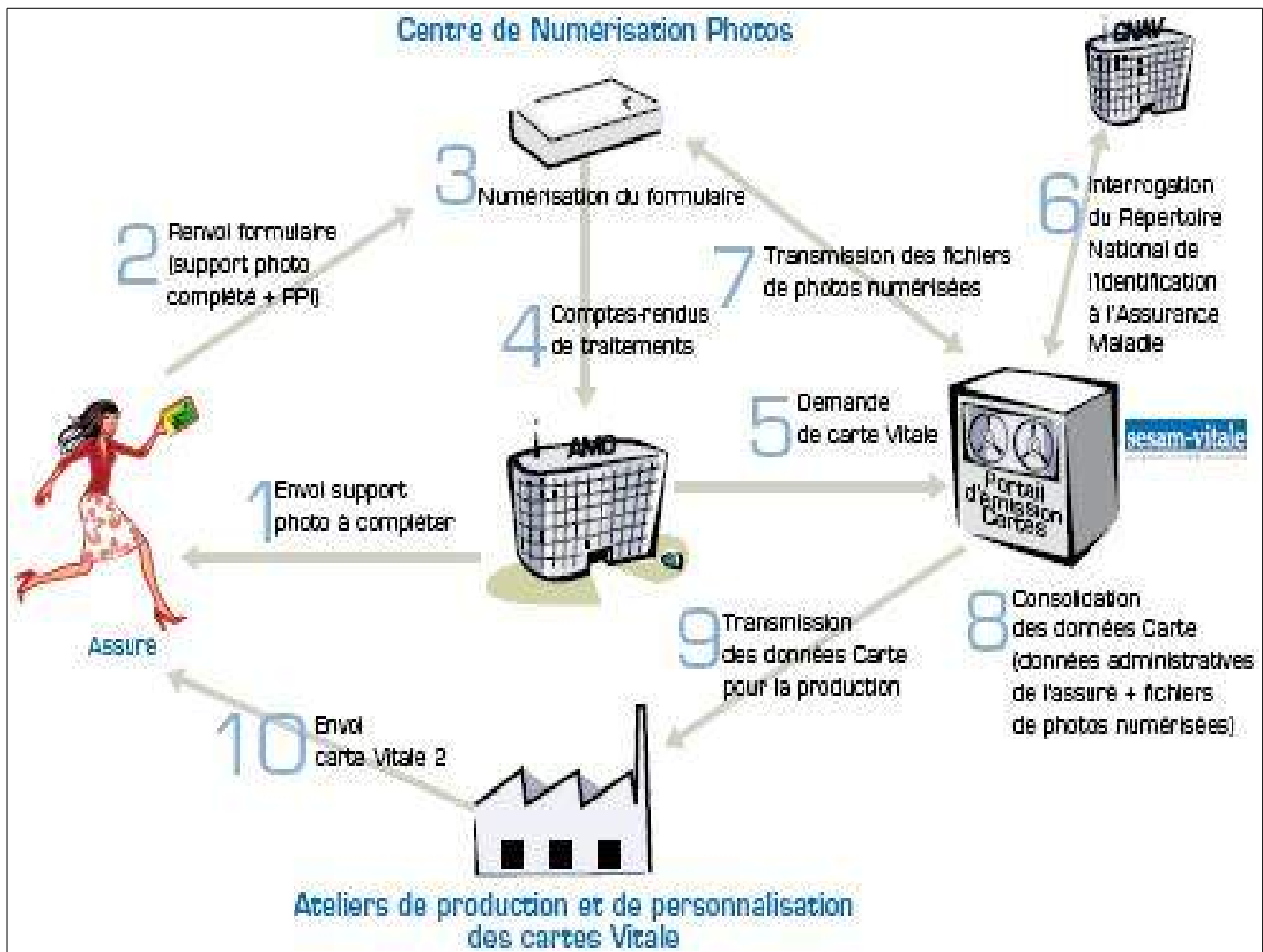


Illustration 27 - Une chaîne de fabrication complexe. [46]

C'est évidemment la complexité de la procédure d'attribution de la carte Vitale 2 qui est responsable du délai « à rallonge » d'attribution d'une carte Vitale. Quelques semaines au minimum.... ou quelques mois de retard ! Les industries de la carte à puce ne sont pas en cause.

Lors du lancement de Vitale 2 fin avril 2007 en Bretagne [47], Alain Piton, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'Ille-et-Vilaine rappelait que la carte Vitale¹, en service depuis 1998, permettait déjà de traiter près d'un milliard de feuilles de soins électroniques par an au niveau national, soit un taux d'utilisation d'environ 70%. Pour M. Piton « *Il serait souhaitable de passer à 80-90%* ». Or les retards de distribution de Vitale 2 contraignent les professionnels de santé à revenir aux feuilles de soins papier !

C) DES FAILLES DE SÉCURITÉS DANS LE SYSTÈME SESAM-VITALE.

◆ Le masque propriétaire de la carte Vitale

La fonctionnalité de la carte à puce dépend du logiciel d'exploitation contenu dans la ROM (*Read Only Memory*, « mémoire à lecture seule », ou « mémoire morte ») du microprocesseur. Ce logiciel s'appelle le Masque. Il possède trois fonctions de base :

- Il assure la gestion des données.
- Il gère les conditions d'accès à ces données en s'assurant de l'identification et de l'authentification du porteur et de l'émetteur de la carte.
- Il assure les fonctions de cryptographie permettant la signature et le chiffrement des données lors des échanges avec le lecteur de carte.

La conception d'un masque requiert une technologie élaborée afin de répondre aux critères de sécurité indispensable à son fonctionnement. La complexité d'un masque évolue avec la technologie sécuritaire et donc son coût par la même occasion.

Certaines cartes à puces peuvent utiliser un même concept de masque alors que pour d'autres cartes, la création d'un masque qui leur est propre est indispensable. Dans le cas de la carte Vitale, il a été décidé de concevoir un masque spécifique au secteur santé-social [48]. Cela permettait d'avoir une carte parfaitement adaptée aux besoins du monde santé-social et de pouvoir conserver la maîtrise totale du masque de la carte Vitale. Il limitait ainsi le risque de voir les évolutions futures de la carte empêchées par une obsolescence technique imposée unilatéralement par les industriels de la carte à puce. Le choix d'un masque propriétaire semblait également, à l'époque, un moyen de limiter les risques de divulgation des informations sensibles permettant de percer le « secret » de ces cartes et donc des fraudes potentielles.

L'inconvénient de ce scénario, c'est que le seul GIE SESAM-Vitale devait financer les développements coûteux de ce masque, alors que les masques standards bénéficiaient de l'effet volume permettant de réduire les coûts d'évolution et de production. Le choix de ce masque spécifique imposait une R&D (Recherche et Développement) spécifique, ainsi que interfaces de programmation spécifiques, des API avec des interfaces techniques particulières : les terminaux de lecture.

◆ **La sécurité délicate des informations de la santé.**

Lorsque des données sensibles (ici des informations personnelles et médicales) sont transmises entre des machines, il est évident que certaines précautions doivent être prises pour garantir la sécurité de ces transferts, en particulier s'il s'agit d'assurer :

- la confidentialité de l'échange d'informations pour vérifier qu'aucune tierce partie ne puisse obtenir ces informations;
- l'intégrité de l'échange d'informations pour vérifier que les données n'ont pas été modifiées;
- l'authentification des acteurs pour vérifier leur légitimité.

La plus grande difficulté consiste à maintenir la validité de ces trois assertions pour la durée de vie entière de la carte. Il faut maintenir les fonctions de cryptage efficaces du masque en effectuant des mises-à-jour régulières de la puce électronique. En pratique, il faut pouvoir garantir que les cartes vont résister aux méthodes d'attaques théoriques qui vont être découvertes pendant leur durée d'utilisation.

Mais, si quarante millions de cartes Vitale 2 sont distribuées, il est alors nécessaire de mettre à jour le masque de toutes ces cartes lorsqu'un problème de sécurité est détecté. S'il est fort probable que des failles de sécurité soient découvertes dans le masque après son lancement, il n'est malheureusement pas du tout évident de mettre en place de telles procédures de mises-à-jour régulières pour toutes les cartes Vitale.

La télé-santé fait intervenir des professionnels multiples, certains appartenant à des professions de santé dont l'exercice est réglementé et d'autres, intervenant dans le domaine de l'assistance médico-sociale à la personne. Ce qui pose la question de la compatibilité technique des outils utilisés mais également de l'accessibilité et de la confidentialité des données pour les patients, les médecins et les autres professionnels de santé.

Pour ce qui a trait à la sécurisation des échanges et du partage d'informations, le décret « confidentialité » du 15 mai 2007 [49] a clarifié la situation en imposant, lors des échanges de données médicales personnelles, l'authentification des professionnels de santé à l'aide de la carte CPS.

Dès 1996, les problèmes de sécurité du système ont été rapporté par Rozmaryn. [27] : « *La sécurité du système peu arbitrée est sans doute mal équilibrée* ». S'il ne peut être contesté qu'un projet comme SESAM-Vitale pose de nombreux problèmes de sécurité (sécurité des transactions financières et confidentialité des informations médicales notamment) et s'il faut particulièrement dans ce domaine complexe être très prudent, force est de constater : « *que les objectifs de sécurité n'ont pas été réellement arbitrés et n'ont fait l'objet d'aucune analyse de la valeur ni d'aucune évaluation de la facilité de mise en œuvre. Ils ont été considérés comme des contraintes absolues, non discutables* »[27]

Le système de prise de décision consensuelle a associé les considérations tactiques, les impératifs "absolus" de sécurité et l'ambition technologique nationale pour donner à l'ensemble du système une allure technicienne. Les mécanismes techniques sont mis en place sans visibilité fonctionnelle. La sécurité n'a pas été intégrée aux processus. Les difficultés de tous ordres sont attaquées en même temps : la diffusion de masse, la sécurité par clefs publiques en systèmes ouverts, etc...

« *L'expérience nationale a montré que les échecs ou les problèmes ont toujours été dus à un cumul d'objectifs incompatibles et les succès à une focalisation sur un objectif simple. Il faut au moins s'interroger sur le bien fondé du chiffrage* ».

◆ **Les informations de la carte Vitale 1 en lecture libre.**

Deux ingénieurs, Patrick Gueulle, auteur du livre "Plus loin avec les cartes à puce" et Jérôme Créteaux, informaticien et auteur de logiciels médicaux, ont démontré en 2002 puis en 2005 que les informations de la carte Vitale 1 étaient codées, mais non chiffrées. Autrement dit, le logiciel de cryptographie n'a pas été activé (pour des raisons d'économie) : les données sont donc en clair. Ils ont ainsi montré qu'il était possible d'avoir accès aux données confidentielles présentes dans la carte. Ces problèmes de sécurité ont été démontrés en situation réelle chez un pharmacien en utilisant une carte « compatible » acceptée par les professionnels de santé, créée et utilisant des données dites « confidentielles ». L'ayant signalé au GIE SESAM-Vitale, Jérôme Créteaux le publie ensuite sur le Net l'existence de cette faille. « *Les données sont enregistrées dans des zones mémoire à lecture libre. C'est un choix délibéré car il aurait été tout à fait possible de les inscrire dans une zone*

protégée avec ce type de carte. Cependant, l'utilisateur aurait dû entrer un code chez le pharmacien ou son médecin.» explique-t-il. «Dans ces zones à lecture libre, les données ne sont pas chiffrées avec un algorithme de cryptographie mais simplement écrites en langage numérique, à savoir le BCD (Binary Coded Decimal) pour les chiffres et un simple dérivé de l'ASCII (American Standard Code for Information Interchange) pour les lettres. Ce sont tous deux des langages très courants et donc accessibles à n'importe quel informaticien.» poursuit-il.

Selon lui, contrairement à ce qu'affirme le GIE, des données à caractère sensible sont présentes sur la carte. La puce intègre de fait les noms et prénoms, le numéro de sécurité sociale, le régime social et, surtout, si le titulaire est en ALD, signifiant qu'il est atteint d'une maladie grave.

« Le problème est d'autant plus grave qu'en avançant que le contenu de la carte était « codé » le GIE SESAM-Vitale laissait croire qu'il était illisible, alors qu'il ne jouait pas carte sur table. » Que les données aient été inscrites en clair n'est pas scandaleux en soi : elles l'étaient déjà du temps de la carte papier. « Qu'on nous ait fait croire qu'elles étaient sécurisées alors que les mécanismes de sécurité n'ont délibérément pas été activés, par contre, est beaucoup plus choquant. Qu'on puisse les modifier, consternant. »

Le GIE, contrarié que l'informaticien rende ses travaux publics, a déposé une plainte pour escroquerie à son encontre. Il s'est empressé de rassurer les utilisateurs de la carte Vitale, sans pour autant démentir les révélations de Mr Crétaux. «[La carte vitale] ne contient aucune donnée à caractère médical. Elle est avant tout un outil qui permet la transmission de feuilles de soins électroniques. Le système Sesam-Vitale transporte ainsi près d'un milliard de feuilles de soins par an. Cette transmission électronique a considérablement amélioré la sécurité et la fiabilité, en comparaison des procédures à base de formulaires papier », indique l'organisme.

La carte Vitale 1 n'aurait-elle pas été déployée dans la précipitation ? Sous prétexte de sécuriser la télétransmission des feuilles de soins électroniques, on a fait l'impasse sur le secret médical. « *Pis, la carte Vitale facilite tellement les remboursements, qu'elle semble donner des idées aux fraudeurs de tout poil.* »

◆ **Un système de cryptographie conforme mais non activé dans Vitale 2**

Dans le rapport annuel 2004 du GIE SESAM-Vitale, on y admet en effet que « *la sécurité de l'accès aux données confidentielles devra être renforcée* » avec SESAM-Vitale 2. Le nom de Sagem est à l'époque associé au projet Vitale 2. Cette industriel, rompu aux techniques militaires de cryptage, développera Vitale 2 en conformité avec les nouvelles normes IAS approuvées par l'Agence pour le développement de l'administration électronique.

En mars 2005, Jacques de Varax, directeur du GIE Sesam-Vitale expliquait que la carte Vitale 2 « *deviendra la clé du coffre-fort de santé personnel* », c'est-à-dire du dossier médical personnel, qui selon la loi du 13 août 2004 devait être généralisée pour tous les Français au 1er juillet 2007.[50]. La carte Vitale 2 est « *conforme aux standards des cartes bancaires* », selon M. Brun Quérel, Directeur des Systèmes d'Information à la CPAM d'Ille et Vilaine. [47]

Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, dans un discours du 19 septembre 2006, déclarait que « *la carte vitale 2 sera plus sécurisée : En effet, elle contient les mécanismes de cryptographie nécessaires pour les fonctions d'authentification et de signature électronique, ce qui renforce la sécurisation, de son porteur et de la signature des flux électroniques. Elle est donc la première carte à puce conforme au standard défini par l'Etat pour l'administration électronique.* ». Cette carte Vitale 2 a aussi obtenu son évaluation « EARL4+ » avec les profils de protection « carte à puce » et « signature électronique ».

Si la Direction générale de la modernisation de l'État (DGME) soulignait dès avril 2006, l'importance d'implanter des certificats électroniques dans les cartes Vitale 2 lors de leur émission, afin en particulier d'authentifier fortement l'accès au DMP, L'étude n'en a été menée que fin 2007 par la CNAMTS. Le ministère en a conclu que, « *hors DMP, il n'existait pas encore de services destinés aux usagers nécessitant des fonctions de sécurité fortes et qu'il incombait aux opérateurs de préciser leurs besoins et d'en assumer la charge financière* ». La direction de la Sécurité sociale estimait que les coûts d'implantation des certificats d'authentification dans la carte Vitale 2 et de gestion de l'Infrastructure à clés publiques, seraient pour les cinq premières années, de 50 à 130 millions d'euros par an. Pour chaque carte, le coût

annuel des certificats X.509 serait de 0,85 € à 2,2 €. Sur le modèle de celle qui gère les 600 000 cartes CPS, il faudrait également construire une lourde infrastructure de gestion de 60 millions de certificats assurant l'enregistrement de l'identité des personnes, la certification, gérant les listes de révocation de certificats.[51].

Les standards des matériels et logiciels nécessaires à la saisie du code protégeant la carte n'ont donc pas été élaborés.[51] Le décret du 14 février 2007 autorisant la carte Vitale 2 renvoie alors à un décret ultérieur la mise en action de fonctions de sécurité...et en 2014, le "formidable" composant IAS n'a toujours pas été activé dans les cartes Vitales 2 mises en circulation. Elles ne contiennent donc aucun certificat X509 de signature et d'authentification... Le problème de sécurité bien connu depuis 2002 n'a pas été corrigé.

Les problèmes dont souffrent la carte Vitale sont-ils vraiment d'ordre technique ? *« Il ne s'agit pas de problèmes de sécurité, mais plutôt d'un problème de responsabilité. Le GIE SESAM-Vitale n'a jamais corrigé le problème rencontré en 2002, simplement car le risque encouru ne valait pas l'investissement économique nécessaire à sa résolution »* écrivait Romain Wartel, jeune ingénieur du CERN (Organisation Européenne pour la Recherche Nucléaire) spécialisé dans la gestion de la sécurité opérationnelle, des risques et des incidents de sécurité. *« Pour améliorer véritablement la sécurité de la carte Vitale, il faudrait responsabiliser davantage le GIE SESAM-Vitale afin de garantir que tous les moyens sont effectivement mis en œuvre pour assurer la protection des données sensibles. En ce sens, il faudrait également pouvoir tenir le GIE SESAM-Vitale responsable des transactions frauduleuses constatées »*.[52]

5 - LE COÛT DU PROJET MAL ÉVALUÉ.

En 1997, le déficit de Sécurité sociale s'élevait encore à 5.73 milliards d'euros d'où l'espoir d'économies de gestion par le système SESAM-Vitale. « *Chaque année c'était, en effet, plus d'un milliard de feuilles de soins papier qui circulaient, pour un coût de traitement d'environ 1,47 milliards d'euros.* » Le coût de traitement d'une feuille de soins revenait à 1.20 €. Ce traitement manuel était assuré par les 30 000 agents de saisie (ou « liquidateurs ») que comptait la Sécurité sociale, sur un total de 80 000 salariés. Un liquidateur traitait environ 600 feuilles de soins par jour, l'équivalent des dossiers de 1200 assurés générés en moyenne par 13 professionnels de santé (6 médecins, 5 personnels hospitaliers et 2 pharmaciens). La CNAM estimait que la mise en œuvre du chantier SESAM-Vitale allait lui coûter un peu moins de 3 milliards de francs et espérait alors supprimer 30 % des postes d'agents de saisie c'est à dire environ 9 000 "liquidateurs".[22]

Mais, « *Depuis 2002, les projets se sont multipliés et les dépenses ont été accrues sans que pour autant un cadre suffisamment cohérent soit constitué* » rapporte la cour des comptes en 2008 [51]

Dès 1998, la mission parlementaire sur l'informatisation médicale, a pointé les dépassements des coûts passés et à venir du projet. [18] Selon son président, Jean-Paul Bacquet, l'informatisation avait déjà coûté 470 millions de FF et « *on nous annonce 3 à 4 milliards de F en dépenses supplémentaires dans les 3 ou 4 ans qui viennent.* ».

De même, la Cour des Comptes de la République a suggéré le lundi 29 juin 98 dans son rapport 1995-1998, de « *réduire les coûts de mise en place de la CSV, tout en suscitant l'intérêt et l'adhésion* » des personnes concernées. Elle estime en outre que ce projet a « *un coût élevé qui pourrait être réduit* ». Ils préconisent notamment d'étendre la durée de vie des cartes, de réduire le nombre de bornes de mise à jour de ces cartes, et de mettre en place un « *suivi analytique du coût et des gains* ». La commission des comptes de la sécurité sociale avait estimé que sur 49,7 milliards de FF de dépenses de gestion administrative du Régime Général de la Sécurité Sociale, 620 millions de FF étaient consacrés au seul projet SESAM Vitale en 1998.

Mais, l'examen des coûts est rendu difficile par l'absence de suivi véritable en ce domaine. Les dépenses prévisibles en 1998 et à moyen terme étaient 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. [18]

A) LES AIDES POUR TÉLÉTRANSMETTRE COÛTEUSES.

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. Le montant global de ces aides est important comparé à leurs succès.

Le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL) a été créé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Lors de sa création, il avait vocation à financer, d'une part, l'allocation de remplacement versée aux médecins dans le cadre d'un mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité, d'autre part, des actions d'accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux.

En 1998, les dépenses pour les actions d'accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux se sont élevées à 62,2 millions d'euros (à l'époque, 408 millions de francs) et ont pris la forme du versement d'une aide de 1.372 euros (9.000 francs) aux praticiens concernés. En 1999, il restait un reliquat de dépenses pour ces actions d'accompagnement de 4,25 millions d'euros (27,9 millions de francs). Toutefois il n'y a pas eu de dépenses prévues à ce titre en 2000 puisqu'à cette date les aides à l'investissement pour l'acquisition du matériel ont cessé. En revanche une aide pérenne à la transmission des feuilles de soins électroniques a été accordée conformément aux dispositions conventionnelles introduites par l'avenant n° 1 à la convention des médecins généralistes, approuvée par arrêté du 12 août 1999, dispositions étendues aux médecins spécialistes. [2]

En 2005, la convention des médecins généralistes a augmenté de plus de 11 % l'indemnisation versée au titre de la télétransmission de feuilles de soins

électroniques sécurisées (à 0,07 euro par feuille de soins) et a supprimé son plafonnement. En outre, les partenaires conventionnels ont décidé de réserver prioritairement le montant excédentaire du FORMMEL pour le versement d'une aide à l'équipement informatique aux praticiens qui n'avaient pas perçu l'aide individuelle versée en 1998 et aux nouveaux installés.

Il convient toutefois de souligner que l'aide à la cessation anticipée d'activité des médecins de plus de 60 ans a absorbé la quasi-totalité des dépenses du FORMMEL en 2004 (130,3 millions d'euros sur 130,4 millions d'euros, le reliquat étant consacré à favoriser l'installation de médecins dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins). [24]

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.[53]

B) UNE CARTE VITALE 2 NON SÉCURISÉE DÉCORÉE D'UNE PHOTO À 40 MILLIONS D'EUROS

◆ La photographie de la carte Vitale 2 augmente les coûts de gestion.

L'arrêté du 14 mars 2007 [55] définit les conditions d'émission et de gestion de la carte Vitale 2 : « [...] les organismes [...] adressent au bénéficiaire [...] un formulaire [...]. Le bénéficiaire [...] complète et signe le formulaire. Il y joint sa photographie conforme aux spécifications de la norme ISO/IEC 19794-5 : 2005, ainsi qu'une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité, émise depuis moins de dix ans, et comportant une photographie. Ces documents sont transmis par voie postale ou remis au guichet [...]. Lorsque le bénéficiaire [...] ne dispose pas d'une pièce d'identité, il se présente au guichet [...] afin de permettre la vérification de son identité et de remettre son formulaire complété et signé, ainsi que sa photographie. Les organismes [...] vérifient la concordance entre la photocopie de la pièce d'identité et les informations portées dans le formulaire, à savoir le nom de famille, le prénom, la date de naissance et la ressemblance de la photographie transmise. Tout document incomplet est renvoyé au bénéficiaire de l'assurance maladie concerné. »

La journaliste Marie-Françoise De Pange [55] explique dans Le Quotidien du Médecin: « *Bien sûr, il est précisé à l'assuré que la photographie doit être en couleur, réalisée par un professionnel ou dans une cabine photo agréée (sic), avoir un fond uni, de face, tête nue, etc. Mais tous ceux qui ont dû refaire une carte d'identité ou un passeport numérique comprendront où le bât blesse. Il n'est pas rare en effet de se voir refuser sa photo d'identité à plusieurs reprises. S'ajoute ici le problème de l'imprimé que l'assuré doit signer à l'encre noire après avoir vérifié l'exactitude des informations et celui de la photocopie de la carte d'identité. Imprimés découpés ou agrafés avec la photo, photos inutilisables, photocopies oubliées ou illisibles (cas particulier des peaux noires où le visage n'est pas reconnaissable après photocopie en noir et blanc), le taux de rejets des dossiers est monté à plus de 30 % pendant la phase de démarrage en Bretagne. Il est encore en 2008 aujourd'hui de 20 %, ce qui est énorme pour un processus à vocation industrielle. »*

Or le refus de la photo implique un courrier au bénéficiaire, un nouveau délai, un nouveau dossier et finalement une inflation des coûts de gestion. « *Déjà c'est long d'obtenir une carte vitale !* » s'exclame beaucoup d'assurés en ayant fait l'expérience.

Ainsi, pour diminuer le taux de rejet et diminuer les délais d'attribution, les critères de qualité de la photo ont été revus à la baisse : La norme ISO/IEC 19794-5 : 2005 n'est plus appliquée. En 2011, le taux de dossiers acceptés a progressé, passant de 88% en début d'année à 91% en fin d'année.[15]

Mais, résultats, « *on nous présente des cartes Vitale 2 sur lesquelles il est bien difficile de reconnaître le bénéficiaire. La photo est de mauvaise qualité, granulée, de petite taille et avec des couleurs saturées. Il existe bien une photo numérisée peut-être de meilleure qualité inscrite dans la puce mais la CNIL a interdit de l'utiliser* ».[46].

Officiellement la CNAMTS met en avant les coûts maîtrisés de la carte Vitale 2 : son coût unitaire serait de 2,70 euros dont 0,50 centimes pour la photo. En comparaison il faut se souvenir que le coût de la carte Vitale 1 était, à son lancement en 1998, de 3,66 €, puis a baissé à environ 2 € pour les cartes personnalisées. Le coût moyen des cartes Vitale 1, calculé sur l'ensemble des cartes émises de 1998 à 2007 est de 3,26 €.

Mais ce prix ne comprenait pas les frais de gestion de la nouvelle carte verte. Il n'est pas tenu compte des frais du traitement d'une demande et des relances qui, comme nous l'avons décrit précédemment, sont pourtant bien chronophages pour le personnel des caisses. La récupération de la photo allongent considérablement le délai d'obtention de la carte Vitale 2.

Dans son rapport annuel sur "l'application des lois de financement de la sécurité sociale" pour 2007, présenté le 10 septembre 2008, la Cour des Comptes [51] appelle à redresser en urgence les comptes de l'Assurance Maladie. La dépense totale prévisible pour la seule photographie sera de l'ordre de 40 M€ pour les premiers 50 millions de cartes, majorant de 20 % le budget initial de 200 M€ en dépenses directes hors photo.

◆ Une photographie peu utile.

La décision politique de doter la carte d'une photographie du titulaire a été inscrite dans la loi de 2004 (selon l'article L. 161-31 du CSS [Code de la Sécurité Sociale] une photographie doit figurer sur la carte pour identifier le titulaire). Elle l'a été dans le cadre de la lutte contre la fraude, mais sans étude d'impact et donc en fonction d'un intérêt mal évalué en termes de réduction des fraudes. Comme divers spécialistes, l'un des rapporteurs au Sénat l'avait considérée « *inopportune car elle aurait pour conséquence d'augmenter les frais de gestion de la CNAMTS, sa mise en œuvre serait source de complexité et elle est inutile dans la mesure où il suffit d'une pièce d'identité pour éviter tout risque d'utilisation frauduleuse* » La présentation d'une pièce d'identité avait été prévue en établissement mais jugée inacceptable juridiquement et déontologiquement pour la médecine libérale.[51] « *Les médecins et pharmaciens n'ont pas vocation à jouer un rôle de contrôle* » assure en 2007 Mr Piton, directeur de la CPAM d'Ille-et-Vilaine. [47]. Comment alors, en ajoutant une photographie, la carte Vitale 2 diminuera-t-elle les fraudes aux caisses ?

Pour le docteur Marcel Garrigou-Grandchamps, médecin généraliste à Lyon, la présence de la photo ne limite pas le risque de fraude dans la vraie vie. Il relatait, sur la liste Fulmedico2000 [56], une anecdote dont il venait d'être témoin dans un cabinet en banlieue de Lyon alors qu'il dépannait l'informatique d'un confrère :

- Le médecin : « *C'est ta carte de CMU et c'est ton cousin que tu m'amènes malade ! ...* »

- Le "patient" : « *Vous savez Docteur combien de voitures ont brûlé sur le parking cette semaine ?* »

Devant son étonnement, son collègue s'explique désabusé : « *Il vaut mieux laisser courir sinon ils peuvent te pourrir complètement la vie ... même si la voiture ne brûle pas, tu vas retrouver un jour le rétro cassé, le lendemain un pneu crevé, puis ta boîte à lettre défoncée...* »

D'ailleurs pour le généraliste lyonnais : « *Les médecins ne sont pas là pour faire les contrôles que les autorités ne font pas ! Je rappelle que nous n'avons même pas le droit de vérifier l'identité des patients.* »

Aucune évaluation de l'impact de la présence de la photo n'a précédé la décision ni accompagné sa mise en œuvre. Nulle description positive d'un quelconque impact n'existe, notamment sous la plume des professionnels de santé qui en ont reçu la charge, même si un effet dissuasif vis-à-vis d'éventuelles fraudes peut-être intuitivement présumé. Cela souligne l'absence de focalisation de l'État sur la priorité affichée de développement des accès en ligne, qui n'avait nul besoin de cette photo et l'absence de méthode dans la définition d'une stratégie de détection des risques de fraude.

C'est surtout l'inutilité du changement de la carte Vitale 1 à 2 qui est condamnée. Aucun professionnel de santé ne se plaindra de devoir utiliser une carte Vitale 1 au lieu d'une Vitale 2. Y verra-t-il seulement une différence de fonctionnement ?

En dépit du coût de l'adjonction de cette photographie du titulaire, Vitale 2 n'est finalement qu'une carte Vitale 1 utilisée seulement pour attester des droits de l'assuré et de son identité pour l'accès au dossier pharmaceutique et au DMP, sans sécuriser individuellement l'accès à des téléservices. L'investissement ainsi poursuivi en vain représentera plusieurs dizaines de millions d'euros sur la durée de la fabrication des certificats électroniques...inexploitables. [57]

D - DES AIDES PUIS DES SANCTIONS POUR IMPOSER LA TÉLÉTRANSMISSION.

Comme nous l'avons vu précédemment, les premières aides à la télétransmission furent les aides à l'informatisation des professionnels de santé avec la loi FORMMEL de 1996 à 1998.

1 - L'ÉVOLUTION DES AIDES VERS

« LA PRIME À LA PERFORMANCE »

Depuis l'an 2000, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie adressait aux médecins une indemnisation pour les feuilles de soins électroniques télétransmises au cours de l'année précédente de 0,07 €.

Pour l'année 2011, en plus des 0,07 € par feuille de soins électronique s'ajoute un forfait annuel de 250 € à condition de télétransmettre à un taux de feuilles de soins électroniques supérieur à 75 % et de disposer d'un système de facturation SESAM-Vitale conforme à la dernière version en vigueur. Un deuxième forfait annuel de 250 euros était également versé aux médecins pour l'utilisation des télé-services mis en place progressivement par la CNAMTS sous conditions.

L'arrêté du 22 septembre 2011 supprime le versement de l'indemnité pour la télétransmission des feuilles de soins électroniques par une rémunération dites « rémunération à la performance ».

Elle est conditionnée par plusieurs objectifs de santé publique à remplir par le médecin traitant : dépistage sein et col utérin, réduction des prescriptions d'antibiotiques, préférence aux médicaments génériques, réalisation de vaccins saisonniers...

Jusqu'à 26 critères à respecter sont identifiés, même si aucun n'est spécifiquement obligatoire. Chaque indicateur atteint permet d'acquérir des points, jusqu'à 1 300 points au maximum. Le point valant environ 7 €, la prime peut atteindre jusqu'à

9 120 € au maximum. Indexé sur le nombre de patients, le chiffre de 9 120 € correspondant à 800 patients « médecin traitant » chez le médecin.

« Le volet "organisation du cabinet" est une partie de la rémunération à la performance. Il consiste en la mise en place de 5 indicateurs concernant l'organisation du cabinet (dont 4 accessibles aux spécialistes) :

- *Tenue dossier médical informatisé et saisie données cliniques : 75 points*
- *Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifiée par la HAS : 50 points*
- *Équipement permettant la télétransmission et utilisation téléservices : 75 points*
- *Affichage dans le cabinet des horaires de consultation (avec ou sans rendez-vous) : 50 points*
- *Volet annuel de synthèse du DMP par le médecin traitant remis aux patients (il ne concerne pas les spécialistes). Seul ce volet de synthèse est dépendant du nombre de patients. Les autres sont fixes. » [58]*

Ce volet organisation représente 2800 € sur les 9 120€ potentiels pour 800 patients.

Mais, il existe *« deux conditions obligatoires pour toucher la prime portant sur l'organisation du cabinet :*

- *Disposer d'un équipement conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale.*
- *Atteindre un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques supérieur ou égal à 2/3. »*

Le 26 décembre 2011, était la date butoir pour refuser cette nouvelle forme de rémunération. Chaque médecin libéral, s'il refusait ce dispositif devait le notifier à sa CPAM par lettre recommandée. Ce texte sera en vigueur de 2012 à 2016.

Le DMP est officiellement disponible depuis janvier 2011. Il n'apparaît pourtant pas dans les objectifs de ce contrat, ce qui est symptomatique de ce qu'en pense la CNAM.

2 - DES PÉNALITÉS POUR REFUS DE TÉLÉTRANSMETTRE DES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES

« L'assurance maladie a encore reçu quelques 150 millions de feuilles de soins papier en 2009, ce qui représente une dépense évitable de 200 millions d'euros par an » Une feuille de soins papier coûte en effet en moyenne 1,74 euro à la Sécurité sociale contre 0,27 pour une feuille de soins électronique télétransmise. La Cour des comptes estimait ainsi que le surcoût de la gestion des feuilles de soins papier pour 2009 était de 200 millions d'euros.

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 encore aucune feuille de soins électronique. Le plus faible taux était constaté à Paris, où 44% des généralistes et 60% des spécialistes refusaient encore ce dispositif. La Cour recommandait donc de *« fixer à un montant dissuasif et sans autre délai la contribution qui devait être imposée à partir du 1er janvier 2010 »*. Elle juge par ailleurs qu'il faut *« 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 »*.

A) UNE SANCTION PRÉVUE DÈS 1996

Déjà prévu par l'article L161-35 né des ordonnances Juppé, le montant de cette contribution devait être fixé unilatéralement par arrêté pour chaque profession et type de document. Mais, du fait que SESAM-Vitale avait du mal à démarrer et pour ne pas se mettre à dos les professionnels de santé, l'arrêté taxant les feuilles de soins papier n'a jamais été publié.

B) UNE CONTRIBUTION FORFAITAIRE PAR « EXCÈS DE POUVOIR ».

L'assurance maladie a donc laissé passer plusieurs années avant de décider des modalités de sanctions à appliquer.

Après la modification de l'article L161-35 du CSS par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

décida qu'à partir du 1er janvier 2011, le montant de la contribution forfaitaire à la charge du médecin devait être de 0,50 € par feuille de soins papier transmise au-delà de la franchise de 25 %, avec un abattement minimal de 300 feuilles de soins annuelles.



**Carte Vitale oubliée
= + 0,50 €**

**Votre carte Vitale
toujours avec vous !
Pensez-y !**

Depuis le 1^{er} janvier 2011, l'Assurance Maladie a rendu obligatoire la transmission électronique de votre feuille de soins par votre médecin directement à votre caisse d'Assurance Maladie.

Pour toute consultation pensez à vous munir systématiquement de votre carte verte Sésam Vitale.

Si vous ne présentez pas cette carte, quel qu'en soit le motif, l'Assurance maladie impose à votre médecin une pénalité de 0,50 €, qu'il ajoutera au tarif de votre consultation.

Sésam Vitalité Communiqué - Janvier 2011 - Photo: B. B.

 CONFEDERATION DES SYNDICATS
MEDICAUX FRANÇAIS

www.csmf.org

Illustration 28 - Affiche de salle d'attente proposée par le CSMF.

Le syndicat CSMF avait alors demandé à ses membres de faire payer aux patients les 50 centimes supplémentaires devant couvrir la pénalisation par feuille de soins non télétransmise avec la carte vitale.

Mais finalement, le projet a été déboutée par le Conseil d'État le 21 mai 2010 pour "excès de pouvoir" suite à la requête du Syndicat des médecins d'Aix et Région (SMAER) [59]. Selon la haute juridiction, « *ni les dispositions du CSS, ni aucune autre disposition législative ou réglementaire n'habilitait le directeur général de l'UNCAM à édicter* » cette mesure.

La Loi du 10 août 2011 modifie de nouveau l'article L. 161-35 du CSS [60] et instaure ainsi une obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé. Cet article prévoyait « *le manquement à cette obligation de télétransmission donne lieu à l'application d'une sanction dont les modalités de mise en œuvre sont définies par les partenaires conventionnels* ».

C) LA SANCTION PRÉVUE PAR L'AVENANT N°2

Depuis le 15 mars 2012 on connaît la sanction. La pénalité pour refus de télétransmission est de plusieurs milliers d'euros. Il y a eu parution au Journal Officiel de l'Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 [61].

Cet avenant modifie l'article 75 de la nouvelle convention nationale et rajoute à la liste des motifs de la procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin « *le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du CSS, des documents de facturation des actes et prestations* ».

Il est rajouté à l'article 76, qui liste les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin, la « *suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation [...]. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, [...] s'ils exerçaient en secteur à honoraires*

opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois ».

D) LA PROCÉDURE DE SANCTION

L'avenant n°2 modifie aussi l'annexe XXII de la convention médicale qui précise qu'en cas de refus systématique de télétransmettre, un avertissement préalable est adressé au médecin. [61]

Ce dernier dispose alors d'un délai de 3 mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Si, à l'issue d'un délai de 3 mois, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin avec copie adressée aux présidents des deux sections de la Commission Paritaire Locale. Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites. Le médecin dispose alors d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. Cette commission doit émettre un avis qui est ensuite transmis au médecin et à la CPAM. Le directeur de la CPAM notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. Le médecin peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel ou contester la décision devant la juridiction de droit commun.

E - BILAN DES TÉLÉTRANSMISSIONS.

Les «parts de télétransmission des progiciels de santé agréés et des solutions homologuées » sont publiées chaque mois sur le site du GIE SESAM-Vitale [1]. Pour chaque spécialité de Professionnels de Santé, est dénombré le nombre de Professionnels de Santé qui ont effectué des flux de facturation pour un mois donné avec une solution de facturation agréée ou homologuée SESAM-Vitale. Les parts de télétransmission en pourcentage sont définies en divisant ce nombre de Professionnels de Santé par le nombre de professionnels de Santé répertoriés dans le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS) [*Annexe A*], qui utilisent ou non SESAM-VITALE. Les décomptes sont réalisés au niveau national sur l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie.

Le FNPS renseigne sur tous les professionnels de santé et est mis à jour par l'Assurance Maladie. Cependant, dans le cadre de la montée en charge du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), les Caisses sont invitées à se rapprocher du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) depuis 2011 pour mettre en cohérence leur fichier de gestion des Professionnels de Santé. En effet, pour le mois d'août 2013, on retrouve 64496 généralistes au FNPS (identifiés en activité) contre 59838 généralistes en activité régulière libérale ou mixte selon le CNOM (atlas 2013).

Ainsi le pourcentage de médecin en télétransmission varie entre 85,11 % (effectifs FNPS) et 91,7 % (effectifs CNOM) pour les généralistes en fonction de la source des effectifs choisie.

De même, le CNOM comptabilise 53871 médecins spécialistes ayant une activité libérale ou mixte alors que le FNPS en identifie 77933 en activité. Ainsi le pourcentage de spécialistes en télétransmission varie entre 58,15 % (effectif FNPS) et 84,12 % (effectifs CNOM). Il faudra attendre l'alignement des bases de données statistiques par le RPPS pour avoir des chiffres représentatifs de l'exact.

Tous les ans, depuis 2008, on remarque une baisse importante des télétransmissions de feuilles de soins électroniques aux mois d'août chez tous les professionnels de santé. « *Il sera naturel de voir une baisse de ce taux sur août 2013 car certains Professionnels de Santé ne télétransmettent pas sur la période des congés d'été alors que le fichier national FNPS reste stable* » [Annexe A]. Elle est due à la baisse d'activité et aux fermetures de cabinets, mais aussi de la non-télétransmission de feuilles de soins par les remplaçants. Les remplaçants sont souvent dépourvus de CPS ou la configuration du progiciel du médecin remplacé n'accepte pas la carte CPS du remplaçant. Le nombre de médecins télétransmettant les feuilles de soins électroniques a été dopé par l'annonce de la taxe sur les feuilles de soins papier dès janvier 2011.

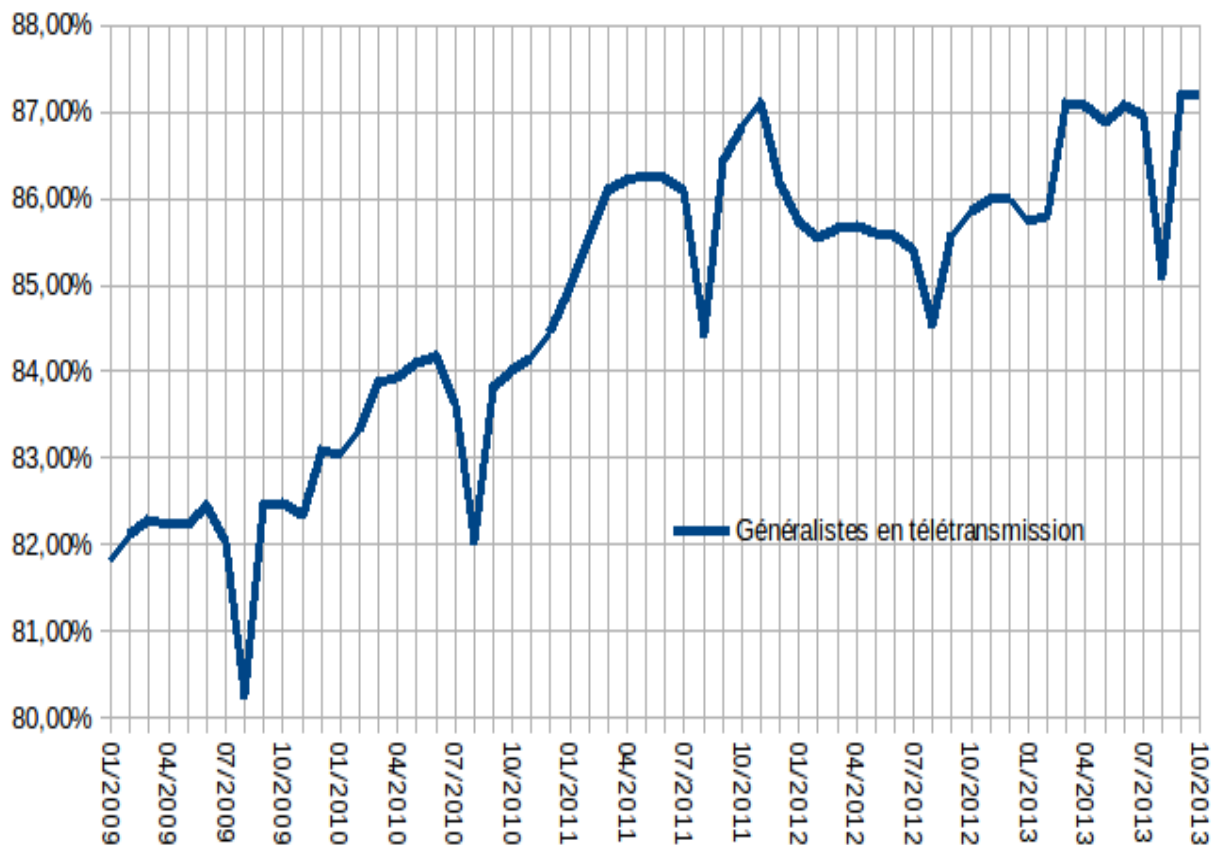


Illustration 30 - Evolution du pourcentage de médecins généralistes en télétransmission de 2009 à octobre 2013 [1]

Depuis mars 2011, le nombre de professionnels "en télétransmission" recensé chaque mois par le GIE SESAM-Vitale augmente moins rapidement. Le taux de professionnels de santé ayant télétransmis au moins une feuille de soins électronique, avait progressé de 0,39% entre mars et juin 2012. Sur la même période, la hausse était de 0,54% en 2011, 0,74% en 2010 et 0,91% en 2009 .

Le pourcentage de ceux ayant télétransmis au moins une feuille de soins électronique a baissé au printemps 2012 et a continué de diminuer au cours de l'année. Il s'établissait à 78,31% à la fin du mois de décembre 2012, contre 78,56% un an plus tôt .

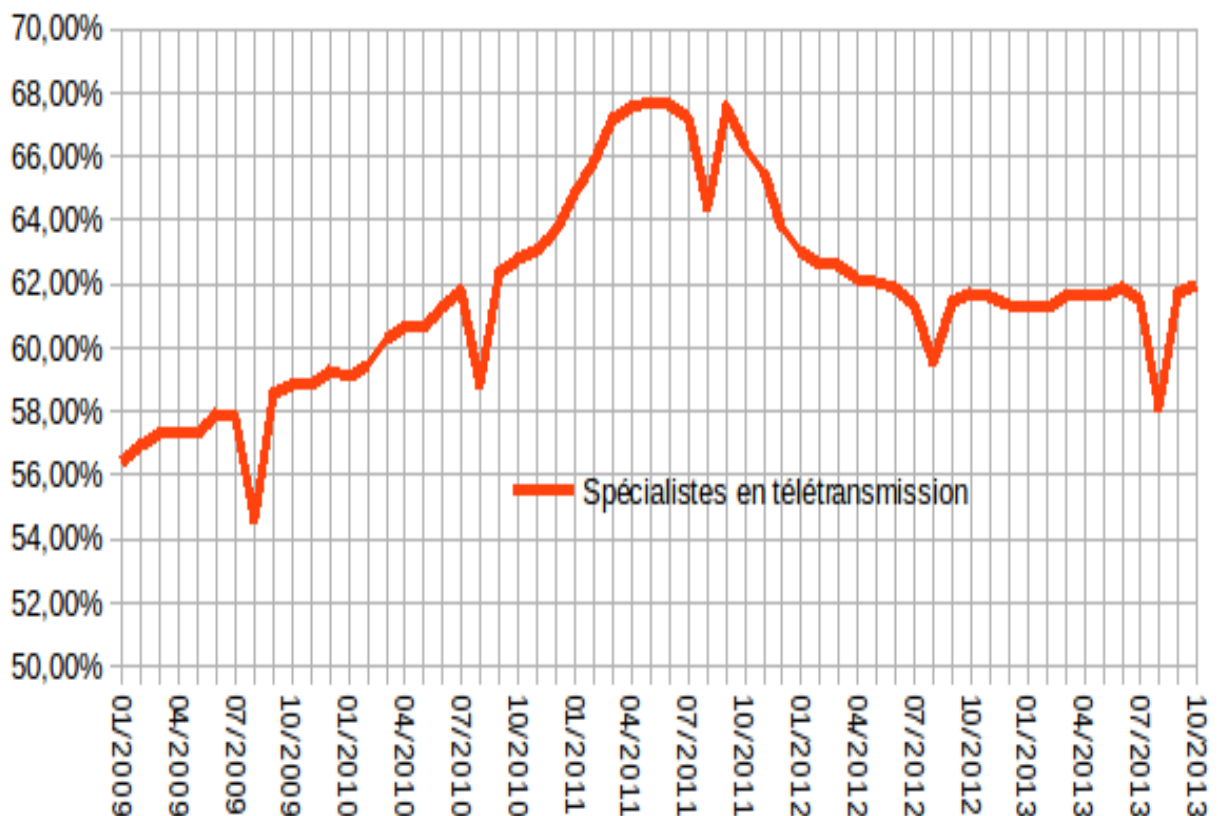


Illustration 31 - Evolution du pourcentage de médecins spécialistes en télétransmission de 2009 à octobre 2013. [1]

Néanmoins, le seuil des 300.000 professionnels de santé "en télétransmission" a enfin été franchi au mois de mars 2012. [62]

Le ralentissement constaté depuis mars 2011 s'est perpétué jusqu'au printemps 2013 alors que le nombre de professionnels pris en compte par le GIE SESAM-Vitale continue de croître. Entre janvier et décembre 2012, le taux de raccordement a diminué de 0,48%, malgré l'arrivée de 7801 praticiens supplémentaires en télétransmission. D'après ces données, plus de 82.000 professionnels n'ont pas télétransmis une feuille de soins électronique au mois de juin 2012, dont environ 28.300 médecins spécialistes, 11.100 pédicures, 9.900 masseurs-kinésithérapeutes, 9.400 médecins généralistes, 9.300 infirmiers, 6.700 chirurgiens-dentistes et 2.900 orthophonistes .

Les pharmaciens montent en 2012 encore sur la plus haute marche du podium, avec un taux de télétransmission (98,71%) stable sur l'année et largement supérieur à celui des infirmiers (87,15%, en baisse de 1,11% par rapport à janvier) qui suivent. Les médecins généralistes (86% en décembre), au coude à coude avec les laboratoires pendant le premier semestre, occupent la troisième place, du fait d'une baisse du taux de transmissions des laboratoires (85,58% en décembre, contre 86,33% en janvier).

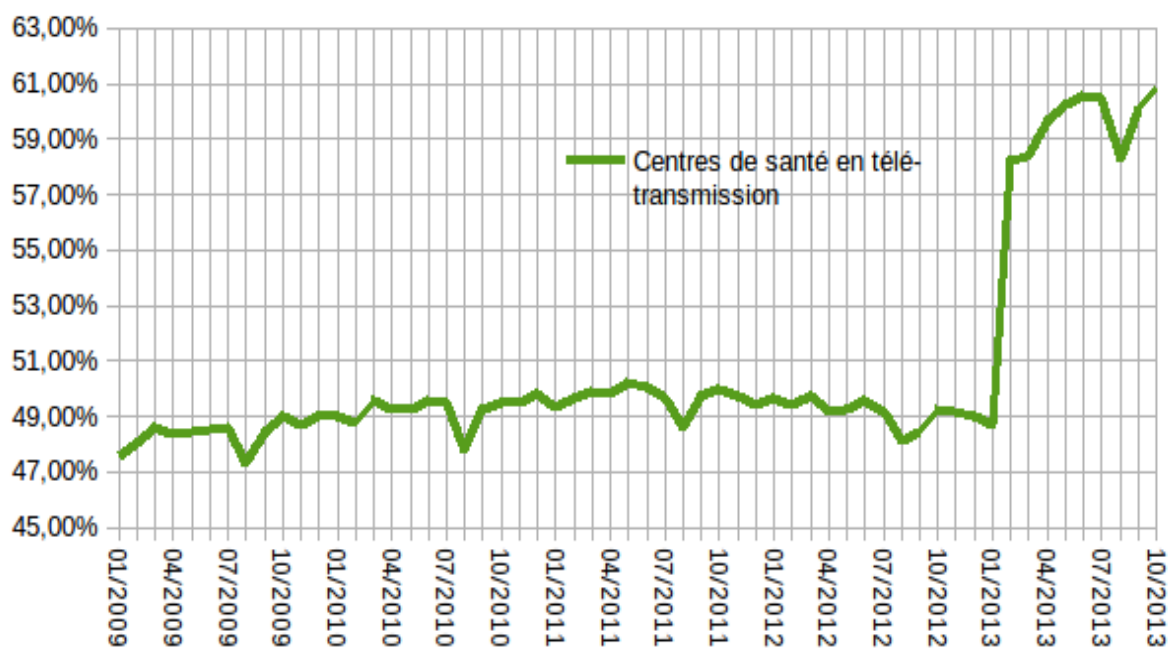


Illustration 32 - Evolution du pourcentage des centres de santé en télétransmission de 2009 à octobre 2013. [1]

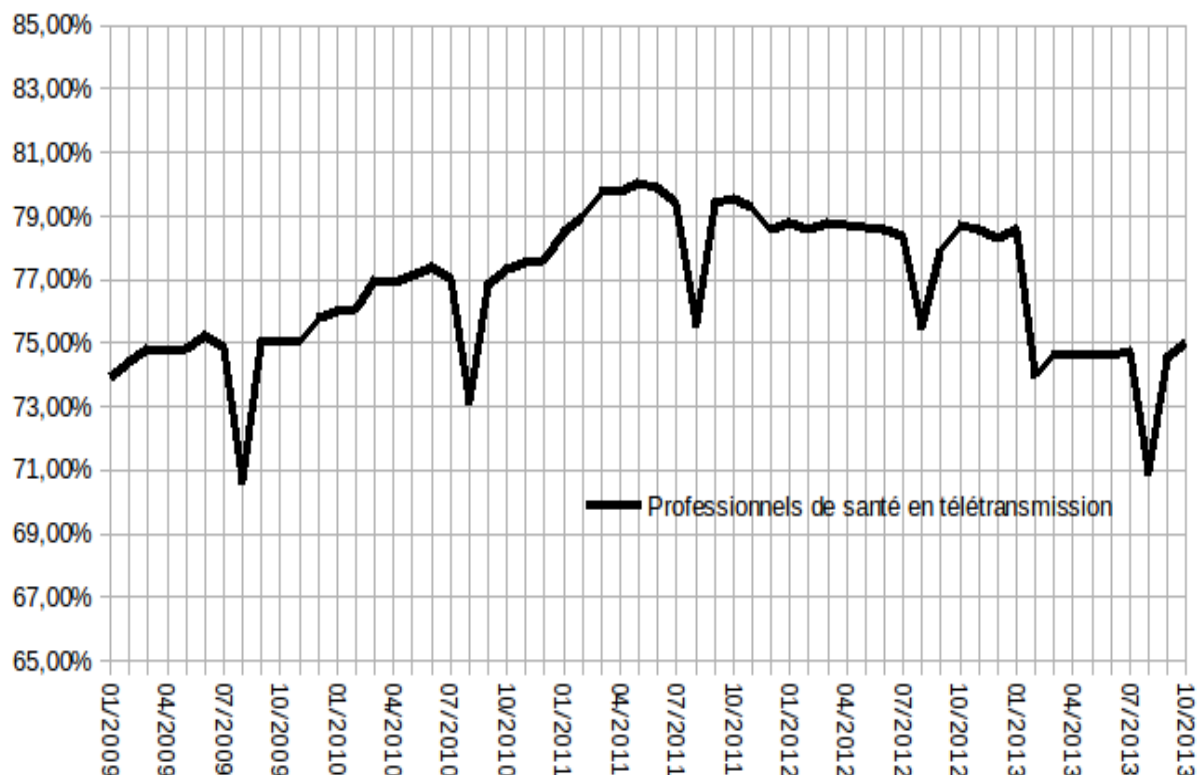


Illustration 33 - Evolution du pourcentage de l'ensemble professionnels de santé en télétransmission de 2009 à octobre 2013. [1]

Plusieurs catégories restent en dessous de la moyenne : les centres de santé (48,97%), les médecins spécialistes (61,31%), ainsi que les orthoptistes, les pédicures et les sages-femmes.

Près de 85.000 professionnels de santé n'ont pas télétransmis une feuille de soins électronique au mois de décembre 2012, dont environ 30.000 médecins spécialistes, 10.650 masseurs-kinésithérapeutes, 10.000 infirmiers et 9.200 médecins généralistes.

En août 2013, 9605 médecins généralistes et 32615 médecins spécialistes ne télétransmettent pas d'après les chiffres du GIE SESAM-Vitale.

CHAPITRE - II

ÉTUDE DES MOTIFS DE NON-TÉLÉTRANSMISSION PARMI LES MÉDECINS FRANÇAIS.

Comme nous l'avons vu précédemment, la télétransmission semble devenir la règle chez les professionnels de santé. La grande majorité des médecins sont partisans de la télétransmission qui favorise à leurs yeux, le tiers-payant et avantage particulièrement leurs patients. Pourtant, elle ne s'inscrit pas encore comme méthode exclusive d'échanges des feuilles de soins entre les cabinets des médecins et l'Assurance Maladie. Les chiffres stagnent, semblent avoir atteint un plafond. Une enquête qualitative auprès de 355 médecins alsaciens de décembre 2012 à janvier 2013 évoque une multitude de raisons entravant la télétransmission de 100 % des feuilles de soins électroniques par les médecins. . Elles ont été regroupé en quatre groupes pour mieux les étudier.

- Obstacle lié au patient,
- Obstacle généré par la CPAM,
- Obstacle par une organisation du cabinet particulière,
- Obstacle du médecin prescripteur lui-même.

Pour prioriser les évolutions de SESAM-Vitale nécessaire à la diminution au plus vite du nombre de feuilles de soins papier circulantes. Il nous a semblé nécessaire d'évaluer la part de chaque frein dans la non-télétransmission par une étude quantitative nationale.

A - MÉTHODOLOGIE.

1 - L'ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

A) LE PREMIER QUESTIONNAIRE DE MÉMOIRE DE DES DIFFUSÉ EN ALSACE.

C'est au cours de mon stage auprès des praticiens libéraux, en quatrième semestre d'internat, que mon sujet de thèse sur la non-télétransmission est né. Les trois cabinets médicaux où j'effectuais mon stage avaient des avis et des pratiques de télétransmission très divergents.

Docteur A télétransmettait toutes ou presque toutes ses feuilles de soins. Réaliser une feuille de soins papier l'agaçait. Il n'hésitait pas à faire repasser ses patients au cabinet avec la carte Vitale pour effectuer le paiement ultérieurement lorsque celui-ci avait oublié de l'apporter (ce qui était toutefois assez rare).

Docteur B, à l'opposé, ne télétransmettait plus aucune feuille de soins depuis plusieurs mois. Il avait renoncé après que son lecteur ait cessé de fonctionner et préférait « imprimer » des feuilles de soins papier. Pour chaque patient, il créait un gabarit de feuille de soins usuel. La procédure était répétitive et plus rapide que la création d'une feuille de soins électroniques. A la fin de mon stage, il avait toutefois réinvesti dans un lecteur fixe en même temps qu'un ordinateur portable tout neuf. Mais, ses patients peu habitués à présenter leur carte Vitale, il effectuait une télétransmission pour moins d'un acte sur deux.

Docteur C, partisan de la télétransmission, télétransmettait dès qu'il le pouvait. Mais, du fait d'une patientèle particulièrement peu attentive à la nécessité d'une carte Vitale pour consulter et de problèmes techniques ou organisationnels assez fréquents, un nombre important de feuilles de soins était encore quotidiennement rédigées.

J'ai pu interviewer ces trois médecins généralistes m'ayant accueillis en stage afin de comprendre ces différences d'habitude de télétransmission. (Annexe 2)

Cinq origines principales de non-télétransmission ont émergées des trois interviews :

- Le patient,
- La CPAM,
- L'organisation du cabinet,
- Le matériel de télétransmission,
- Le médecin lui-même.

Nous avons alors élaboré un questionnaire (Annexe B) pour évaluer la responsabilité de ces différents obstacles à la télétransmission. En le diffusant à une population plus large de médecins, nous souhaitons quantifier leur impact réel dans la non-télétransmission et éventuellement déceler d'autres causes empêchant la télétransmission. Pour ce faire, des zones d'expressions libres avaient été intégrées au questionnaire pour recueillir toutes les remarques des médecins interrogés et palier au caractère incomplet du questionnaire. L'analyse des résultats de cette étude qualitative a fait l'objet de mon mémoire de DES de Médecine générale.[63]

Des limites à ce premier questionnaire ont cependant été mises en évidence lors de l'analyse des résultats et grâce aux commentaires des médecins participant à cette première étude alsacienne :

- Il me semblait, lorsque j'ai construit mon questionnaire, que rendre les questions « obligatoires » pour pouvoir valider ses réponses aurait amélioré les résultats de l'enquête. Mais, en réalité, c'est plutôt l'inverse qui s'est produit : « *Répondre à ce questionnaire m'a bouffé dix minutes car il faut cocher toutes les cases même si la réponse est stupide !* » m'informait un médecin alsacien. Les questions obligatoires diminuent le nombre de réponses par abandon à mi-questionnaire et favorisent les réponses arbitraires (première ligne de chaque question). J'ai donc décidé de supprimer le caractère obligatoire de toutes les réponses sauf « *la place de la*

télétransmission dans le cabinet médical » qui me semblait indispensable pour le bon déroulement de l'enquête.

- J'ai également privilégié la possibilité de cocher plusieurs cases (choix multiples) plutôt qu'une seule sur conseil de plusieurs médecins alsaciens participant à l'enquête précédente. Ceci améliore la vraisemblance et la spontanéité des réponses.

B) LE QUESTIONNAIRE DE THÈSE DIFFUSÉ DANS TOUTE LA FRANCE.

Le questionnaire ne comprenait au maximum que 7 questions, réparties sur trois pages afin d'améliorer au mieux l'adhésion des participants.

◆ La première page

- La question N°1 renseigne l'âge du médecin interrogé,
- La question N°2 renseigne sur la place de la pratique du tiers-payant au sein de l'activité médicale.
- La question N°3 et la N°4 permet de connaître l'organisation du cabinet avec l'aide ou non d'un secrétariat et la place éventuelle du secrétariat dans la création de la feuille de soins électronique.

◆ La deuxième page

- La question N°5 permet au médecin interrogé d'émettre son opinion par rapport à la télétransmission.
- La question N°6 : « la place de la télétransmission dans le cabinet » étant la question charnière qui nous informe sur la pratique de la télétransmission dans l'activité professionnelle habituelle du médecin interrogé. Seule cette question du formulaire était obligatoire.

En fonction de leur réponse à cette question N°6, la suite du questionnaire était différente.

- Si la médecin participant avait répondu ne télétransmettre aucune feuille de soins électronique ou bien au contraire télétransmettre la totalité de ses feuilles de soins, le médecin était dirigé vers la plage de texte libre prévue à la fin de la page 2. (paragraphe N°7). Il y était attendu les commentaires ou/et les informations supplémentaires sur les raisons de ne pas télétransmettre. Il peut ensuite valider ses réponses et sa participation au questionnaire s'arrêtait. Il n'accédera pas à la question N°8 de la troisième page du questionnaire.
- S'il avait répondu télétransmettre mais rencontrer parfois des difficultés à télétransmettre toutes ses feuilles de soins électroniques, ils étaient automatiquement invités à répondre à la question N°8 sans passer cette fois par le paragraphe N°7.

◆ **La troisième page.**

- La question N°8 est la partie qualitative de l'enquête. Elle recueille la raison pour laquelle la dernière feuille de soins papier a du être rédigée. Une seule réponse était attendue parmi une liste de freins à la télétransmission. Ceux-ci prédéfinies lors de l'étude précédente auprès des médecins alsaciens du mémoire de DES.[63]

Une seconde plage de texte libre était insérée au paragraphe N°9. Ainsi, tout médecin participant à l'enquête pouvait s'exprimer. Cependant, ce paragraphe de texte libre, destiné aux médecins en télétransmission ayant recours aux feuilles de soins papier régulièrement, recherchait des remarques sur les imperfections du système.

Une question supplémentaire précisant l'activité médicale exercée était initialement prévue dans le questionnaire. Une mise à jour *Google drive®* l'a malencontreusement effacé du questionnaire à mon insu avant sa diffusion. Cette question aurait pu être un élément d'analyse intéressant concernant le lien entre l'organisation de l'activité et la non-télétransmission.

LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOI... <https://docs.google.com/forms/d/1VHhNlKCsTl4EiGEW..>

LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES

Pourquoi les feuilles de soins papier existent-elles encore ?
Au cours d'une enquête auprès de médecins alsaciens, j'ai pu recueillir différentes raisons de non-télétransmission dont certaines sont bien indépendantes de notre volonté de professionnels de soins. Pour évaluer la part de responsabilité de chaque frein à la télétransmission, il m'est nécessaire de connaître la raison pour laquelle vous avez été contraint de réaliser votre dernière feuille de soins papier. Vos réponses me permettra, outre de réaliser ma thèse en médecine, de mieux cerner les problèmes de télétransmission et faire part de nos conclusions à la CPAM.

***Obligatoire**

1. Je suis agé(e) de :
Une seule réponse possible.

moins de 35 ans.
 de 35 à 45 ans.
 de 45 à 55 ans.
 de 55 à 65 ans.
 plus de 65 ans

2. Je pratique le tiers-payant :
Une seule réponse possible.

occasionnellement.
 régulièrement.
 la plupart du temps.

3. Je travaille :
Plusieurs réponses possibles.

en cabinet individuel.
 en cabinet de groupe.
 avec un(e) secrétaire.
 sans secrétariat.
 avec secrétariat téléphonique.

4. Si je bénéficie d'une secrétaire, elle réalise :
Une seule réponse possible.

la totalité des FSE.
 la majorité des FSE.
 quelques FSE.
 aucune FSE.

1 sur 3 19/09/2013 21:10

Illustration 34 : Première page du questionnaire de thèse diffusée

LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOI... <https://docs.google.com/forms/d/1VHhNLkCst14EiGEW...>

5. Votre avis concernant la télétransmission ?
Une seule réponse possible.

La balance avantages/inconvénients de la télétransmission m'a toujours paru acceptable.

Je trouvais le projet de télétransmission très intéressant mais, la pratique m'a fait changer d'avis.

J'étais contre le projet de télétransmission au début, mais, maintenant, je ne m'y oppose plus.

J'ai toujours soutenu le projet et je le soutiens encore.

J'étais contre le projet de télétransmission dès le début et je n'ai pas changé d'avis.

6. Dans mon cabinet médical, *
Une seule réponse possible.

Je ne réalise plus aucune feuille de soins papier. *Passez à la question 7.*

Je télétransmets la totalité ou presque de mes consultations et de mes visites. *Passez à la question 8.*

Je télétransmets la totalité ou presque de mes consultations mais aucune visites. *Passez à la question 8.*

Je télétransmets seulement une partie de mes consultations et de mes visites. *Passez à la question 8.*

Je télétransmets seulement une partie de mes consultations et aucune visite. *Passez à la question 8.*

Je ne télétransmets pas. *Passez à la question 7.*

Passez à la question 8.

7. Vos remarques et vos suggestions concernant la télétransmission et son fonctionnement.

.....

.....

.....

.....

.....

Arrêtez de remplir ce formulaire.

2 sur 3 19/09/2013 21:10

Illustration 35 : Deuxième page du questionnaire de thèse diffusée

LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES FEUILLES DE SOI... <https://docs.google.com/forms/d/1VHhNLkCsTt4EiGEW...>

8. Pour quelle raison avez-vous rédigé votre dernière feuille de soins papier ?
 (au lieu d'une feuille de soins électronique).
Plusieurs réponses possibles.

Le patient a une carte Vitale mais ne l'avait pas apporté lors de cette consultation.

Le patient n'avait pas de carte Vitale, il attend que la sécurité sociale la lui délivre.

La carte du patient n'était pas à jour.

La carte du patient ne fonctionnait pas.

J'ai manqué de temps pour réaliser une FSE.

Je n'ai pas de lecteur SESAM-Vitale portable et j'étais en visite.

J'avais télétransmis une FSE mais, il y a eu une erreur de remboursement et c'était plus facile de refaire une feuille de soins papier.

J'ai télétransmis en mode dégradé mais, la sécurité sociale m'a retourné l'exemplaire papier. J'ai donc rempli une feuille de soins papier à la place.

Le patient ne pouvait bénéficier d'une carte Vitale ou ne figurait pas sur la carte Vitale familiale (Carte AME, Nouveau-né...).

J'ai dû effectuer une mise à jour logiciel et je ne pouvais pas réaliser de FSE durant quelques temps.

Le logiciel de télétransmission ne fonctionnait pas.

Le système informatique de cabinet était planté.

Mon accès internet ne fonctionnait pas.

Mon lecteur SESAM-Vitale ne fonctionnait pas.

Le matériel de télétransmission n'était pas disponible.

J'ai préféré réaliser une feuille de soins papier.

Je ne sais pas.

Autre :

9. Vos remarques et vos suggestions concernant la télétransmission et son fonctionnement.


.....

.....

.....

.....

.....

Fourni par


3 sur 3 19/09/2013 21:10

Illustration 36 : Troisième page du formulaire de thèse.

2 - LA DIFFUSION

Le questionnaire a été diffusé à des médecins exerçant en France, par l'intermédiaire de mon Directeur de thèse, via la mailing-liste de l'ESPACE MEDECINE de Strasbourg où figurent les médecins ne refusant pas de recevoir de courriers électroniques de la part de l'association.

Cette liste de coordonnées, déclarée à la CNIL s'est constituée à partir :

- Des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (téléchargeables notamment sur le site internet www.fmcaction.org ou envoyés par courrier postal aux inscrits).
- Des fiches de renseignements des formateurs.
- Des formulaires d'inscription en ligne aux formations.
- Des sites Web des Pages Jaunes.
- Du CNOM et de la Sécurité Sociale.
- Des fichiers syndicaux d'Union Généraliste, puis de la FMF.
- De mises à jour actives, notamment par voie téléphonique.

La liste comprenait 37 264 adresses au départ.

- 2031 messages de rejets automatiques ont été enregistré pour cause de boîte à lettre désactivée, d'adresse inconnue, indéfini ou inexistante et de livraison non-autorisée.
- 44 retours automatiques pour cause de vacances ont été réceptionnés,
- 6 adresses personnelles ont été supprimés pour cause de redondance,
- 22 médecins n'ont pu répondre au questionnaire faute « de lien valide » via le questionnaire en ligne et cela malgré plusieurs tentatives et renvoie personnalisée du lien (problème de pare-feu a priori).
- 21 médecins n'ont pas répondu au questionnaire pour cause de déménagement à l'étranger (Québec, Suisses...), d'installation récente ou non encore installé et s'estimant « *manquer de fiabilité* » ou « *de recul suffisant* » et préférant s'abstenir.
- 16 médecins retraités sans activités se sont excusés.
- 74 médecins salariés ou fonctionnaire n'ayant pas ou plus d'activité libérales n'ont pas participé à l'enquête et m'en ont informé.

L'invitation électronique à répondre au questionnaire comprenait une description de l'étude et le lien pour accéder au questionnaire en ligne hébergé par *Google drive® (ex-Google document)*. Il a été envoyé le 30/06/2013 et est resté en ligne jusqu'au 30/09/2013.

Deux mille neuf cent soixante-quatre médecins ont répondu à mon questionnaire. Soit une participation de 8 %.

B - RÉSULTATS

Du fait du caractère ni obligatoires ni exclusifs des questions, l'absence de réponse ou l'incohérence entre les réponses ont été comptabilisés sous forme N/A ou « Non Applicable ».

1 - CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE.

A) LEUR ÂGE

Les médecins ayant répondu à mon questionnaire se situent majoritairement dans la tranche des 55 à 65 ans (39,4 %). 27,7 % des participants ont moins de 45 ans.

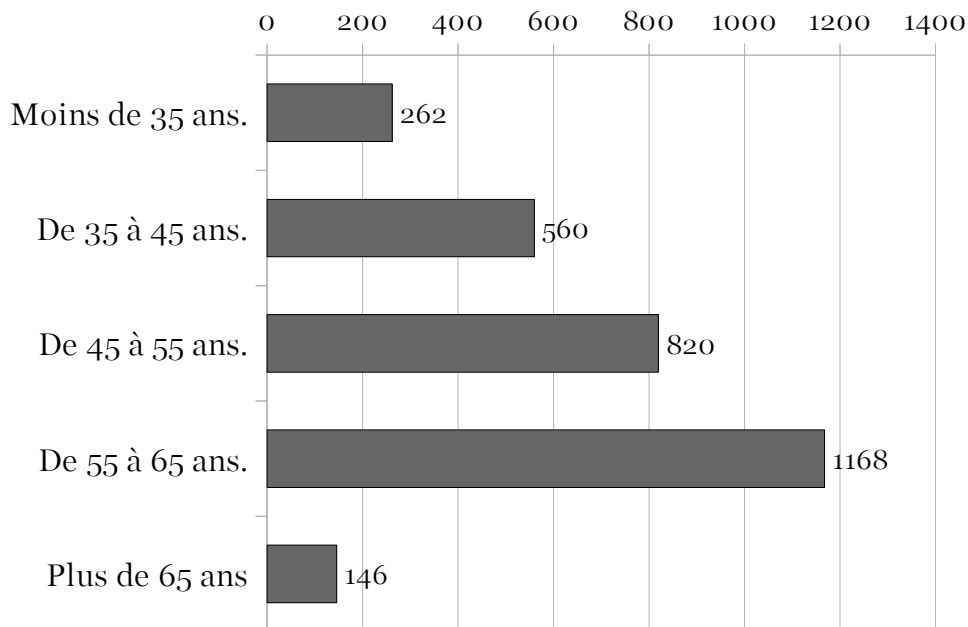


Illustration 37 - Pyramide des âges des participants à l'étude.

B) L'ORGANISATION DE LEUR CABINET

Deux-mille neuf cent sept médecins (sur les 2964 participants à l'enquête) ont précisé s'ils travaillaient en cabinet de groupe ou en cabinet individuel.

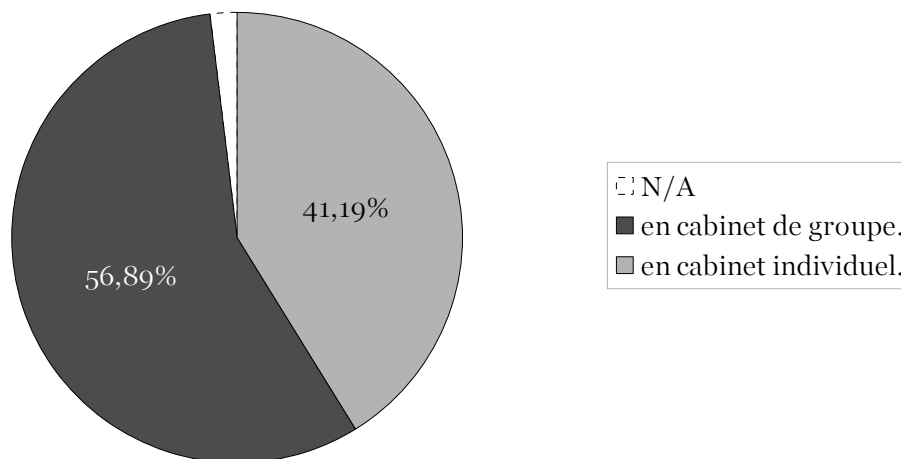


Illustration 38 - Proportion (en %) de médecins travaillant en cabinet de groupe ou en cabinet individuel parmi les participants à l'étude.

Les médecins participant au questionnaire sont majoritairement des médecins travaillant en cabinet de groupe.

En cabinet de groupe sans précision sur le secrétariat.	462	27 %
En cabinet de groupe sans secrétariat (ou avec secrétariat téléphonique seulement).	338	20 %
En cabinet de groupe avec secrétaire.	886	53 %
En cabinet de groupe (Totaux).	1686	100%

Illustration 39 : Répartition des médecins exerçant en cabinet de groupe en fonction de leur réponse à la question : présence ou non d'un secrétariat dans leur cabinet.

En cabinet individuel sans précision sur le secrétariat.	636	52 %
En cabinet individuel sans secrétariat (ou avec secrétariat téléphonique seulement).	436	36 %
En cabinet individuel avec secrétaire.	149	12 %
En cabinet de individuel (Totaux).	1221	100%

Illustration 40 : Répartitions des médecins exerçant en cabinet individuel en fonction de leur réponse à la question : présence ou non d'un secrétariat dans leur cabinet.

Un nombre important de médecins exerçant en cabinet individuel n'a pas souhaité préciser s'il bénéficiait d'un secrétariat.

Mille trente-cinq médecins participants mentionnent bénéficier des services d'un secrétariat.

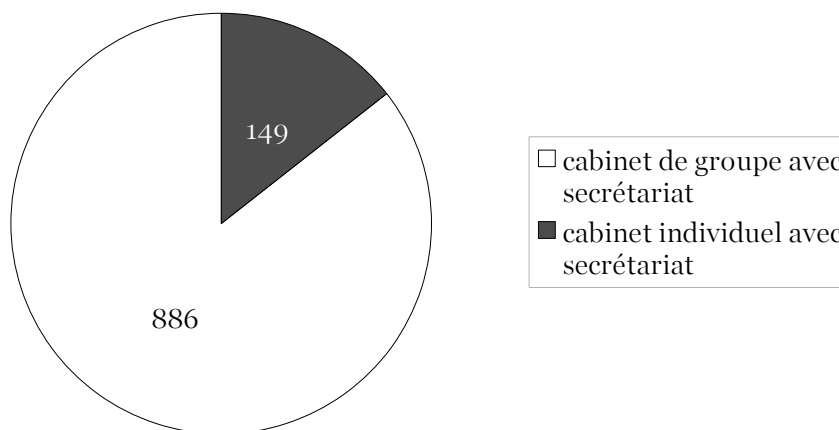


Illustration 41 - Parts des secrétariats parmi les cabinets de groupe et individuels.

Parmi les 1035 cabinets à bénéficier d'un secrétariat, 85,6 % sont des cabinets de groupe.

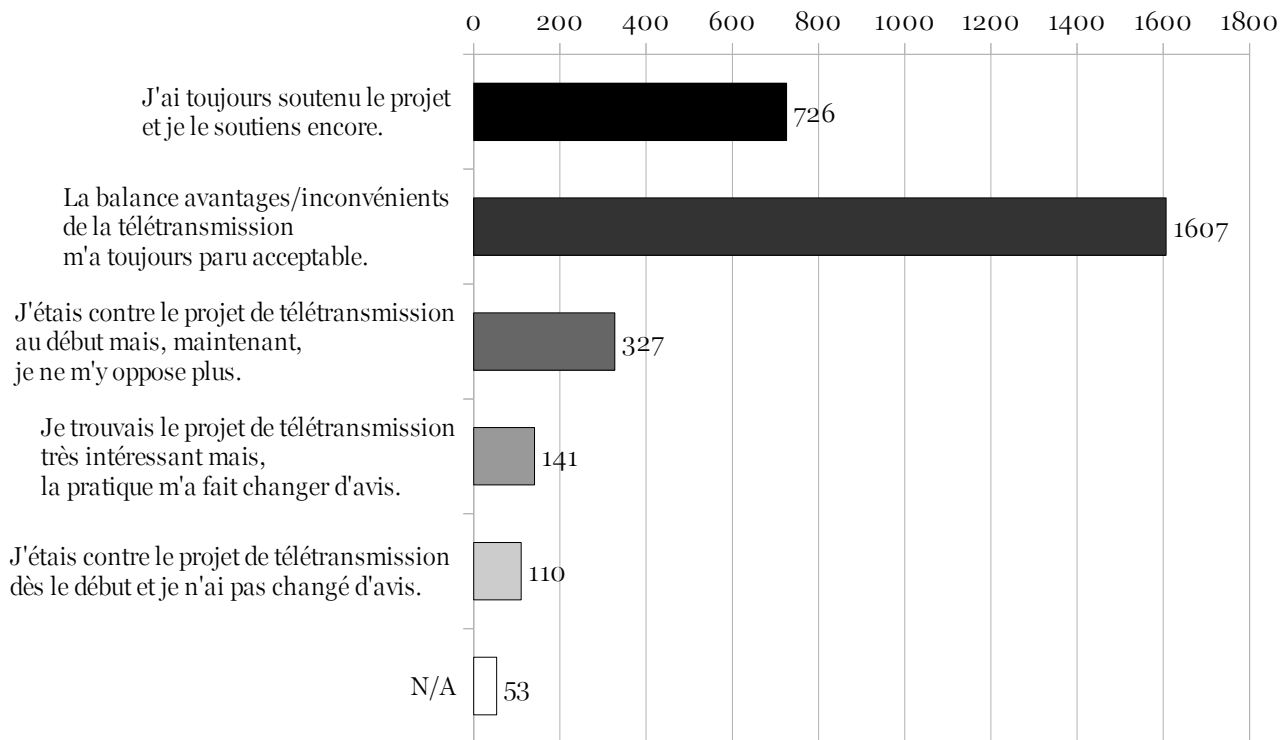
C) LEURS AVIS SUR LA TÉLÉTRANSMISSION.

Illustration 42 - Répartition des avis sur la télétransmission de l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire.

Les médecins sont en très grande majorité favorables à la télétransmission. Si 8,47 % (251) des médecins sont non-convaincus par la télétransmission, 52,22 % (1607) ont toujours trouvé la balance avantages/inconvénients acceptable et 24,49 % (726) ont toujours soutenu le projet.

« Je trouve que ça m'a simplifié la vie, la paperasse des feuilles de soins et une bonne partie de la comptabilité. Globalement c'est un très très gros progrès »

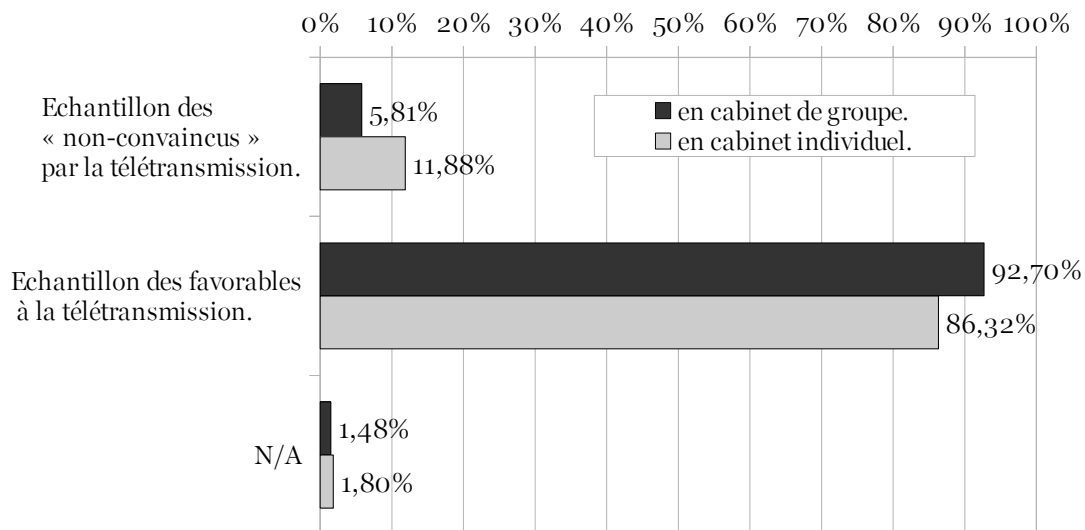


Illustration 43 - Opinion sur la télétransmission des médecins en fonction de leur activité en cabinet de groupe ou en cabinet individuel.

Seulement 98 médecins parmi les 1686 médecins ayant répondu travailler en cabinet de groupe (5,81 %) ne sont pas convaincus pas la télétransmission. Alors que dans la population des 1221 médecins exerçant en cabinet individuel, ils sont 145 (11,88 %).

D) LEURS HABITUDES DE FACTURATION ET DE TÉLÉTRANSMISSION.

Seulement 15% des médecins ayant répondu au formulaire pratique le tiers-payant la plupart du temps. 43,5 % le pratique toutefois régulièrement.

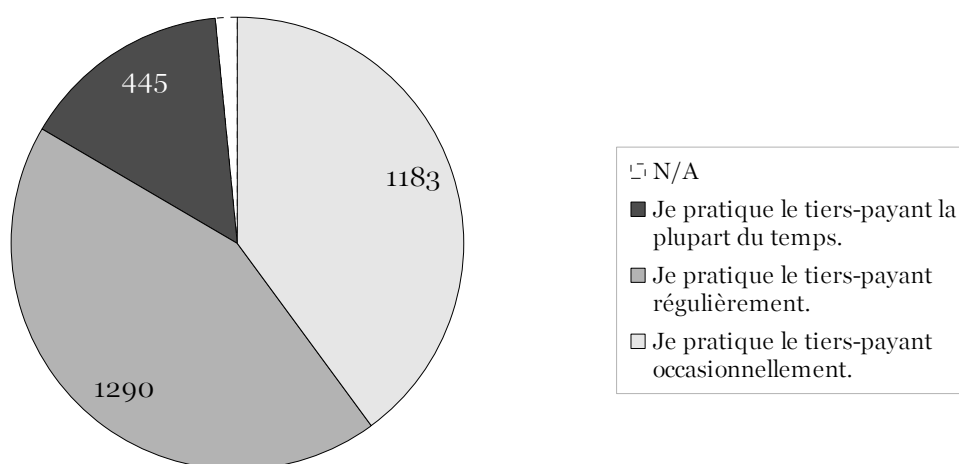


Illustration 44 - La pratique du tiers-payant au cabinet de l'ensemble des médecins ayant participé à l'étude.

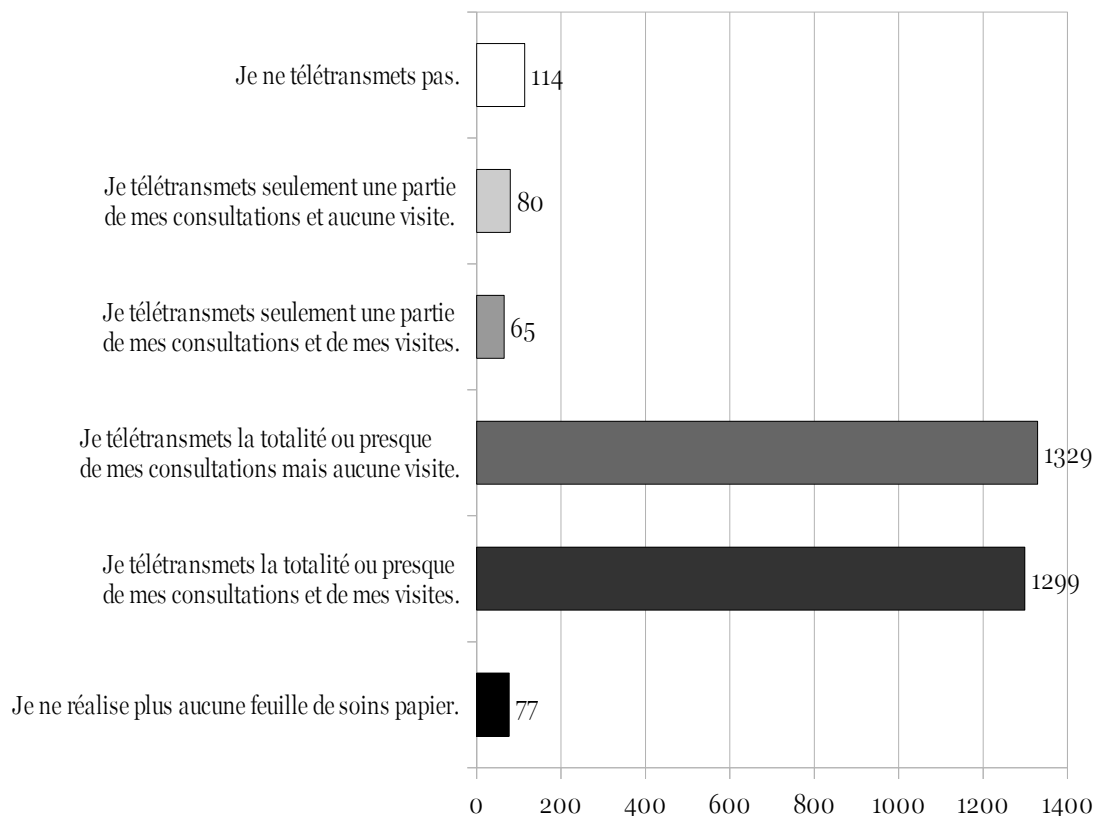


Illustration 45 - Habitudes de télétransmissions du cabinet de l'ensemble des médecins ayant répondu à la question.

Seulement 114 médecins soit 2,6 % ne télétransmettent pas. 91,3 % télétransmettent la plupart de leurs feuilles de soins électroniques.

Parmi les 1035 médecins ayant mentionné bénéficier des services d'un secrétariat, seuls 19,5 % délèguent la tâche de création de la feuille de soins électronique à leur secrétaire de manière permanente ou fréquente. Dans 76,8 % des cas, c'est le médecin lui-même qui crée la feuille de soins électronique.

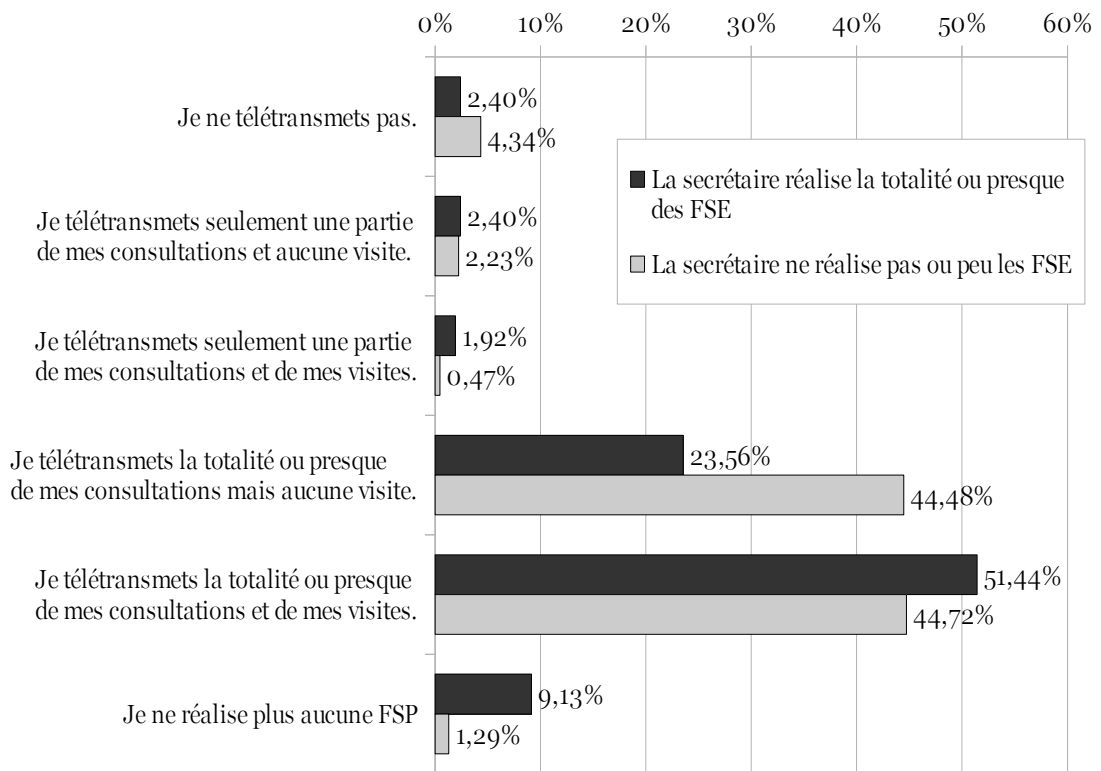


Illustration 46 - Habitudes de télétransmission (en %) des médecins bénéficiant d'un secrétariat en fonction de la participation de la secrétaire à la création des feuilles de soins électroniques.

Lorsque la secrétaire réalise une grande partie des feuilles de soins électroniques, la télétransmission de toutes ou presque toutes les feuilles de soins semble favorisée au cours de l'exercice au cabinet.

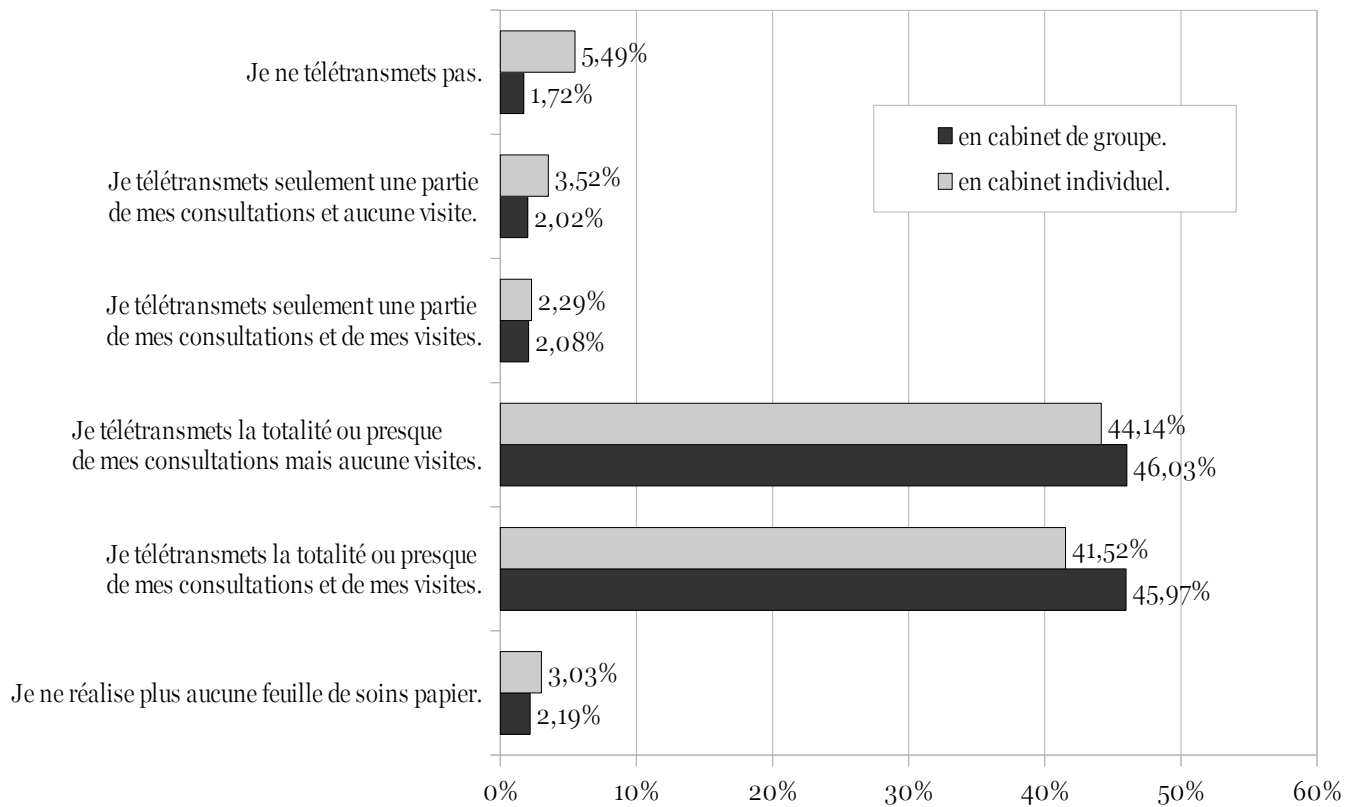


Illustration 47 - Habitudes de télétransmission des médecins en fonction de leur activité en cabinet de groupe ou en cabinet individuel.

Parmi les 1686 médecins ayant répondu exercer en cabinet de groupe, seulement 29 ne télétransmettent pas alors que dans le groupe des 1221 médecins exerçant en cabinet individuel, 67 affirment ne télétransmettre aucune feuille de soins électronique.

2 - LA PART DE RESPONSABILITÉ DE CHAQUE FREIN DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Parmi, les 2964 médecins participant à l'étude, 2425 réponses ont pu être exploitées.

◆ 539 réponses ont été exclues de l'enquête quantitative après analyse :

- 208 n'ont pas eu accès à cette question pour cause de non-télétransmission ou au contraire de télétransmission complète sans aucune feuille de soins papier.
- 325 médecins ont sélectionné plusieurs réponses.
- 6 ont coché « ne sais pas ».

◆ 94 médecins ont coché la cause « Autres » en précisant alors leur dernier motif de non-télétransmission. Ils ont été retenus pour l'analyse.

- 10 situations nécessitant une feuille de soins papier rejoignent les propositions proposées et ont donc été par nos soins ajoutés aux statistiques.
- 14 feuilles de soins papier ont servi de factures à des patients étrangers non assurés en France par la Sécurité Sociale.
- 13 feuilles de soins papier ont été réalisées du fait d'un codage CCAM imparfait : codage absent de la liste du logiciel du Terminal de Paiement Électroniques (TPE) ou bien codage non trouvé. Notamment, n'a pas pu être réalisé de manière électronique trois codages de l'acte de prélèvement pour frottis cervico-vaginal, deux codages échographiques et une coaptation précise. Une feuille de soins papier a été réalisée du fait d'une réévaluation tarifaire non à jour dans le logiciel de facturation. « *cotation nouvelle MSH pas encore dans l'ordinateur* », une autre du fait d'un « *acte hors CCAM* » et une encore par « *crainte d'un refus de la feuille de soins papier par la Sécurité Sociale en raison d'un problème de cotation (spécialité 34)* » La spécialité 34 correspond à la spécialité gériatrie.

- 12 feuilles de soins papier ont été effectuée dans le cadre d'un accident de travail. La Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), la caisse de la mutuelle sociale agricole (MSA), et la caisse des fonctionnaires n'acceptaient pas de feuilles de soins électroniques dans le cadre de l'arrêt de travail. Les délais de déclaration et d'ouverture de dossier d'accident de travail n'étaient pas compatible avec l'instantané de la feuille de soins électronique et ont donc nécessité une feuille de soins papier pour 5 médecins.
- 10 médecins ont dû écrire une feuille de soins papier du fait d'une activité professionnelle multisite. 2 médecins avaient oublié leur carte CPS. Un médecin justifiait être en garde sans équipement et un autre : « Le secrétariat des urgences ne peut gérer les feuilles de soins électroniques de tous les médecins qui y interviennent simultanément »
- 6 médecins ont réalisé une feuille de soins papier par absence de carte du parent de l'enfant alors qu'il était amené en urgence par un proche (la grand-mère pour 3 des consultations). « Je m'occupe d'enfants en Institut Médico-éducatifs dont les parents conservent les carte Vitale: donc à chaque visite d'enfant, obligée de réaliser une feuille de soins papier »
- 5 médecins n'ont pas fait de feuille de soins électronique du fait de l'absence de la secrétaire.
- 4 feuilles de soins papier ont été rédigée après l'oubli du lecteur portable au cabinet.
- 4 médecins ont dû réaliser une feuille de soins papier pour des patients sous curatelle ou tutelle ASFA (Association départementale de gestion des services d'intérêt familial). « feuille de soins papier envoyée à la curatelle ASFA »
- 2 feuilles de soins papier ont du être réalisée parce que le patient n'a pas fait de demande de Carte Vitale auprès de la CPAM. « La patiente, bénéficie de la CMU, n'a plus de carte Vitale et n'a pas envie d'en refaire la demande à la sécurité sociale! »

- 2 médecins ont rempli une feuille de soins papier en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) du fait de l'absence de la carte de la patiente visitée. « Carte de la patiente à la pharmacie »
- 1 médecin ne télétransmet pas ponctuellement car en attente CPS. « *Suite à un changement d'adresse le conseil de l'ordre exige trop de justificatifs qui nécessitent des mois pour être réunis* »

Un anatomopathologiste évoque l'absence de son patient comme cause de feuille de soins papier, un autre médecin : « *l'infirmière salariée du cabinet ne peut pas télétransmettre, car ne dispose pas de carte CPS et je ne peux pas utiliser ma carte pour des soins infirmiers ce qui me pénalise dans la comptabilisation du pourcentage de feuilles de soins électroniques à l'année.* » ou encore « *le patient ne m'a pas payée j'attends le paiement avant de faire la feuille de soins* »...

(cf Annexe C)

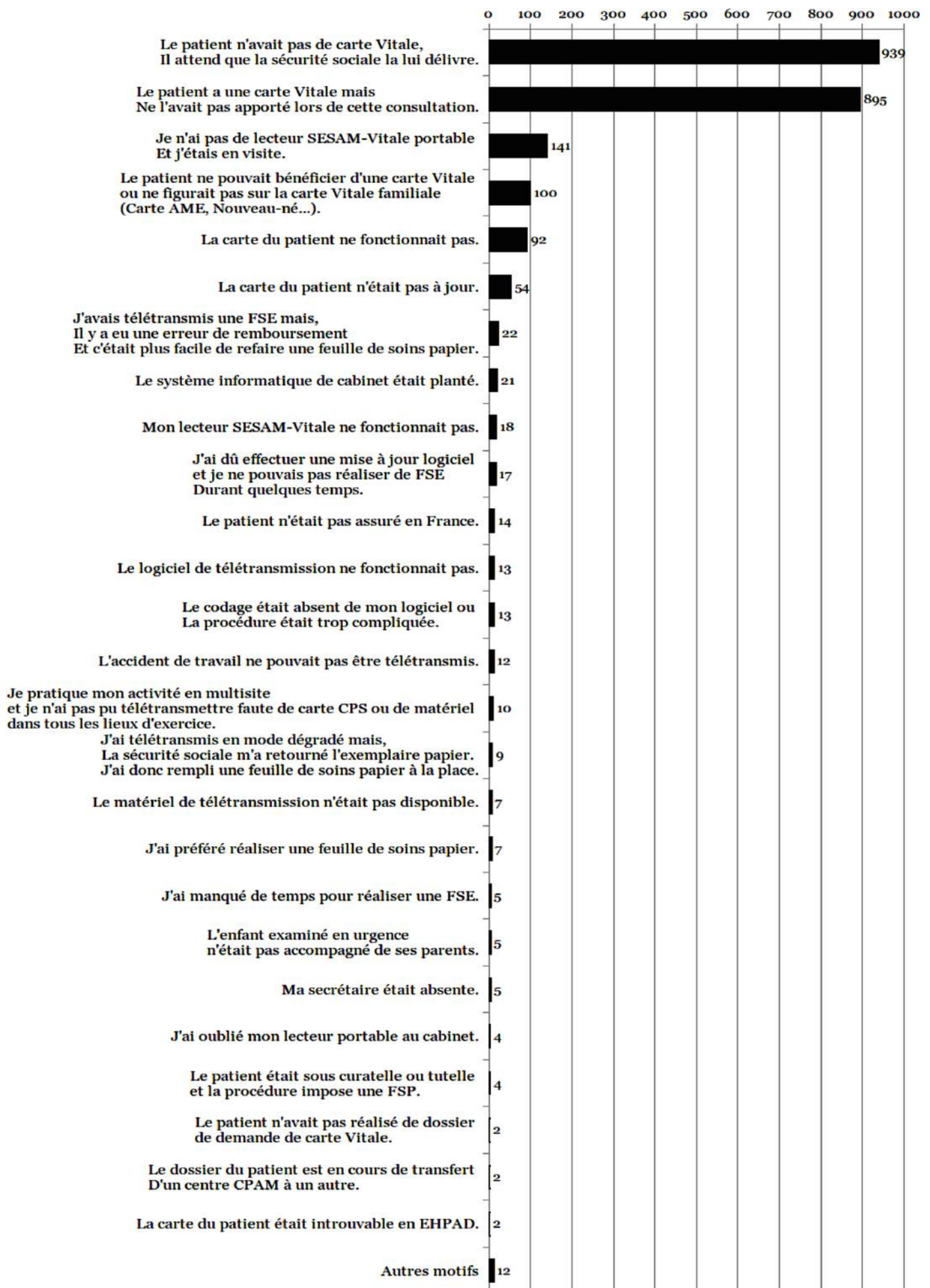


Illustration 48 - Répartition des motifs de réalisation de la dernière feuille de soins papier parmi la population des médecins ayant répondu à notre formulaire.

Le patient n'avait pas de carte Vitale, Il attend que la sécurité sociale la lui délivre.	38,72 %
Le patient a une carte Vitale mais Ne l'avait pas apporté lors de cette consultation.	36,9 %
Je n'ai pas de lecteur SESAM-Vitale portable Et j'étais en visite.	5,81 %
Le patient ne pouvait bénéficier d'une carte Vitale ou ne figurait pas sur la carte Vitale familiale (Carte AME, Nouveau-né...).	4,1 %
La carte du patient ne fonctionnait pas.	3,79 %
La carte du patient n'était pas à jour.	2,22 %

La cause la plus fréquente de non-télétransmission (38,7 %) est le retard de distribution de la carte Vitale par la CPAM. L'oubli de la carte Vitale par le patient vient ensuite comme deuxième grand frein à la télétransmission (36,9%).

Dans 5,8 % des cas, la télétransmission n'a pas été possible du fait de l'absence de lecteur portable. Pour 4,1 %, le patient ne figurait pas encore sur le carte Vitale familiale ou du fait de son affiliation à l'Aide Médicale d'État, il ne bénéficiait pas de carte Vitale.

Puis, vient le problème de fonctionnement de la carte Vitale à 3,8 % et la non mise-à-jour de la carte pour 2,2 % des médecins.

3 - LES MÉDECINS « NON-CONVAINCUS » ET LES MÉDECINS « NON-TÉLÉTRANSMETTEURS ».

Puisque nous nous intéressons à la non-télétransmission, il nous a semblé intéressant d'étudier plus précisément l'échantillon des médecins qui ne télétransmettent pas ainsi que celui regroupant les médecins ayant un avis défavorable sur la télétransmission.

L'échantillon des « non-convaincus » a été constitué à partir des avis sur la télétransmission. Cent-dix médecins ont répondu être « contre le projet de télétransmission dès le début et ne pas avoir changé d'avis » et 141 ont également « trouvé le projet de télétransmission très intéressant au début mais, la pratique leur a fait changer d'avis ». 251 médecins (ou 8,47 % des 2911 médecins ayant répondu à cette question) sont donc inclus dans l'échantillon.

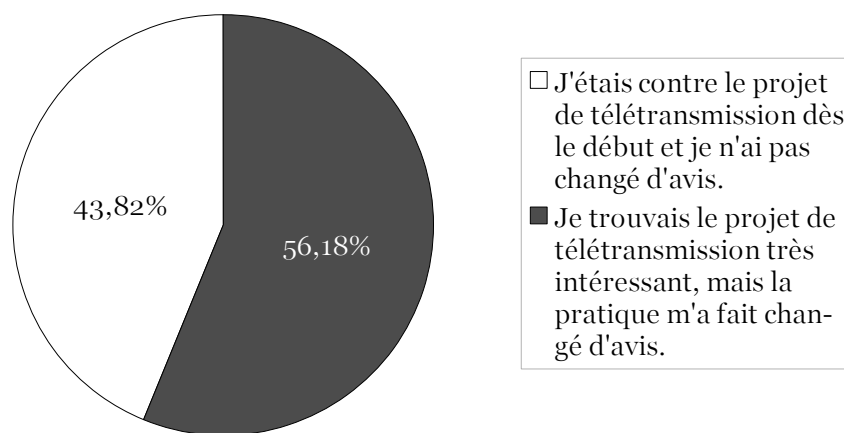


Illustration 49 - Répartition (en%) des avis dans l'échantillon des médecins « non-convaincus ».

Cent-quatorze médecins ont déclaré ne pas télétransmettre et constituent ainsi le deuxième échantillon de médecins « non-télétransmetteurs ».

Ils représentent 3,8 % des médecins ayant participé à l'enquête.

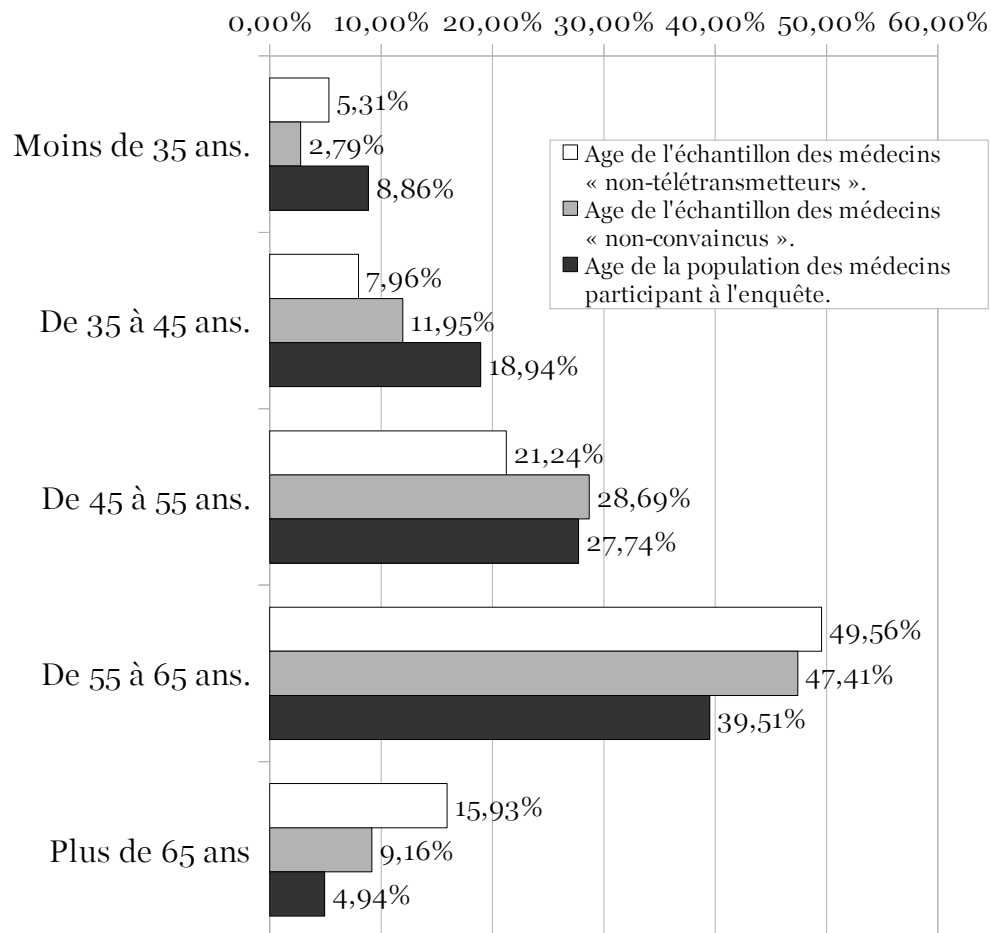
A) L'AGE

Illustration 50 - Pyramide des âges des médecins participants à l'étude, comparée à celles des « non-convaincus » et des « non-télétransmetteurs ».

Dans l'échantillon des « non-convaincus », 56,57 % des médecins ont plus de 55 ans alors que dans la population étudiée on en dénombre 44,45 % seulement et seulement 14,74 % ont moins de 45 ans.

65,52 % parmi les 113 médecins non-télétransmetteurs ayant renseigné leur âge dans le questionnaire ont plus de 55 ans et 15,93 % ont plus de 65 ans.

B) L'ORGANISATION DU CABINET

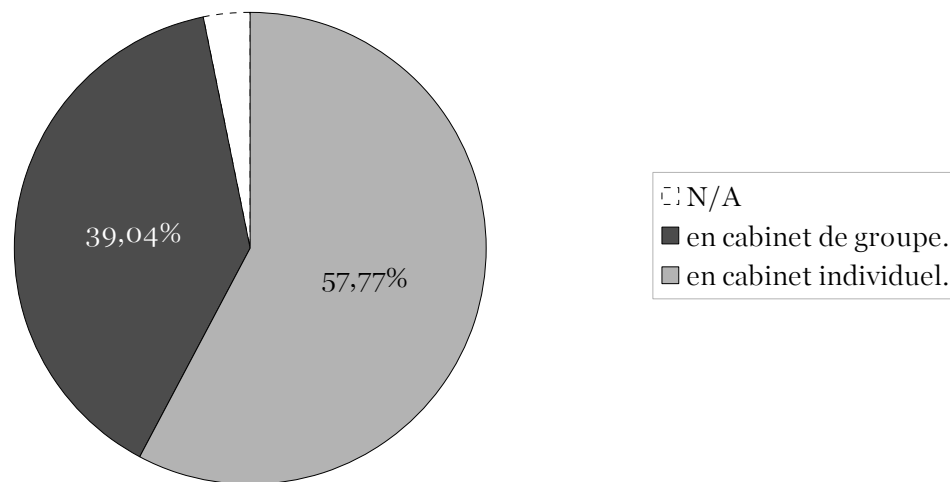


Illustration 51 - Répartition de l'échantillon des « non convaincus » (en %) en fonction de leur activité en cabinet individuel ou cabinet de groupe.

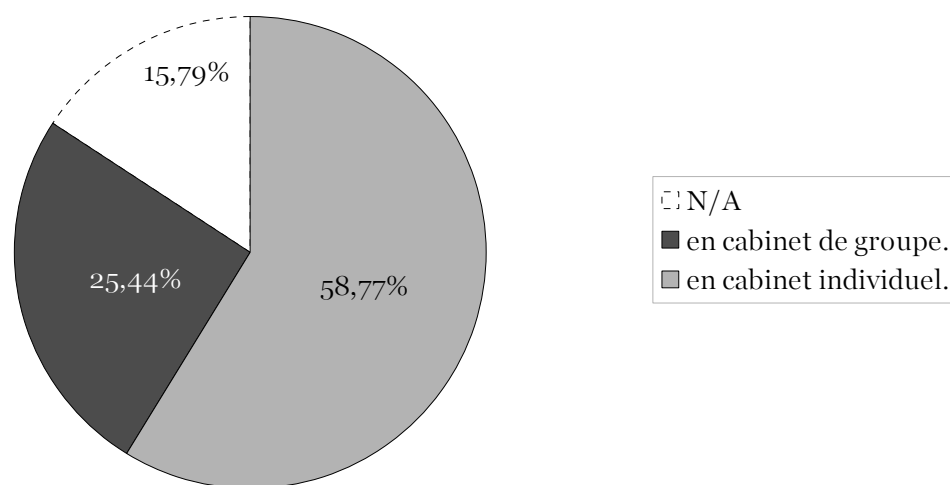


Illustration 52 - Répartition de l'échantillon des « non-télétransmetteurs » (en %) en fonction de leur activité en cabinet individuel ou cabinet de groupe.

Dans ces échantillons et contrairement à la population des participants à l'étude, la majorité des médecins exercent en cabinet individuel. 57,77 % des médecins « non-convaincus » et 58,77 % des « non-télétransmetteurs » exercent en cabinet individuel.

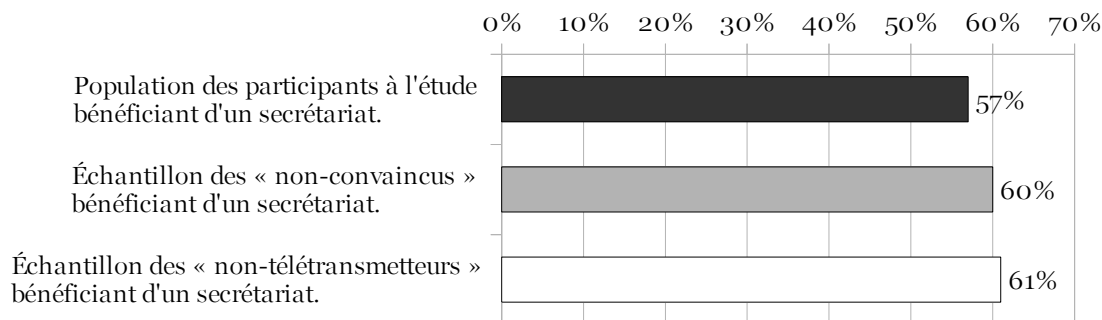


Illustration 53 - Pourcentage de cabinet avec secrétariat dans les échantillons comparés à la population générale.

Le pourcentage de médecins bénéficiant des services d'un secrétariat est légèrement plus important dans les deux échantillons par rapport à la population des participants.

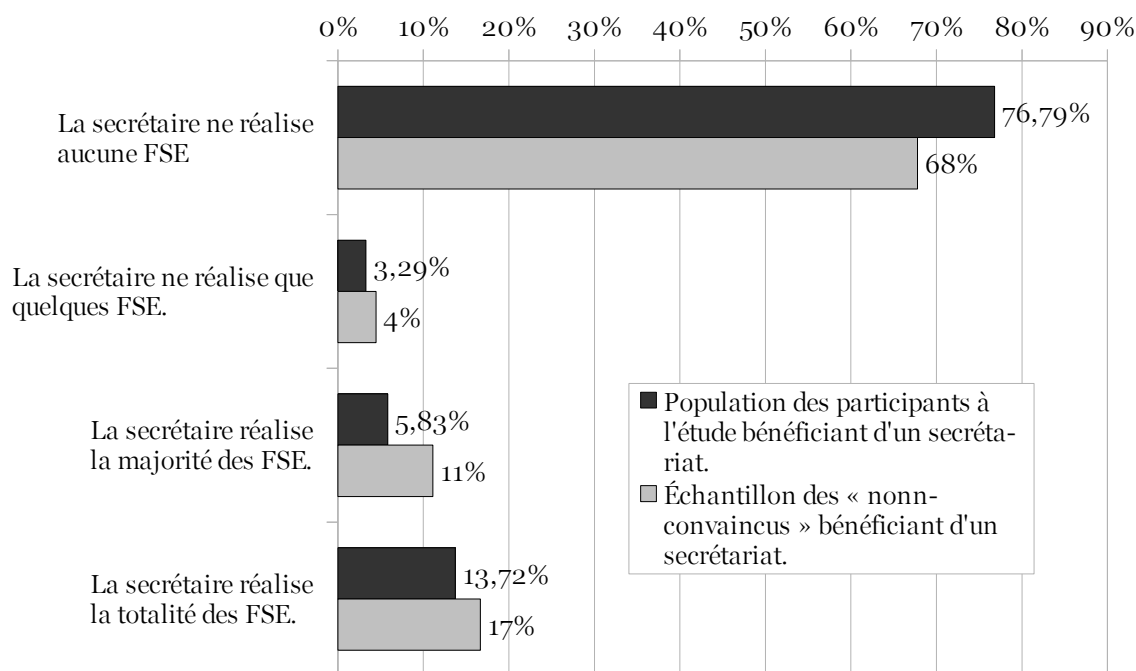
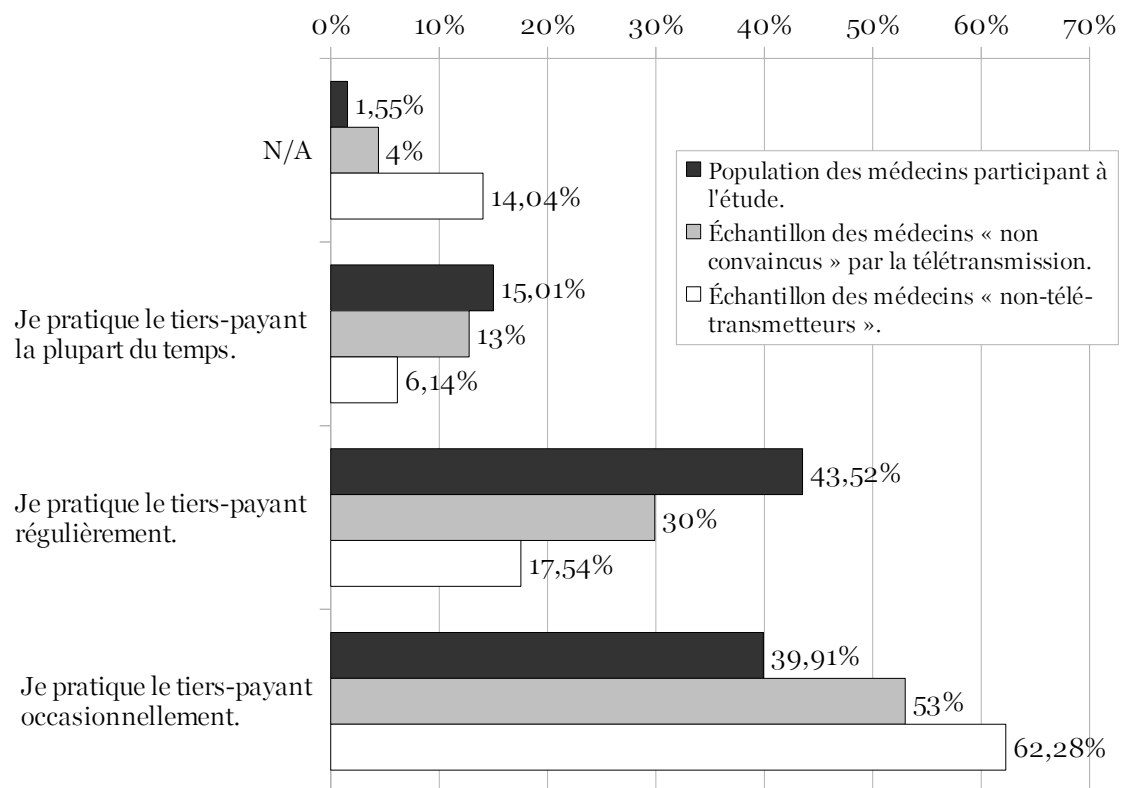


Illustration 54 - Pourcentage de participation des secrétaires à la création de la feuille de soins électronique parmi les médecins « non-convaincus » comparé à celui de la population des participants.

On remarque que les secrétaires créent plus fréquemment la feuille de soins électronique dans l'échantillon des médecins « non-convaincus » que dans la population des participants. Toutefois, même dans ces échantillons, les feuilles de soins électroniques sont créées majoritairement par les médecins eux-mêmes.

C) LEURS HABITUDES DE PAIEMENTS ET DE TÉLÉTRANSMISSION.



Les médecins « non-convaincus » par la télétransmission et « non-télétransmetteurs » pratiquent moins le tiers-payant que dans la population globale des participants à l'étude. Les médecins qui ne télétransmettent pas ne pratiquent le tiers-payant qu'occasionnellement pour 62,28 % des médecins.

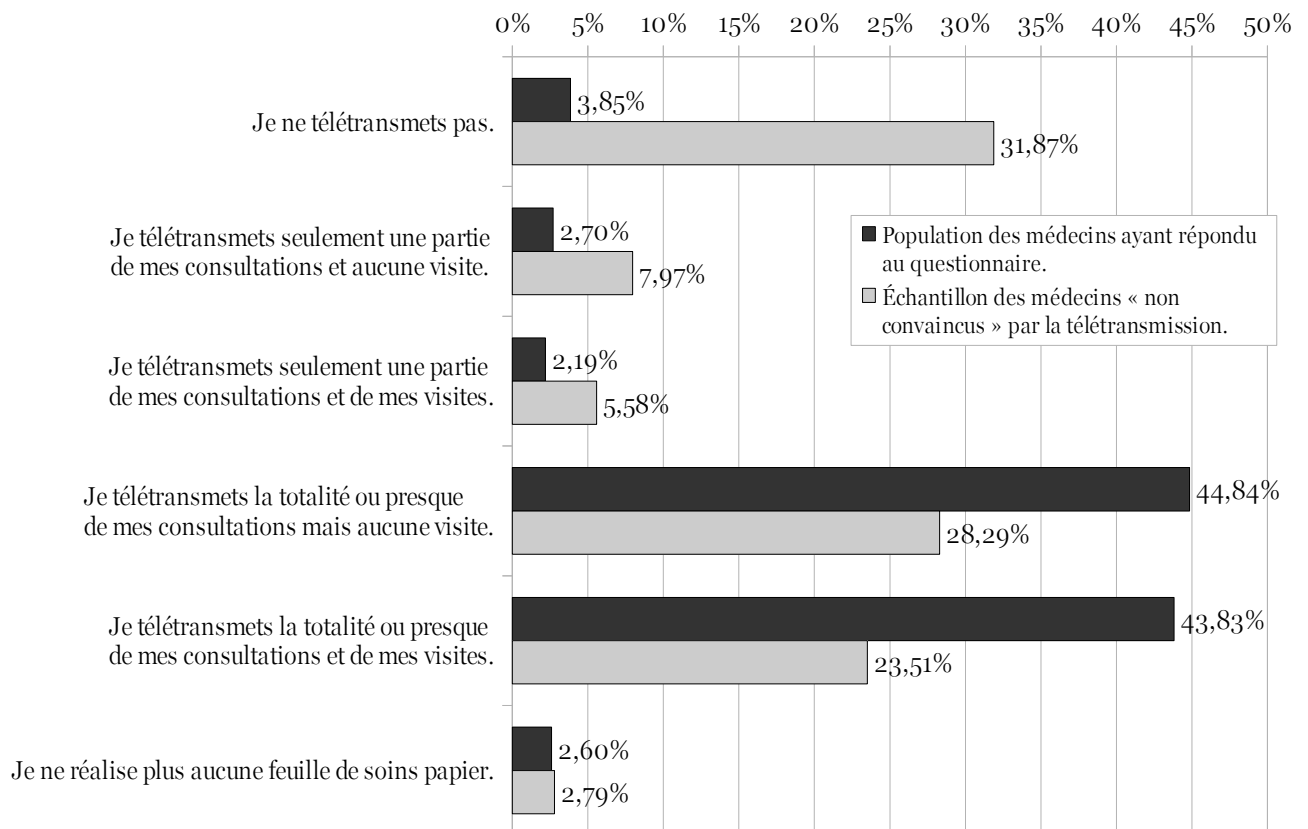


Illustration 56 - Habitudes de télétransmission dans l'échantillon des « non-convaincus » par la télétransmission comparée à la population entière.

31,87 % des médecins « non convaincus » par la télétransmission ne télétransmettent pas du tout. Mais, 54,6 % télétransmettent la totalité ou presque de leurs feuilles de soins électroniques.

D) LES AVIS DES « NON TÉLÉTRANSMETTEURS »

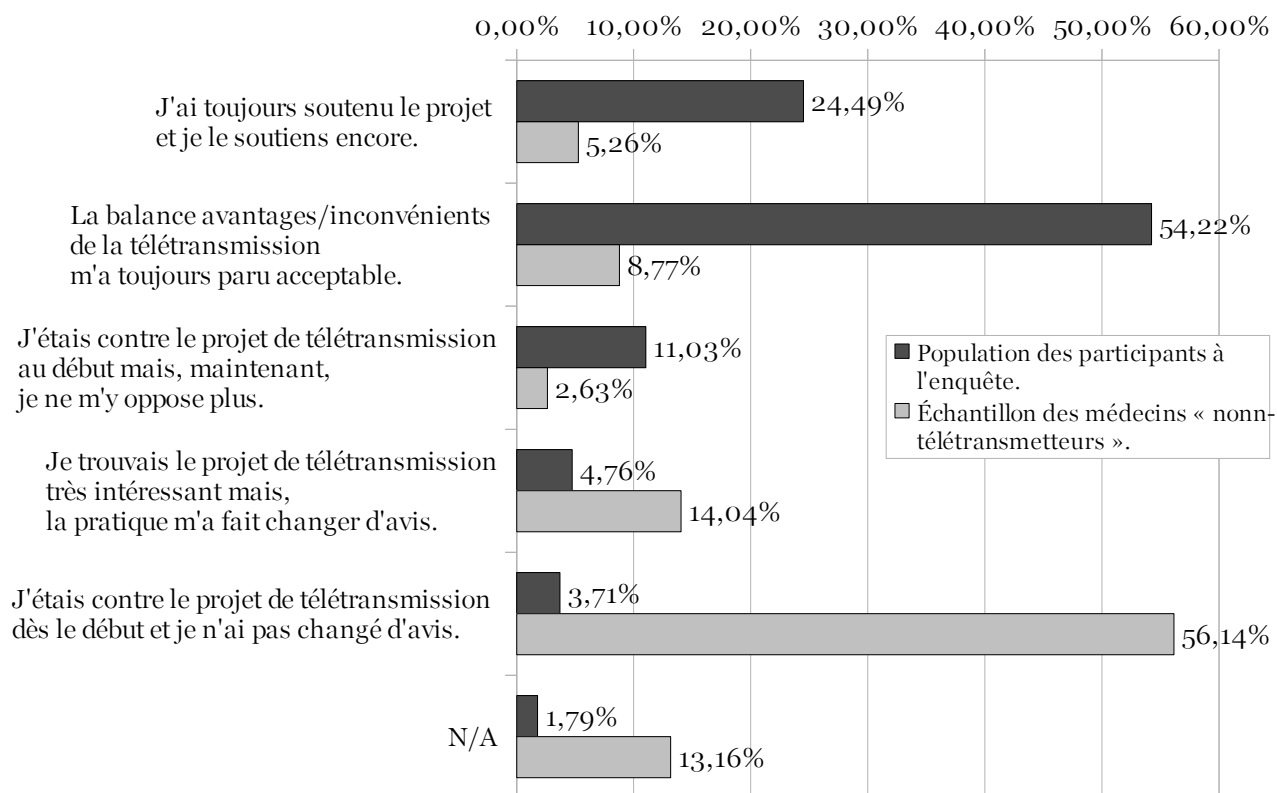


Illustration 57 - Avis sur la télétransmission des médecins ne télétransmettant pas comparés à la population des participants à l'enquête

Dans l'échantillon des 114 « non-télétransmetteurs », 64 soit 56,14 % des médecins ont toujours été contre la télétransmission et pour 16 d'entre-eux soit 14,04 %, c'est la pratique qui leur a fait changer d'avis.

25,06 % des « non-télétransmetteurs » ne sont toutefois pas opposant au principe de télétransmission.

E) LES RAISONS DE NE PAS TÉLÉTRANSMETTRE.

Si 30 médecins, n'ont pas souhaité exprimer leurs raisons de ne pas télétransmettre, tous les autres ont laissé un commentaire.

- 28 médecins sont hospitaliers avec activité libérale et ne peuvent télétransmettre lors de leur consultation faute de matériel.

« Praticien hospitalier pratiquant des consultations libérales, je ne peux télétransmettre aucune feuille de soins électronique car ma carte de professionnel de santé ne me le permet pas »

« Praticien hospitalier à secteur libéral, l'hôpital n'a pas mis en place la télétransmission et bénéficie d'une dérogation de la part de la caisse départementale, les patients sont défavorisés par apport au secteur libéral de ville. »

« Pas de télétransmission possible pour les libéraux exerçant à l'hôpital public !!!! »

« Je suis PU-PH avec un secteur privé. La télétransmission n'a jamais été possible ni prévue pour nous. Il paraît que nous allons l'avoir... Personnellement je suis pour, mais je n'ai jamais pu la réaliser jusqu'à présent. »

« Je suis PH à l'hôpital d'Antibes. Je consulte trois demi-journées par semaine. L'Hôpital a toujours refusé d'installer les terminaux de télétransmission, tant pour le public que pour le libéral. Nous venons d'avoir une visite des représentants de la caisse qui contraint la direction à s'équiper d'ici quelques mois sous peine de sanctions (qu'ils n'ont pas l'intention d'appliquer réellement) »

« Étant Professeur des Universités, Chirurgien des Hôpitaux avec une activité dite "libérale" en CHU, il ne m'a jamais été possible techniquement de télétransmettre. J'ai donc utilisé des feuilles de soins papier par la force de l'inertie administrative et son incapacité à s'adapter à notre statut (ordonnances de 1958). »

- 19 médecins pointent du doigt le coût de la télétransmission du fait de l'absence d'équipements fournis par la CPAM, les tarifs des fournisseurs privés et les contrats à engagement sur le long terme obligatoire. Les cabinets à petite patientèle ou les médecins retraités sont déficitaires.

« Actuellement, c'est simplement le moyen de faire le travail de la caisse à nos frais... Je ne suis pas d'accord. Pourquoi devons-nous prendre en charge "un terminal" de la caisse et en assurer la maintenance ? »

« Ayant dans le projet de quitter mon cabinet, tous les abonnements se font pour les terminaux mobiles sur 4 ans. Donc pas de télétransmission. Si la possibilité avait existé de prendre un terminal avec des contrats renouvelables par années ou en pouvant résilier comme bon nous semble, je me serais équipé. »

« Je ne fais que peu d'actes donc cela me coûte plus cher de télétransmettre que de payer une éventuelle pénalité de non-télétransmission. »

« Je suis complètement d'accord pour télétransmettre, mais je refuse catégoriquement de verser plus de 50 Euros par mois à des sociétés privées dont le capital est détenue en partie par les politiques fondateurs de la télétransmission. J'ai demandé 100 fois à la sécu de venir m'installer un système de télétransmission gratuit géré par la sécu, mais cela n'existe pas. Pourquoi payer des sociétés qui - d'après mon correspondant Sécurité social - se gavent littéralement sur le dos de notre chère sécu largement déficitaire ? »

« Pas intéressant financièrement lorsque l'activité libérale est accessoire <15000 euro/an »

« Je me suis installé il y a maintenant 3 ans, mais ne reçoit pas plus de 10 patients par jour, voire moins. (150-200 patients par mois, heureusement qu'il y a les gardes financièrement!). En conséquence la nouvelle rémunération proposée ne couvrirait pas mes frais liés au fonctionnement d'un appareil qui puisse également faire Carte Bancaire (les patients le demanderont!) soit 100€ par mois, d'autant que je n'ai que 150 patients en patientèle déclarée (sur 600 dossiers au moins...). Sans compter un éventuel changement de logiciel patient + compta, je suis sur WORD EXCEL actuellement, ce qui est très efficace. »

« La sécu elle-même déclare que pour avoir une rémunération de moitié de celle possible, il faudrait une patientèle de 900 déclarations de médecin traitant... J'attendrai donc pour passer à la télétransmission ».

« La télétransmission n'a pu être possible car le prestataire n'a pas voulu me faire un contrat pour une durée limitée et la sécu (CGSS de martinique) n'a pas été en mesure de me fournir le matériel pur cette durée de 2 mois. Bref, faire des feuilles de soins papier est fastidieux ! J'ai regretté la télétransmission si pratique pour nous et les patients ! »

« Je suis un spécialiste en fin de carrière, retraité, et ne vois que 400 patients par an pendant encore 2 ou 3 ans, et pas de tiers payant. Je ne vois pas l'intérêt d'investir dans un équipement. Mais, si l'institution me le fournit, pourquoi pas ! »

« Télétransmission = Marché de dupes. Contrat honnête = Matériel, entretien et logistique fournis et totalement financés par les caisses. Dans tous les autres cas, télétransmission à la poubelle !!! »

« Le principe est intéressant, mais cela revient cher pour un petit cabinet ! Cela coûte plus que cela ne rapporte ! J'aurais éventuellement pu essayer si la caisse m'avait fourni le matériel et montré comment m'en servir, mais ils m'ont répondu que ce n'était pas leur politique ! Du coup, je leur ai dit qu'acheter le matériel sans savoir si je saurais m'en servir ce n'était pas la mienne... »

- 15 refusent de faire le travail de la sécurité sociale sans contre-partie. Ils dénoncent la perte de l'indépendance du corps médical vis-à-vis des CPAM et le « flicage » des pratiques professionnels par des administratifs.

« Je pense qu'une fois de plus nos instances dirigeantes font tous pour nous fonctionnariser avec toutes les contraintes du salariat et toutes celles du libéral »

« Quand la télétransmission sera généralisée sous la contrainte ou les menaces, notre sort sera celui des pharmaciens actuels qui se sont précipités dans le piège et le regrettent amèrement, prisonniers qu'ils sont des caisses... »

« Bac + 9 et faire ce genre de travail ??? Mais oui, les médecins sont des nantis, corvéables à merci... mais au fait pourquoi plus personne ne veut il prendre la suite de ceux qui se sont fait piéger, étrangler, et qui partent en retraite ? (de plus en plus maigre, puisque l'ASV [allocation supplémentaire vieillesse] plonge, ASV qui devait être la contre partie d'une autre arnaque historique, le conventionnement !) »

« Psychiatre je n'en pas envie de prendre en charge les patients sur ce point : ce qu'ils font de leurs feuilles de soins papier ne me regarde pas, qu'ils les perdent, les jettent ou les adressent à la caisse n'est ni mon problème ni ma responsabilité contrairement aux feuilles de soins électroniques »

« C'est un service de secrétariat qui doit être fait par la sécu, qui rend service au patient mais n'apporte rien au médecin (ou quelques centimes de misère) ; mes patients sont habitués ... je télétransmets le jour ou la sécu me paye le télétransmetteur, la maintenance etc ... Arrêtons d'accepter toutes ces tâches administratives qui nous pourrissent la vie, j'ai déjà reçu une lettre cet hiver pour que je change mes habitudes ...j'attends la suivante... je veux retrouver une médecine libérABLE !! De toute façon il s'agit la d'un combat d'arrière garde qui est perdu d'avance mais le rôle du médecin n'est il pas de soigner même les cas désespérés ? »

« J'ai refusé en son temps toute aide à l'informatisation, bien que je travaille avec un ordinateur, par souci de garder ma liberté. Je n'ai jamais transmis et ne le ferai sans doute jamais. J'ai fait médecine pour soigner. Je ne suis pas et je n'ai jamais été un "employé de la Sécu"et de toutes façons l'arrêt total de mon activité médicale est imminente ! »

- 9 ne télétransmettent pas pour des raisons techniques et/ou matérielles. Certains par dégoût du mauvais fonctionnement initial des logiciels et des lecteurs, d'autres pour des problèmes non encore résolus actuellement.

« Je suis jeune installée en collaboration (4 mois), je ne connais pas encore bien le fonctionnement de la télétransmission et je ne peux pas encore télétransmettre car ma CPS n'est pas compatible avec l'actuel logiciel (il faut racheter une licence, OR la titulaire du cabinet va changer de logiciel donc j'attends qu'elle en change...et le changement de logiciel s'avère compliqué du fait de la difficulté à transférer les dossiers patients de l'un vers l'autre). Donc toujours aucune télétransmission en 4 mois mais ce n'est pas de mon fait. Je préférerais télétransmettre, notamment pour un remboursement plus simple des CMU et éviter de toujours devoir commander des feuilles de soins papier à la sécu... »

« Je télétransmettais par Minitel. Ce système m'avait été conseillé et installé par la Caisse au premier jour. Depuis sa disparition, j'ai demandé l'aide de la Caisse pour trouver une autre solution. Je n'ai jamais eu de vraie réponse. »

« Je ne suis pas contre les feuilles de soins électroniques à condition que le médecin ne soit pas pénalisé à chaque fois qu'un problème informatique survient, empêchant de télétransmettre dans les délais. Plusieurs de mes confrères sont arrachés les cheveux sur ce type de problème. En ce qui me concerne, ayant une simple consultation en secteur privé dans le cadre de mon activité du chirurgien plein temps dans l'hôpital Bichat, le conseil de l'ordre ne jugeait pas bon de me fournir de carte CPS, ce qui réglait le problème d'une éventuelle télétransmission. »

« J'ai été le premier médecin de Pessac à télétransmettre, avec enthousiasme. Malheureusement, les problèmes techniques se sont succédés, avec des interlocuteurs incompetents ou intéressés surtout par leurs profits, avec une escalade consumériste : "nécessité" de renouveler le matériel de plus en plus souvent, (obsolescence programmée ? Que fait-on de l'équipement informatique "périmé" ?). C'est devenu un calvaire ... Et j'ai abandonné le combat. J'ai suggéré à mes interlocuteurs de l'Assurance Maladie de prendre en charge l'ensemble du dispositif, en particulier le volet technique ... »

- 3 médecins ne télétransmettent pas par crainte de l'insécurité des cartes et du réseau de santé.

« Rien à priori contre la télétransmission MAIS je refuse d'utiliser la carte vitale qui pour un coût réel de quelques milliards d'euro, est peu sécurisée, non informative (Quid du dossier médical) et dont le coût d'utilisation incombe quasi intégralement au médecin qui en plus, devient responsable exclusif de tout le processus de télétransmission.... »

« Le système est piratable (l'expérience l'a démontré...). Avec le DMP destiné à "encadré " l'activité des médecins, la télétransmission sera la fin du secret médical. Sans secret pas de confiance, pas de confiance, pas de médecine ! C'est affligeant... »

- 4 sont remplaçant sans carte CPS pour télétransmettre.

« Je télétransmets si le médecin me laisse sa CPS ce qui est illégal en théorie. Je ne fais des feuilles de soins papier qu'en Maisons Médicale de Garde et en Visites à domicile. S'il vous plaît évoquer la problématique des remplaçants ! »

- 2 psychiatres utilisent les feuilles de soins papier comme contrat de prise en charge de soins entre le soignant et le soigné.

« J'ai toujours pensé et continué à penser que qu'un qui n'est pas capable c'est à dire ne prend pas le temps de remplir une feuille de soins pour son remboursement ne doit pas être pris en charge Et la suite ne me donne pas tord puisque les patients considèrent que carte vitale et paiement sont synonymes »

« En tant que psychiatre-psychothérapeute, je considère que la feuille de soins représente la participation du ou de la patient(e) à sa prise en charge, et vu le peu d'actes, en raison de mon mode d'exercice, et vu mon âge, je ne souhaite pas changer de système.

- 1 médecin n'est pas conventionné.

- 3 sont en cours d'installation du système SESAM-Vitale dans leur cabinet.

« Je ne le fais pas encore mais pense m'y mettre bientôt pour un règlement rapide des tiers payants. »

« Malgré une informatisation complète et fort ancienne (préalable a la télétransmission), j'ai pour l'instant refusé de télétransmettre. Je vais y venir très prochainement pour faciliter le remboursement de mes patients »

F) LES CAUSES DE NON-TÉLÉTRANSMISSION POUR L'ÉCHANTILLON DES « NON-CONVAINCUS ».

Parmi les 251 médecins « non convaincus », 92 n'ont pas participé à cette question :

- 80 ne télétransmettent pas,
- 7 ne réalisent plus aucune feuille de soins papier et n'ont pas eu accès à cette question N°8,
- et 5 n'ont pas souhaité participer à cette question.

La première cause de réalisation d'une feuille de soins papier pour 62 médecins était là encore : « *le patient n'avait pas de carte Vitale, il attend que la sécurité sociale la lui délivre.* » soit 39 %. Pour 30 autres médecins, c'était l'oubli de la carte Vitale par le patient qui était responsable de la réalisation de la dernière feuille de soins papier, soit 18,9 %.

C - DISCUSSIONS

L'article 52 de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée en juillet 2011 prévoit qu'en cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques du fait de l'absence ou de la non-présentation de la carte d'assurance maladie, « *la facturation via la feuille de soins sur support papier est possible* ».

Article 52[65] La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier. *En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques, du fait de l'absence ou de la non-présentation de la carte d'assurance maladie, la facturation via la feuille de soins sur support papier est possible. En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré. Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation. En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré. En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse. »*

Pourtant, le Comité Interassociatif Sur la Santé (C.I.S.S.) rapporte des délais de remboursement par la Caisse Primaire d'Assurance maladie de Paris oscillant actuellement entre 8 et 10 semaines lorsque le dossier de remboursement est présenté sous format papier. « *Assurés, armez-vous de patience pour le traitement de vos feuilles de soins papier par l'Assurance maladie...* » [65]

Un délai de 2 mois pour les remboursements n'est pas acceptable; au-delà de 15 jours, c'est certainement même un frein à l'accès aux soins. Ce délai est encore moins acceptable dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent à généraliser la dispense d'avance de frais pour tous chez les médecins de ville, compte tenu des niveaux records de renoncement aux soins enregistrés récemment...

Pour tenter de booster les télétransmissions, la CPAM a envoyé courant mars 2014 à plusieurs professionnels de santé du département de Hauts-de-Seine (dont le pourcentage de télétransmission restent plus élevé que les autres départements français) un courrier [Illustration 57] leur annonçant qu'elle n'acceptait plus « *les feuilles de soins non télétransmises depuis le 1er janvier 2014* » et les invitait « *à télétransmettre en mode dégradé en l'absence de la carte Vitale de l'assuré ou du bénéficiaire* ».

09 092
(appel local depuis un poste fixe)

Le 28 février 2014

Madame, Monsieur,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine vous informe ne plus accepter les feuilles de soins non télétransmises à compter du 1^{er} Janvier 2014.

Je vous prie de trouver en retour les factures tiers payant que je vous invite à télétransmettre en mode dégradé en l'absence de la Carte Vitale de l'assuré ou du bénéficiaire.

En cas de problème technique, vous pouvez prendre contact avec un conseiller de la caisse par téléphone au : **0 811 709 092**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



DocteurMathieu @docteurmathieu · 10 mars
OMG c'est vrai la CPAM 92 commence à me renvoyer TOUTES les CMU & AME depuis le 1/01/2014. Je twitterai A CHAQUE FOIS
pic.twitter.com/DINzSR4O0j

 Répondre
  Retweeter
  Favori

[Signaler le média](#)

Illustration 58 - Lettre de refus des feuilles de soins papier twitter le 28-02-2014

Imposer aux médecins la télétransmission de cette manière ne pourra qu'engendrer de la colère... Il ne faudrait pas que ces professionnels ne fassent le choix, en dernier ressort, de refuser tout simplement de recevoir en consultation un patient qui a oublié sa carte vitale ou dont la carte ne fonctionne pas !

Voyons plutôt, à la lumière de notre enquête auprès des médecins, comment les aider à télétransmettre la totalité de leurs feuilles de soins électroniques.

1 - LA PART DE RESPONSABILITÉ DE LA CPAM DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

A) L'ATTRIBUTION DES CARTES AUX ASSURÉS.

Pour 38,7 % des médecins ayant répondu au questionnaire, la dernière feuille de soins papier a été réalisée du fait de la non-distribution de sa carte à l'assuré. C'est la première raison pour laquelle les médecins n'ont pas pu télétransmettre.

« 15 jours au moins pour recevoir le formulaire de demande de Carte Vitale, 3 semaines à 3 ans pour la recevoir (Record d'une patiente : 7 demandes, dont 2 en recommandé avec Accusé de Réception) »

« Il existe un manque de contact entre la CPAM et le patient. Il est difficile de savoir si le dossier de demande de carte Vitale est incomplet. »

Comme nous l'avons vu précédemment, le délai de remplacement de la carte défectueuse ou la réalisation de la première carte pour un jeune de 16 ans ou pour un nouveau bénéficiaire est beaucoup trop long. Les patients eux-mêmes ne veulent plus retourner leurs cartes brisées à partir du moment où la puce fonctionne encore. Le régime étudiant ne fournit souvent pas de carte avant la fin des études, ce qui ne les avantage pas pour bénéficier du tiers-payant. Et pourtant, les étudiants sont plus souvent en situation financière précaire que les actifs. Un quart d'entre eux déclare rencontrer des difficultés pour « joindre les deux bouts » pour leurs dépenses courantes et pour se soigner, révèle une enquête de la Mutuelle des étudiants (LMDE) publiée en 2011.[66]

Les cartes sont « *dans un état épouvantable* ».

« Les fois où j'ai du mal à lire les cartes vitales c'est en raison d'un défaut de la carte : mauvais état physique de la carte (sale, cassée...) ou démagnétisée (en frottant la puce avec de la laine, cela re-fonctionne parfois). »

« Ce sont les mutuelles étudiantes les pires : totalement hors jeu. Elles devraient être sanctionnées !!! »

Pour un nourrisson, un délai de 2 mois en moyenne est nécessaire pour « apparaître » sur la carte d'un des deux parents. D'autres patients n'auront même jamais de carte Vitale.

« Les patients qui bénéficient de l'A.M.E. (Aide Médicale d'Etat) sont des patients qui n'ont pas de carte Vitale, et tous ceux qui ont un numéro de sécurité sociale provisoire... Mais qui dure des années !? »

On peut lire beaucoup d'incompréhension par rapport à ces délais d'attribution de carte incroyablement longs :

« les banques sont capables de délivrer en moins de 10 jours une carte bancaire... La carte vitale n'est pas plus compliquée à faire à partir du moment où la personne est dans les fichiers d'assurés ! »

« Délais hallucinants et scandaleux pour renouveler une Carte Vitale. Certains patients l'ont attendu deux ans. L'excuse invoquée par la CPAM est toujours la même : ce n'est pas nous qui éditons les cartes. »

Le renouvellement des cartes pourrait être grandement amélioré si le patient pouvait garder son ancienne carte le temps que la nouvelle soit réalisée. Mais, ceci augmenterait d'après la caisse, le risque de fraude...

B) LA TÉLÉTRANSMISSION DE TOUTES LES FEUILLES DE SOINS ENCORE IMPOSSIBLE TECHNIQUEMENT.

◆ Les accidents de travail.

« Pour les feuilles de soins concernant les accidents de travail, il n'est pas toujours possible de faire des feuilles de soins électroniques en particulier pour les fonctionnaires... »

Plusieurs médecins me l'ont fait remarquer dans leurs commentaires. Et pour douze médecins, c'était la cause de non-télétransmission de leur dernière feuille de soins.

Êtes victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ouvre droit au tiers-payant. Or, à ce jour, les arrêts de travail posent problème pour la télétransmission.

À réception de la déclaration d'accident du travail ou de trajet adressée par l'employeur et du certificat médical initial, la caisse d'Assurance Maladie du patient dispose d'un délai de 30 jours pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident.

Si les actes sont délivrés à une date proche du jour de l'accident de travail, et c'est pour la plupart du temps le cas, la sécurité sociale recommande *« de différer d'une quinzaine de jour l'envoi de votre facturation électronique, compte tenu des délais de réception et d'enregistrement des déclarations d'accident de travail. Lorsque l'assuré vous présente la notification de prise en charge de l'Accident de Travail, pensez à mettre à jour votre logiciel et corrigez s'il y a lieu le numéro d'accident de travail. »*

[67]

Comment être sûr que le patient repassera avec sa carte vitale dans les quinze jours qui suivent ? Les médecins réalisent alors une feuille de soins papier et la mettent en attente pour un envoi ultérieur.

Les étudiants et les élèves des établissements d'enseignement technique et les agents des collectivités territoriales bénéficient de conditions particulières de facturation pour les accidents de travail ou maladies professionnels et la procédure de télétransmission des feuilles de soins électroniques est alors inapplicable :

- Les étudiants et les élèves des établissements d'enseignement technique sont affiliés personnellement à la CPAM uniquement pour la prise en charge des actes en rapport avec le risque Accident du Travail, lorsqu'ils en sont victimes. Dans les autres situations, ils conservent leur affiliation d'origine (régime étudiant ou ayant droit d'un parent). « Vous devez utiliser exclusivement la télétransmission en mode dégradé ».[67]
- Pour les agents des collectivités territoriales, le risque Accident du Travail est couvert par l'employeur. « *Il convient donc d'établir une feuille de soins papier et de l'adresser à l'employeur* ».[67]

◆ **Une CCAM imparfaite et bien peu réactive.**

La CCAM est plus ou moins utilisée par les praticiens même si la nomenclature actuelle apparaît complexe, guère lisible pour les patients et souvent chronophage pour les praticiens.

« il faut en finir avec les aménagements de nomenclature, où les compléments spécifiques se multiplient et contribuent à brouiller la lisibilité des modes de rémunération, et ce sans réelle garantie sur les contenus médicaux des actes concernés » disait Jean-François Rey, président de l'UMESPE en février 2012. [68]

Les actes inscrits à la CCAM sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise-à-jour de la classification ; leur inscription définitive est soumise à l'avis scientifique de la Haute Autorité de Santé (HAS) par l'intermédiaire de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé visés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (CNEDiMTS). La CNEDiMTS est une commission de la HAS qui *« examine toutes questions relatives à l'évaluation en vue de leur remboursement par l'assurance maladie et au bon usage des dispositifs médicaux et des technologies de santé, y compris ceux financés dans le cadre des prestations d'hospitalisation »*[69]. Depuis juillet 2010, elle donne un avis sur les conditions d'inscription des actes et leur inscription à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ainsi que sur leur radiation de cette liste [Illustration 68].

La procédure est longue, tortueuse avec multiples intervenants. *« Il est important d'anticiper cette demande d'inscription de l'acte nouveau en termes de stratégie de mise à disposition du dispositif médical »* écrit l'HAS [69].

La méthodologie détaillée est d'ailleurs publiée sur le site de l'HAS (www.has-santé.fr) et la liste de ces actes est publiée sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr).

Pour les actes nouveaux ne figurant pas encore à la CCAM, une procédure a été prévue pour leur inscription : les praticiens doivent s'adresser à leur société savante pour demander l'inscription. La société savante transmettra une demande d'inscription à l'HAS, qui après analyse de la littérature par le CNEDiMTS se prononcera sur son inscription. La commission de la nomenclature se prononcera aussi sur son niveau de tarification, puis l'acte sera publié officiellement lors de la mise à jour de la CCAM. L'HAS peut refuser une inscription à la CCAM pour un acte devenu obsolète, (c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité). Ce type est considéré non conforme aux règles de l'art et ne sera pas admis au remboursement. Pour un acte émergent qui lui est soumis, l'ANAES peut donner un avis défavorable à son inscription à la CCAM, si l'acte est jugé « non éprouvé scientifiquement ». L'acte reste alors provisoirement dans le domaine expérimental, hors nomenclature, dans l'attente de la publication des données scientifiques sur son efficacité.

Dans la version actuelle de la CCAM, quelques actes ont été oubliés par les sociétés savantes, ils ne peuvent être ni décrits ni facturés à l'assurance maladie tant qu'ils ne sont pas inscrits à la CCAM. Il s'agit bien d'une situation d'« acte hors nomenclature ». Les actes qui ne sont pas dans la CCAM n'ont pas de code et ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance maladie (art. 41 de la loi 2003-1199 de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003). Dans tous les cas, le codage par assimilation n'est plus possible et est strictement interdit.

Actuellement, il n'existe pas de terminal lecteur ambulatoire homologué pour la facturation des actes techniques, ou actes CCAM. Pour facturer un acte CCAM, il est donc nécessaire d'utiliser un utilitaire de télétransmission... ou une feuille de soins papier.

Malgré cette procédure d'inscription des actes dans la CCAM longue et complexe, des incohérences de cotations persistent.

- **Acte professionnel ou technologie de santé** : geste réalisé par un professionnel de santé (médecin/ chirurgien, biologiste médical, chirurgien dentiste, sage-femme, masso-kinésithérapeute, infirmière, etc.), clinique ou technique, en pouvant avoir recours à du matériel (équipement, ancillaire) dans un but de diagnostic, de prévention, de traitement ou de rééducation.
- **Demandes** : Uncam*, Ministère de la santé, autosaisine de la HAS, organisations professionnelles, associations d'usagers agréées.

Pour les saisines des organismes professionnels :

- Faisabilité par le SEAP
- Hiérarchisation par la CNEDiMTS
- Validation de l'inscription au programme de travail de la HAS par le Collège

Programme de travail annuel + Saisine Uncam

Analyse – Évaluation par le Service d'évaluation des actes professionnels (SEAP)

- Réalisation du cadrage
- Recherche systématisée des données publiées
- Analyse critique des données de la littérature scientifique
- Recours à une expertise externe (groupe de travail, rapporteurs, etc.)
- Sollicitation du point de vue de parties prenantes le cas échéant
- Rédaction du rapport d'évaluation et de l'avis le cas échéant

CNEDiMTS : Appréciation – Orientation

Préparation des délibérations du Collège de la HAS

Examen du rapport d'évaluation et de l'avis le cas échéant

Collège de la HAS – Validation finale du rapport d'évaluation et de l'avis le cas échéant

**Transmission aux décideurs
Uncam* / Ministère de la santé**
Mise en ligne sur le site de la HAS du rapport et de l'avis le cas échéant**

* Union nationale des caisses d'assurance maladie.

** En cas d'innovation ou pour des enjeux de santé publique.

Illustration 59 : Rôle de la CNEDiMTS dans le processus d'évaluation d'une technologie de santé et d'un acte professionnel. [69]

Une nouvelle mesure conventionnelle instituant une rémunération complémentaire pour le dépistage du cancer du col utérin par frottis est publiée au JO le 21 février 2012 :[70]

« Cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHDO01) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010. »

Ce n'est que le 20 mars 2012, après toutes les étapes de la procédure réglementaire applicable pour les modifications de la nomenclature, qu'est publié la fiche réglementaire N°131 autorisant les éditeurs de logiciels (conformément à leur agrément) à implémenter ces évolutions dans le logiciel de facturation :

« Dans le cas du cumul d'une consultation avec un prélèvement cervico-vaginal, ou avec une biopsie, le médecin devra facturer la consultation en totalité et l'acte CCAM à 50%. Pour cela, le professionnel de santé devra forcer le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire en prenant en compte l'abattement de 50% sans indiquer de code association pour l'acte CCAM en question. »

Comme on le voit, le cahier des charges du GIE Sesam-Vitale interdit d'automatiser la procédure. Il faut suivre la fastidieuse procédure et à chaque fois ajouter manuellement 3,37 € et 4,82 €. La facturation du "C + 50% de JKHDO01" est donc plus facile et moins chronophage sur une feuille de soins papier.

La cotation pour la prise en charge d'un épistaxis est, elle aussi, peu cohérente puisque une prise en charge à domicile, en visite sera facturée moins cher qu'au cabinet. En visite justifiée, ça se cote en CCAM avec le code GABDO02 (tamponnement nasal antérieur) qui vaut 24,14 € + ID (Indemnité de Déplacement = 3,5 €), soit 27,64 € (on fait donc un V+MD=33 € ou V+MU (23 + 22,60 €) si on quitte le cabinet, soit un total de 46,73 € hors kilomètres. Au cabinet, ce sera GABDO02 (24,14 €) + M (26,88 €), soit 51,02 €. À noter que le M est réservé au généraliste et au pédiatre (Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient).[71]

c) LE CONTRÔLE DES REMBOURSEMENTS INDISPENSABLE ET FASTIDUEUX

« Ce que je ne sais pas c'est si tout est remboursé : notamment certaines CMU, certains accidents de travail ou les feuilles de soins électroniques refusées "traitées en caisse". »

« le regroupement des lots rend difficile l'analyse des remboursements et le rapprochement bancaire très astreignant »

◆ Un système de retour vers les médecins toujours en évolution.

Les feuilles de soins électroniques rejetées par IRIS nécessitent une impression sous forme papier pour être soit traitées soit ré-adressées aux médecins prescripteurs. On parle de "recyclage". Le nombre de feuilles de soins papier créées par recyclage n'est pas comptabilisé dans le nombre de feuilles de soins papier reçues par la CPAM. Pourtant 2 à 3 % des feuilles de soins électroniques reçues sont recyclées au centre de traitement des feuilles de soins de Bischwiller.

« En pratiquant la télétransmission, les médecins « bénéficient » du retour NOEMIE ». Les « RSP » pour Rejet-Signalement-Paiement avertissent soit qu'un virement bancaire est adressé au professionnel de santé par le régime concerné en cas de tiers payant. Soit est "Rejeté", c'est-à-dire refus de règlement d'une feuille de soins électronique en tiers payant. La raison du rejet est indiquée sur le retour NOEMIE dans un message "traitement caisse".

Par exemple :

- "ETM non trouvée au fichier assuré" (code : 0450004), ce qui veut dire que la facture comportait une Exonération du Ticket Modérateur (ETM), mais que cette exonération n'est pas présente sur le fichier assuré de la BDO.
- "AT inconnu à la BDO" (Code : 0315062) :
 - Soit la matérialité de l'accident de travail n'est pas établie car l'accident ou la maladie professionnelle n'est pas encore enregistré dans les fichiers. La CPAM "recycle" la facture : c'est à dire création d'une feuille de soins papier par la CPAM.

- Soit le N° AT est erroné (Erreur sur la date de saisie de l'accident de travail). La CPAM retourne la facture au professionnel de santé qui doit la corriger avant de la télétransmettre à nouveau.
- "Assuré absent dans la BDO" (Code: 250050) : Ce message indique que l'assuré n'est pas ressortissant de l'organisme qui a reçu la feuille de soins électronique. La facture est recyclée puis retournée au professionnel de santé sous forme papier.
- "Bénéficiaire absent dans la BDO" (Code: 250051) : Cela indique que la date de naissance du bénéficiaire est erronée, ou qu'il possède son propre numéro ou qu'il est ayant droit d'un autre assuré. La facture est retournée également.

IRIS IMPRESSION FSE (ORIGINAL)

IRIS

67100000 Date Création: 25/07/2013 Lot: 721 Facture: 001000433
R 0710 061 MT DEM>MT CALC HORS PARC. EN TP Agent: 00354
Caisse: 673 Centre: 5761 Nature Op.:

Type de flux : SESAM Vitale

ASSURE ET BENEFICIAIRE DES SOINS

. Assuré
1631000000 45 JOD: ASI RGM: 101 Nom Prénom: DENIS
. Bénéficiaire
Date Nais.: 24/01/ Rg:1 Nom Prénom: MARIE

PRISE EN CHARGE

JOD: 4 Assur.: AS Date Mater.:

Accident :
Mutuelle :

LES ACTES

Prescripteur: 67100000 Spé.: 01 Date: 25/07/2013 Renouv.: 0 EP: 9 du 00/00/00

Exo.	Qté	Acte R.C.B.	Coef.	Dnb	Prix Unit.	Exécutant-Spé-ZT	Dépense	DR	Date Exéc.	Dép Dé
RL	1	C	1,00	1	23,00	6710000000 20	23,00	P	25/07/2013	

Parcours de soins transmis :

Illustration 60 : feuille de soins électronique rejeté et recyclé pour « non respect du parcours de soin » envoyé par courrier au médecin à l'origine de la feuille de soins électronique.

“MT DEM>MT CALC HORS PARC. EN TP”, signifie “montant demandé supérieur à montant calculé hors parcours en tiers payant”, autrement dit, il s’agit des pénalités appliquées sur les sommes dues au médecin pour des actes effectués sur des patients n’ayant pas déclaré de médecin traitant.

Les RSP (ou Rejet-Signalement-Paiement) sont transmis très rapidement et intégrés dans le progiciel du professionnel directement. Une notification de rejet sera envoyée toutefois sous format papier un peu plus tard. « *L'information est la même dans le retour papier ou par retour NOEMIE. La différence c'est que l'information sera beaucoup plus claire dans le retour courrier que sur la RSP. Sur le "NOEMIE" ce sont des messages qui sont condensés. Ils ne sont pas toujours bien traduits par le logiciel métier. Il suffit que l'éditeur ne soit pas dans la même référence que nous pour que le message soit incompréhensible, mal traduit. Ce n'est pas toujours de notre faute. D'où l'importance de recevoir le courrier écrit ou le mail pour le professionnel de santé* » m'explique Mme Anita Block, correspondante informatique à la CPAM du Bas-Rhin, lors de ma visite au centre de Bischwiller.

Les principaux motifs de rejets constatés à Bischwiller sont :

- Absence d'ALD .
- Absence de CMU .
- Cumul de majorations d'actes non autorisé .
- Utilisation à tort du code « PAV » (code réservé pour les actes supérieurs à 120 euros)

Depuis peu, un nouvel outil dit "Le Compagnon flux-tiers ou CFT" commence à se généraliser. Cet outil, déjà intégré dans une large majorité de CPAM, vise à réduire les courriers-papier au profit d'échange par mail. Ce dispositif s'applique uniquement aux dossiers en tiers-payant. « *La CPAM de votre circonscription vous transmet par mail les causes de rejet dans les deux jours suivant la télétransmission* ». La rectification de la facturation peut s'effectuer dans des délais raccourcis sans envoi de courrier.

Ce courriel est accompagné d'un document précisant :

- Le numéro de lot et le numéro de la facture,
- Le matricule du bénéficiaire et sa date de naissance,
- Le numéro et le libellé de l'anomalie,
- La solution proposée.

A Bischwiller, seuls les Sage-femmes et les radiologues sont concernés actuellement par le système CFT. « *Le professionnel de santé peut ainsi traiter immédiatement les dysfonctionnements sur la base d'informations claires et précises. Ainsi, on supprime les délais postaux liés à l'envoi des rejets sous forme papier, on simplifie la gestion administrative, on favorise les paiements plus rapides des factures tout en garantissant leur qualité* » précise Mme Block.

Depuis 2006, la CNAMS souligne que les professionnels de santé peuvent interroger les informations administratives détenues par les Caisses, ainsi que des données de paiement et des informations concernant leurs patients (notamment l'information médecin traitant déclaré ou non) directement sur son site Ameli.fr grâce l'« Espace Pro ». La connexion est possible avec ou sans la carte CPS. Les professionnels de santé peuvent alors suivre en temps réel les paiements en tiers payant, commander les formulaires, ou encore contacter en ligne la caisse d'Assurance Maladie.

Un nouveau service permet également à partir de l'espace Pro de consulter les droits des patients et cela quelque-soit le régime d'assurance du patient: <https://portail.sesam-vitale.fr/cdr/accueil/>

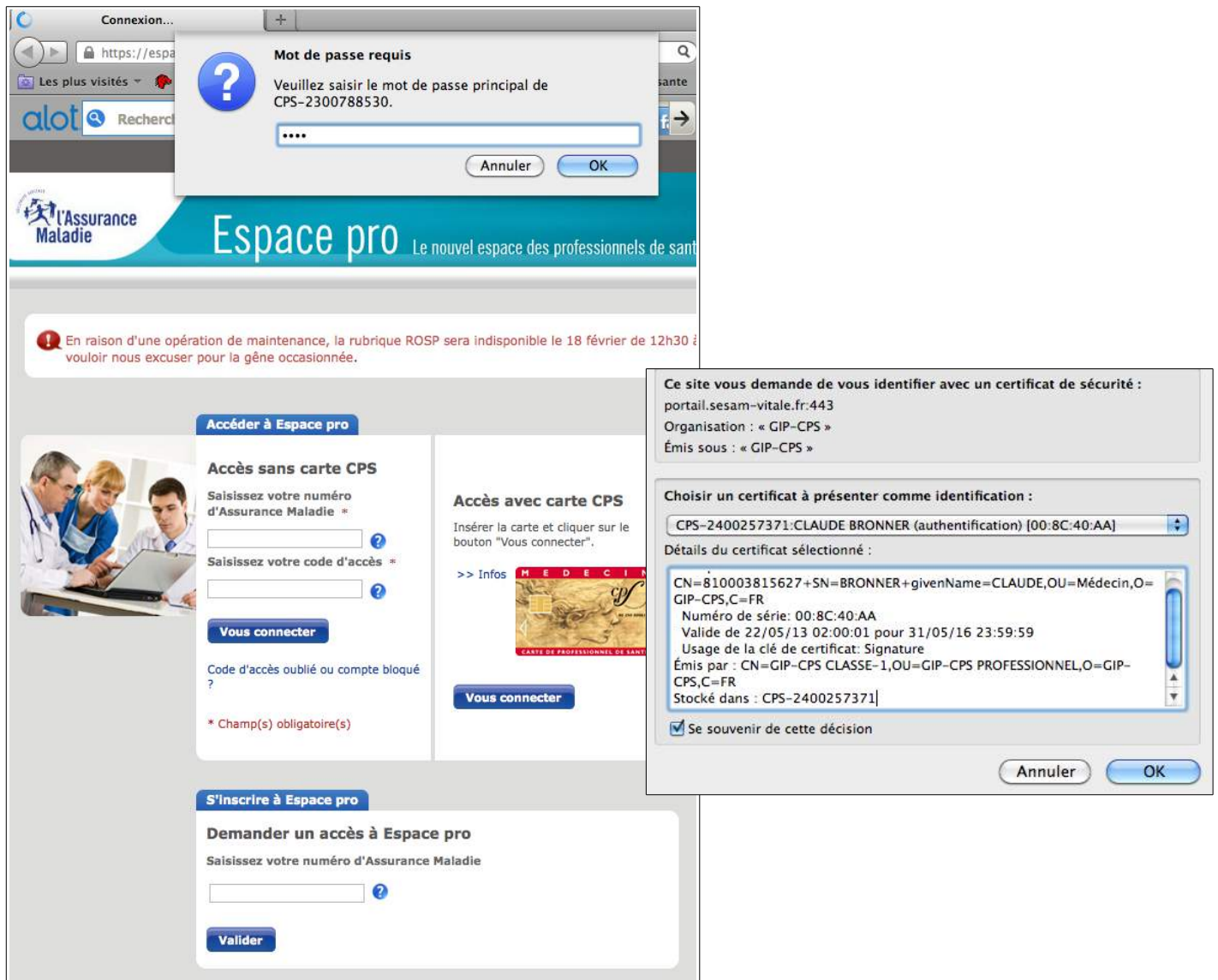


Illustration 61 : Interface de connexion du professionnel de santé grâce à sa CPS à l'Espace Pro de la CPAM.

L'authentification vers le service est réalisée grâce à la carte CPS du professionnel et de son mot de passe. (Les applications pour la télétransmission doivent également être opérationnelles.) [Illustration 60].



Illustration 62 : Il est possible de consulter les droits de tous les patients quel que soit son régime d'assurance maladie.

Puis, en cliquant sur le logo du régime de l'assuré, on ouvre une interface de consultation des droits du patient. [Illustration 61].

Consultation des Droits

https://portail.sesam-vitale.fr/cdr/accueil/choixAMO/CNAMTS

alot Rechercher sur Internet Web Search

Consultation des droits V 03.02.02

Identifiant (NIR) : *

OU

Nom : * Troptard Date des soins (JJMMAAAA) : 18022014

Prénom : * Anne-Marie

Date de naissance (JJMMAAAA) : 11051984 Rang : 1

* Champ obligatoire

Effacer Rechercher

Choix du bénéficiaire

[Retour au portail](#)

Illustration 63 : Interface de consultation des droits du patient.

Elle permet d'accéder aux données-patients, soit avec son NIR qui est suffisant soit avec son nom, prénom et date de naissance.

The screenshot shows a web browser window titled 'Consultation des Droits'. The address bar shows the URL: <https://portail.sesam-vitale.fr/cdr/accueil/choixAMO/CNAMTS>. The page header includes the logo for 'L'Assurance Maladie' and the text 'Consultation des droits' with a version number 'V 03.02.02'. The main content area is divided into two columns:

Identifiant (NIR) : 2840535238240	Clé : 52
Information de l'ouvrant droit	Information du bénéficiaire des soins
Nom de famille : TROPTARD	Nom de famille : TROPTARD
Nom d'usage :	Prénom : ANNE-MARIE
Prénom : ANNE-MARIE	Date de naissance : 11/05/1984 1
Date des soins : 18/02/2014	Caisse gestionnaire : 673
Code grand régime : 01 Centre de paiement : 625	Clé de controle : 8 Code gestion : 90
OUVERTURE DES DROITS (régime de base) :	A compter du 20/08/2013
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR :	NON
MODULATION DU TICKET MODERATEUR :	NON
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE :	NON
MEDECIN TRAITANT (à la date des soins) :	OUI
Nom : SCHMITT Prénom : BERTRAND	Numéro : 671062438

At the bottom of the page, there are three links: [Retour au portail](#), [Retour Liste](#), and [Retour Formulaire](#).

Illustration 64 : Consultation des Droits du patient et du nom de son médecin traitant.

Cette information ouvre les données administratives du patient, nom du médecin traitant inclus.

Mais, pour beaucoup de médecins, la vérification des droits sur le site s'avère encore plutôt compliqué et chronophage pour les informations dont ils bénéficieront en retour: disponibilité du site, lenteur de chargement des pages, données non mise-à-jour par les caisses, régimes RSI, étudiants, SNCF non disponibles....

« Leurs serveurs sont "en carafe" trois fois sur quatre et quand ils ne le sont pas, la démarche est chronophage et plante encore souvent avant la fin ! Pourtant de mon côté, l'informatique est à la pointe de ce qui se fait et tout est à jour ! »

« Leur logiciel en ligne tellement lent. Irritant alors que dans le principe, C'est génial ! »

◆ **Des erreurs de remboursements toujours présentes malgré l'informatique.**

Malheureusement, les problèmes à la base d'un mauvais remboursement ou d'un retour NOEMIE ne sont pas rares : changement de régimes, changement de caisse d'affiliation, droits non ouverts, médecin traitant non enregistré par la caisse...

Selon les caisses, 8 à 15 % des consultations chez un généraliste sont frappées d'une pénalité. Et c'est encore plus pour les spécialistes ! [72].

« Des minorations de paiements sont souvent appliqués en toute opacité et des feuilles de soins sont parfois rejetées pour des raisons futiles ou incomprises »

« Il paraît qu'il y a des erreurs de paiement mais je n'ai jamais vraiment trouvé le courage de vérifier ! "je suis abattu", "épuisé", "knock down", en "burn out", rien qu'à l'idée de devoir vérifier... Et pourtant ce sont mes sous ! C'est encore plus grave ! Combien rapporte cette négligence à la CPAM ? »

« C'est inadmissible que le médecin traitant ne soit pas transmis automatiquement lors du changement de caisse ».

En effet, lors d'un changement de caisse, on remarque que le médecin traitant n'est pas reconduit automatiquement d'une caisse à l'autre. Il est nécessaire d'envoyer à nouveau le formulaire de choix du médecin traitant...

Les médecins réclament également que tous les associés d'un cabinet de groupe soient reconnus comme médecin traitant, à partir du moment où un patient signe sa déclaration de médecin traitant avec l'un ou l'autre. Or, à ce jour, même si la loi de décembre 2005 l'y oblige [73], la CPAM ne peut y parvenir pour des raisons d'ordre technique... Ceci engendre des problèmes de remboursement fréquents pour non-respect du parcours de soins, qui ne manquent pas d'agacer beaucoup les professionnels de santé.

« Comme la caisse fait supporter financièrement aux médecins les erreurs de remboursement liés aux non-respect du parcours de soins par les patients du fait de la généralisation du tiers payant, à nous les emmerdes de vérification de paiement ! de réclamations compliquées ! et les consultations remboursées 11 euros au lieu de 23... »

D) UNE CPAM DIFFICILEMENT ACCESSIBLE MÊME POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

Par ailleurs, les médecins reprochent à la CPAM sa « *mauvaise foi* ». Puisqu'ils pratiquent de plus en plus le tiers payant, les médecins doivent en effet, de plus en plus, traiter directement avec la CPAM pour pouvoir être remboursé. Et, les médecins condamnent le manque d'accessibilité ou plutôt la lenteur d'accessibilité de la Caisse en cas de problème. Le traitement des réclamations est beaucoup trop long !

« En cas d'anomalies des feuilles de soins électroniques, celle-ci n'est signalée par la CPAM que plusieurs semaines plus tard et par des courriers difficilement compréhensibles puisque codés en langage sécu ».

« Le recours est impossible ! les responsables sont planqués derrière des filtres téléphoniques ou carrément absents ! ».

Lors de ma visite au centre de traitement de Bischwiller, on m'explique que les appels sont reçus via une plate-forme de services téléphoniques communs à tous les professionnels de santé. Cette plate-forme est toutefois différente de celle recevant les appels des assurés. Les problèmes sont classés soit de niveau 1, soit de niveau 2 afin d'être résolus.

- Soit l'interlocuteur téléphonique de la plate-forme connaît la solution et renseigne le professionnel en niveau 1 directement après consultation de la base des remboursements et des droits ouverts.
- Soit l'employé de la plate-forme n'a pas les éléments pour pouvoir répondre à la question, « *la personne au téléphone a eu une formation mais les questions sont très spécifiques aux types de professionnels de santé* » et le problème passe en niveau 2 et est transmis aux experts par le biais de "Médialog". « *Il y a alors un engagement à recontacter le professionnel de santé sous 48h par un niveau 2 experts... et le niveau 2 experts, c'est nous !* ».

Il y a plusieurs avantages à l'utilisation d'une plate-forme téléphonique d'après Mme Block: *« il y a toujours un interlocuteur pour répondre, plus de téléphone qui sonne dans le vide. Il y a une traçabilité et une garantie d'avoir un rappel derrière. Je travaille aussi beaucoup mieux sans avoir le téléphone qui sonne en permanence. Plus de messageries qui débordent ! »*

Il y a un engagement à résoudre 90 % des réclamations en 21 jours.

« Pour certains c'est difficile à tenir ! Ils envoient en systématique un listing de "je ne sais pas combien" de versements qui d'après eux ne vont pas mais, quand vous vérifiez les 23 premiers, c'est très correcte ![...] Je ne peux pas mettre un de mes collaborateurs en permanence rien que pour traiter leur comptabilité On travaille nous aussi de plus en plus avec des moyens contraints. »

2 - LA RESPONSABILITÉ DES PATIENTS DANS

LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Les avantages de la télétransmission pour le patient sont indéniables. Elle améliore la qualité de services rendus aux assurés sociaux par une simplification des procédures de remboursements. Elle permet l'économie des frais d'affranchissement et des remboursements plus rapides.

Mais, encore faut-il qu'ils apportent leurs cartes Vitale à chaque consultation !

Dans notre étude, on voit que la responsabilité du patient dans la non-télétransmission est réel. Puisque 36,9 % des dernières feuilles de soins papier sont réalisées du fait de l'oubli de la carte Vitale par le patient. Elle avait également été mise en évidence lors de l'enquête alsacienne. Cependant, l'incidence en termes de fréquence de la responsabilité des patients se révèle plutôt variable d'un médecin à l'autre. La différence de patientèle entre cabinets y est pour beaucoup.

Le patient oublie sa carte certes, mais certaines raisons d'oubli pourraient être facilement gommé aux yeux de la population de médecins interrogée :

- Le rôle de la carte Vitale n'est pas encore toujours bien compris pour tous les patients. Certains pensent que de toutes façons "*Ils sont dans l'ordinateur*" et que le médecin n'a donc pas besoin de la carte. Ils sont trop peu informés du fonctionnement ou du contenu de la carte Vitale et ne connaissent pas le système de télétransmission pour encore une grande majorité d'entre eux, notamment les patients jeunes ne bénéficiant que de peu de soins. Mais est-ce aux médecins de les sensibiliser ?

- Pour des raisons économiques, la carte Vitale est une carte de type « familial », c'est-à-dire contenant les données administratives de l'assuré ouvrant droit et des bénéficiaires ayants droit (conjoint et enfants). Ce qui ne favorise pas du tout la présentation de la carte à chaque consultation médicale. Depuis peu, il est possible d'obtenir après demande écrite, via le formulaire adapté, l'affiliation de son enfant sur sa carte et sur celui du ou de la conjoint(e). Mais, les enfants examinés sont plus souvent encore sans carte Vitale que les adultes. Il serait tellement plus

facile que l'enfant ayant-droit apparaissent systématiquement sur la carte des deux parents ! Surtout si les parents sont séparés...

- La situation également de la grand-mère qui garde ses petits-enfants et n'a pas la carte Vitale des parents de l'enfant malade ou blessé est également une raison de ne pas télétransmettre. Quelle solution ? Une carte personnelle dès la naissance ?

La nécessité de gérer les oublis et pertes de cartes des patients est une contrainte à la télétransmission pour le médecin. Même si les patients proposent de revenir présenter leur carte Vitale au cabinet ... Il faudra alors les recevoir entre deux rendez-vous, entraînant une autre perte de temps.

A) LA SITUATION DES CMUISTES.

« Le plus souvent, ceux qui n'ont pas la carte Vitale, ne paient pas ! Cmu, AT, AME »

Les médecins nous font remarquer dans leur commentaire que bien souvent, les patients qui n'apportent pas leur carte ou n'en possèdent pas sont les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture Médicale Universelle Complémentaire). Les titulaires de la CMU-C bénéficient d'une dispense d'avance des frais et les professionnels de santé consultés sont donc dans l'obligation de pratiquer le tiers-payant. Les rejets des remboursements ne concernent donc que le professionnel de santé, l'assuré n'ayant rien déboursé. Hors, l'existence de difficultés administratives, rencontrées par les professionnels de santé notamment en matière de paiement, est couramment avancée pour expliquer la réticence de certains d'entre eux à accepter des bénéficiaires de la CMU-C dans leur patientèle.

Deux études de 2008 des CPAM de l'Eure et des Hauts-de-Seine font le point sur les rejets de paiement des tiers payants, qui impliquent une nouvelle facturation de la part du professionnel de santé, pour les patients en CMU-C. [74] Elles montrent un taux de rejet sensiblement plus important dans les dossiers CMU que pour la moyenne des dossiers des assurés sans CMU.

L'étude réalisée dans les Hauts-de-Seine au premier trimestre 2008 montre un taux de rejet des flux pour des actes de bénéficiaires de la CMU-C de 3,7 % début 2008, contre 2,6 % sur l'ensemble des bénéficiaires, soit 42 % de plus.

	Hauts-de-Seine hors CMU-C	CMU-C	Eure hors CMU-C	CMU-C
Généralistes :	2.4 %	2.2%	1.7%	3.08%
Spécialistes :	3.1%	9.1%	3,56%	10,74%
Dentistes :	1.6%	1.3%	1.33 %	3.13%
Infirmières :	2%	6.5%	3,25%	6,82%
Kinés :	3.2%	6.6%	3,25%	6,82%
Pharmaciens :	1.7%	2.1%	1,70%	2,95%
Établissements :	7%	6.2%	5,72%	2,88%

Illustration 65 - Un taux de rejet supérieur pour les CMU-C variable selon la spécialité du professionnel de santé [74]

Les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens et médecins spécialistes ont un taux de rejet pour les CMUistes de 2 à 3 fois supérieur au taux hors CMU-C.

Selon l'étude de la CPAM de l'Eure, « *ce sont les médecins psychiatres qui connaissent le plus de rejets pour les bénéficiaires de la CMU-C avec un écart sur le reste des bénéficiaires de plus de 20%. Viennent ensuite les ophtalmologues, les radiologues, les dermatologues et les gynécologues avec respectivement 11,13%, 5,43%, 13,18% et 10,28% de taux de rejets même si les écarts demeurent moins importants. Cependant, si le nombre de rejets enregistrés pour les bénéficiaires de la CMU-C apparaît plus faible en valeur absolue, les taux de rejets des médecins spécialistes listés précédemment sont très importants ; 17 spécialités sur 21 représentées enregistrent des taux de rejets supérieurs à 10% dont 4 au-delà de 20% ; à comparer avec les taux de rejets relevés sur le reste de la population nettement inférieurs, la palme revenant aux neurologues présentant un écart de plus de 21 points.* »

Pour la CMU-Complémentaire, le pourcentage de rejet des feuilles de soins papier (7.6% pour la CPAM des Hauts de Seine et 8.43% pour Evreux) est quatre fois supérieur aux feuilles de soins électroniques (1.8% et 2.35%). En cause les problèmes d'identification du bénéficiaire ou les cotations incorrectes ou illisibles. L'utilisation de la carte Vitale, « *reflet de la situation de l'assuré dans notre fichier si la carte est à jour, permet d'éliminer en partie tous rejets inhérents à la définition des droits de l'assuré.* »

Le professionnel de santé craint de ne pas être payé : « *Ils sont habitués aux délais et réagissent très vite quand il y a du retard et certains envoient des duplicata. Cela pose des problèmes et des risques de payer des indus ou de provoquer des rejets.* » m'informe le centre de traitement des feuilles de soins de Bischwiller Le duplicata fait alors doublon avec l'acte déjà télétransmis : « *Cela alourdit le circuit et fait des mécontentements.* »

La responsabilité de ces difficultés semble très partagée : mauvais remplissage de la feuille de soins par le professionnel, non mise à jour de la carte Vitale par l'assuré, difficulté liée à la qualité du fichier de la CPAM. « *Près de 20 % de rejets sur les dossiers se référant à des bénéficiaires de la CMU-C proviennent de la qualité des informations enregistrées dans le fichier de la CPAM (régime, exonération du ticket modérateur, bénéficiaire inconnu, assuré absent à la BDO).* ».

La cause de rejet la plus fréquente correspond à une mention "CMU-C" portée par le professionnel alors que l'intéressé n'y est plus. Il est vrai que pendant le temps contraint d'une consultation il est difficile pour le professionnel de santé de savoir précisément si le patient est toujours en CMU-C.

« Le patient nous donne des papiers qui sont à jour administrativement mais ils ne sont plus à la CMU. Et nous, on ne le sait pas ! On fait le nécessaire et cela nous revient on nous disant le patient n'est plus à la CMU depuis telle date et la caisse refuse le paiement et ils nous disent de nous mettre en contact avec le patient pour se faire payer, c'est peine perdue. On ne peut rien y faire, la sécu dit l'ordinateur indique qu'il n'est plus chez nous. Le patient garde la carte jusqu'au bout de sa validité. »

L'une des difficultés majeures dans cette situation résulte de l'absence de carte Vitale ou de cartes Vitale non mises à jour et qui mentionnent toujours le bénéfice de la CMU-C alors que le bénéficiaire n'y a plus droit. Le professionnel effectue un acte en tiers-payant qui ne lui est que partiellement remboursé, à hauteur de la part obligatoire uniquement...et avec éventuellement une pénalité pour non-respect du parcours de soin car effet, les bénéficiaires de la CMU-C respectent également moins le parcours de soins que les autres assurés [75].

La question du « pourquoi » ces personnes plus fragiles apportent moins souvent ou mettent moins souvent à jour leur carte Vitale en consultation reste en suspens. Manque de motivations puisque le tiers-payant pour eux est systématique ? Ou difficultés de constituer un dossier complet auprès de la CPAM ?

En 2010, dans le cadre d'un programme de recherches actions piloté par l'EN3S, le Fonds CMU a demandé à cinq étudiants de la 49ème promotion d'effectuer une étude comparative sur l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C [76]. Plusieurs freins dans l'accès aux droits ont été mise en évidence :

- Les demandeurs comme le personnel des CPAM soulignent la complexité du formulaire CMU-C (nombre de pièces justificatives à fournir, examen et calcul des ressources) et par ailleurs, la difficulté à appréhender le choix de l'organisme complémentaire (imprimé vert). Les personnes sont souvent dans l'obligation de se déplacer de nouveau pour apporter des pièces jointes complémentaires. Les documents sur les ressources (surtout les bulletins de salaire) et même l'ensemble des pièces justificatives sont difficiles à obtenir.
- Les modalités d'accueil des bénéficiaires CMU-C sont très différentes d'une caisse à l'autre (accueil au fil de l'eau/accueil sur RDV; accueil au siège/accueil en agences; séparation front-office et back-office dans l'instruction des dossiers). Il n'existe pas de guide d'entretien CMU-C ni de mode opératoire à disposition des agents pour les aider dans l'accueil des bénéficiaires CMU-C. Ils sont donc assez démunis et « *une impression de flottement* » est souvent ressentie par la personne en situation précaire demandeuse de CMU-C.
- Les difficultés concernent aussi l'instruction des dossiers par la CPAM. L'examen et le calcul des ressources est un point compliqué mentionné par la plupart des agents interrogés. Quels revenus prendre en compte, sur l'instruction ? quelle période ? Les échanges de données avec les Caf sur la composition de la famille notamment sont des plus complexes. Le nombre de pièces jointes à fournir (20 à 30 par dossier) favorise les dossiers incomplets et les aller/retour des dossiers qui provoquent des lourdeurs de gestion.

Le manque d'interopérabilité des systèmes d'information des services publics et le nonaccès aux données de Pôle Emploi est également un frein majeur pour une instruction rapide du dossier.

Il existerait cependant une différence entre les CMUistes « insérés » et les « désocialisés » :

« Il y a deux types de bénéficiaires, ceux qui sont insérés dans la société mais en situation de difficultés passagères mais qui sont des gens courtois, pas de problèmes. Ceux qui estiment que tout leur du, j'ai la CMU, j'ai droit à et j'oublie que j'ai aussi des devoirs. Il y a des gens gentils, qui viennent parce qu'ils ont mal et que vous n'allez pas revoir mais qui reviennent un an après parce qu'ils auront à nouveau mal, ils ne préviennent pas s'ils ne viennent pas, et le jour où ils reviennent, ils exigent d'être pris immédiatement parce qu'ils ont la CMU, ce sont les gens pénibles, difficiles à gérer. J'ai mis dans la salle que ceux qui ne viennent pas sans prévenir je ne les prends plus et c'est généralement des patients à la CMU. Ils n'ont pas le respect du rendez-vous donné. Vous avez votre carnet de rendez-vous qui est plein, on a des listes d'attentes de patients compte tenu de la démographie dans le départements des CD, un patient qui ne vient pas, c'est pénible, quand vous en avez quatre à cinq dans la même journée, c'est agaçant, et que les 4/5 sont des patients à la CMU (80 %), vous faites l'amalgame vite fait. Certaines associations en charge de ces populations nient le problème et disent que ce n'est pas vrai. »

Le bénéficiaire de la CMU-C, comme tout assuré, possède une carte vitale à mettre à jour et à présenter au professionnel de santé. Mais, ce n'est pas une démarche obligatoire mais plutôt considérée comme un « *réflexe à avoir* » comme cela est mentionné sur le document édité à l'attention des bénéficiaires [38].

B) LES DIFFICULTÉS DES MÉDECINS ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES (ACP).
[77]

Les médecins pathologistes effectuent leurs actes en totalité hors de la présence du patient. Ce n'est que dans les rares cas où les patients viennent payer au cabinet que les pathologistes ont accès à la carte Vitale.

Le SMPF (Syndicat des Médecins Pathologistes Français) a interrogé le département des actes de la CNAMTS en septembre 2012 qui lui a confirmé qu'aucune instruction n'avait été donnée aux caisses locales pour faire pression sur les anatomocytopathologistes afin qu'ils télétransmettent. « *En cas de problème local, nous conseillons aux ACP de communiquer au SMPF tout courrier des caisses afin que nous puissions intervenir en lien avec l'U.ME.SPE/CSMF (Union nationale des médecins spécialistes confédérés) à l'échelon national* ».

Par ailleurs, dès la signature de la convention, le SMPF a pris contact avec la direction de l'offre de soins de la CNAMTS afin d'étudier comment lever les obstacles qui empêchent les anatomocytopathologistes de télétransmettre. Les services informatiques de la CNAMTS ont été sollicités, sans résultat pour l'instant.

Il est pourtant dans l'intérêt de tous que ce dossier avance : les anatomocytopathologistes font plusieurs millions de feuilles de soins papier par an. Par ailleurs, les anatomocytopathologistes, comme tous les médecins, sont éligibles à la rémunération sur objectif de santé publique, au moins pour les indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service.

Mais le préalable est qu'ils aient installé un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins électroniques, qu'ils possèdent leur carte CPS et qu'ils se soient connectés une fois à Ameli-Pro pour activer les téléservices. Il n'est pas nécessaire pour les anatomocytopathologistes d'atteindre un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques supérieurs ou égal à 2/3, car sont exclus du champ les actes effectués en totalité hors de la présence du patient et les actes facturés sur le bordereau S3404 (Bordereau de facturation des établissements de santé privés).

C) LA TÉLÉTRANSMISSION EN MODE DÉGRADÉ.

La télétransmission sans carte Vitale est possible depuis longue date. Elle est dite « en dégradé ». Elle permet d'effectuer des facturations via le logiciel SESAM-Vitale avec la Carte de Professionnel de Santé (CPS) mais, en l'absence de la carte vitale du patient. Il est cependant nécessaire via ce mode, d'envoyer dans un délai bref la feuille de soins papier, parallèlement au flux électronique à la CPAM pour qu'elle puisse effectuer le remboursement. Cette « double » facturation peut expliquer le désintérêt courant pour ce mode de télétransmission.

« Je télétransmets aussi mes visites sans lecteur mobile, et tous les actes lorsque le patient n'a pas sa Carte Vitale. C'est laborieux en raison de l'attitude de la CPAM devant ce mode de création de feuilles de soins électroniques, mais cela permet de respecter les taux de feuilles de soins électroniques pour percevoir l'indemnité annuelle, sans investir dans le matériel mobile ».

« Je télétransmets en dégradé pour mes patients vus en visite, qui ont oublié leur carte ou qui sont en attente de carte mais, qui me présente une attestation de droit. Ceci permet un remboursement aussi rapide qu'avec une feuille de soins électronique mais m'oblige à éditer une feuille papier qui une fois signée par le patient doit être adressé à la CPAM avec tous les tracas de cocher correctement si c'est le régime Alsace Lorraine (90%) avec un nombre incalculable de retour de feuilles de soins électroniques à corriger. »

Cette télétransmission sans carte a suscité de nombreuses polémiques sur l'intérêt même de la carte Vitale surtout chez les pharmaciens puisqu'ils transmettent leurs feuilles de soins électroniques depuis longtemps sans carte Vitale. Pour eux, les informations contenues sur la carte Vitale 1 puis la carte Vitale 2 n'apporte rien par rapport à celles contenues sur la carte papier. En effet, s'il est possible télétransmettre sans carte, à quoi bon dépenser autant d'argent pour équiper toute la population en carte Vitale ? 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 responsable que tous pointent du doigt, est l'industrie de la carte à puce, qui ayant obtenu au départ du projet un quasi-monopole quant à la production des cartes et des lecteurs, est soupçonnée d'avoir « poussé au crime ».

D) VERS LA DISPARITION DES CARTES VITALE ?

Au vu de notre étude, les deux freins principaux à la télétransmission sont liés à la carte Vitale. Pourtant, des feuilles de soins électroniques créées sans carte Vitale ni carte CPS seraient sans doute possibles.

La nouvelle messagerie MS-Santé en cours de perfectionnement par l'ASIP santé est déjà prévu fonctionner en mobilité via un smartphone. Plus besoin de CPS mais un système de code d'accès à usage unique (comme on en reçoit parfois de sa banque pour un paiement) permettra la sécurisation de la messagerie. [78]

A Bischwiller, faire disparaître la carte Vitale paraît clairement impossible aujourd'hui lorsque l'on pose la question : « *la carte Vitale est la signature du patient et la clef du système* ». Pourtant, lorsque l'on regarde les nouvelles technologies du secteur bancaire, système bien comparable à SESAM-Vitale d'un point de vue déploiement et sécurité, on rêve de changements...

◆ Le système « sans contact mobile » ou RFID.

La radio-identification, le plus souvent désignée par le sigle RFID (de l'anglais radio frequency identification), est une méthode pour mémoriser et récupérer des données à distance en utilisant des marqueurs appelés « radio-étiquettes » (« RFID tag » ou « RFID transponder » en anglais).

Cette technologie d'identification est utilisée pour identifier :

- les objets, comme avec un code-barres (on parle alors d'étiquette électronique) ;
- les personnes, en étant intégrée dans les passeports, carte de transport, carte de paiement (on parle alors de carte sans contact)... et même depuis peu dans le carte CPS !
- les carnivores domestiques (chats, chiens et furets) dont l'identification RFID est obligatoire dans de nombreux pays, en étant implantée sous la peau. C'est également le cas de manière non obligatoire pour d'autres animaux de compagnie ou d'élevage (on parle alors de puce sous-cutanée).

Les services « sans-contact mobiles » utilisent une technologie radio à très courte portée appelée « Near Field Communication » (NFC) ou Communication en Champ Proche (CCP). Cette technologie est une application de la technologie RFID. Elle permet l'échange de données à une distance de quelques centimètres. Les téléphones intégrant la technologie NFC simplifient de manière spectaculaire la façon dont les appareils interagissent les uns avec les autres et facilitent énormément l'accessibilité des services pour les clients. La technologie NFC rend possible une communication intuitive et sécurisée entre appareils électroniques.

Les banques équipent actuellement tous les points de vente en France de nouveaux terminaux de paiement acceptant les paiements mobiles sans contact. D'ici 2014, l'équipement des commerçants devrait être achevé. [79]



Illustration 66 - Le Paiement sans contact mobile.

Alors pourquoi ne pas l'appliquer dans le monde la santé ? Les lecteurs SESAM-Vitale liraient alors via le smartphone du patient ses identifiants SESAM-Vitale et sans doute nos patients oublient moins souvent leurs smartphones que leur carte Vitale !

◆ La reconnaissance faciale.

Une société finlandaise, Uniqul, lance un nouveau service de validation de paiement basé sur la reconnaissance faciale. Le système permet aux clients de régler leurs emplettes en présentant leur visage devant la caméra d'un terminal de paiement qui les identifie avant de débiter leur carte bancaire.

Pour Ruslan Pisarenko, directeur commercial de Uniqul, la reconnaissance faciale reste le moyen de paiement le plus efficace face aux cartes bancaires, au paiement sans contact et aux autres systèmes biométriques «*Nous avons déjà reçu des requêtes venant de France et nous sommes très optimistes pour ce marché* », a-t-il précisé en juillet 2013.[80]

Avec la reconnaissance faciale : plus de problème d'IEC (Infrastructure d'Émission des cartes) ni d'oubli par le patient de ses identifiants d'assurés !



Illustration 67 - La reconnaissance faciale.

◆ **Le projet Smartphone-Santé de Morpho et Orange.**

Si, les systèmes utilisés en France actuellement pour accéder en ligne à des informations de santé fonctionnent uniquement avec des terminaux fixes, la carte Vitale et la CPS, les industries travaillent sur des technologies plus innovantes. *« L'idée de stocker dans les cartes SIM une identité dérivée de l'identité régaliennne du médecin est en cours de développement conjointement avec Morpho, explique Benjamin Sarda, directeur marketing d'Orange Healthcare [81]. Pourquoi la carte SIM ? Parce que c'est un élément très sécurisé, une sorte de coffre-fort numérique. Mais aussi parce qu'on peut la déployer partout dans le monde et la faire fonctionner quel que soit le téléphone utilisé. »*

Pour que le système fonctionne, il faut effectuer au préalable un enrôlement des professionnels de santé et des patients, c'est-à-dire constituer leur identité dérivée et la stocker dans leur carte SIM. *« A chaque fois que l'utilisateur cherchera à se connecter à un système d'information ou à une application de santé, comme un médecin qui souhaiterait consulter, via son smartphone, le dossier médical d'un patient, l'opérateur – Orange, en l'occurrence – transmettra la requête à une plate-forme d'authentification qui vérifiera si l'identité dérivée correspond à l'originale »,* explique Cédric Huet, responsable marketing stratégique chez Morpho. Une fois les deux identités associées, le système peut alors garantir que c'est bien la bonne personne qui a accès aux informations ou qu'elle est bien affiliée, par exemple, à la Sécurité Sociale. Le fonctionnement de cette plate-forme est assuré par Orange tandis que l'enrôlement et la validation des droits sont gérés par Morpho. L'opérateur se charge également de la gestion du service, de la connectivité mobile et du déploiement.

Cette innovation conjointe de Morpho et Orange a fait l'objet d'un brevet en cours de dépôt au nom des deux sociétés et ouvre des perspectives prometteuses. *« Un système de ce type sera opérationnel d'ici à quelques semaines au CHU de Clermont-Ferrand »* indique Cédric Huet. *« Dans le domaine de la santé, nous sommes seulement au début de l'aventure. Cette solution serait également valable pour d'autres pays et d'autres systèmes de santé. Et le principe de la consultation de données confidentielles en situation de mobilité nous permet d'envisager de*

multiples usages très innovants, qu'il s'agisse des patients ou des professionnels de santé... »

Bien plus encore que pour la télétransmission, ce sont les fondements prochains de la télémédecine qui se profilent. La télémédecine est un exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies qui permettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

Le décret d'application de la loi HPST, publié en octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

Quatre actes de Télémédecine ont été définis dans ce décret :

- **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient
- **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- **La télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- **La téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

- **La réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Les pseudos-spécialités suivantes peuvent parfois être rencontrées, dans le but de tenter de mieux décrire certaines activités, mais elles ne sont en aucun cas des actes. Ces spécialités doivent toujours se rattacher à l'un des actes ci-dessus :

- **Télé-Assistance à domicile** : téléalarme pour personnes âgées, femmes enceintes, handicapés...
- **Télé-assistance des voyageurs isolés** : nautisme, montagne, trekking...
- **Télé-formation (*e-learning*)** : formation et enseignement médical à distance ;
- **Télé-médico-social** : encadrement du patient maintenu à domicile ;
- **Télé-transmission** : transferts d'informations médicales entre professionnels de santé et patient (Réseaux de soins) ;
- **Télé-radiologie** : interprétation d'examens radiologiques à distance (diagnostic et expertise) ;
- **Télé-chirurgie** : opération chirurgicale assistée à distance par ordinateur ;
- **Télé-psychiatrie** : consultation, diagnostic et suivi d'un patient par un psychiatre ;
- **Télé-staff** : réunion de professionnels de santé en visioconférence.
- **Télé-psychologie** : consultation, diagnostic et suivi d'un patient par un psychologue.

3 - ET LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ?

En 2004, Mohammed Ahssaini après enquête auprès des médecins généralistes dans la cadre de sa thèse [82], estimait que les médecins pensaient à 64,7% que la principale cause de non-télétransmission est liée au refus de la profession à utiliser la carte Vitale et le système SESAM-Vitale. Parmi eux, 69,7 % pensait que l'oubli de la carte Vitale par le patient était un facteur aggravant. 11,8% des médecins pensaient tout de même que la non-télétransmission était uniquement imputable au patient.

Une étude à base d'entretiens a été réalisée en 2007 pour la caisse primaire d'assurance maladie de Paris auprès de 16 médecins peu ou prou réfractaires à SESAM Vitale [53] et les a classé 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...).

Cinq années après, qu'en est-il ? Dans notre enquête, seul 114 médecins (3,8 %) ne télétransmettent pas. Et seulement 80 (2,7 %) médecins ne télétransmettent et ont une mauvaise opinion de la télétransmission.

A) DES « NON-TÉLÉTRANSMETTEURS » ET « NON-CONVAINCUS » ÂGÉS.

La répartition de l'âge des médecins ayant participé à l'enquête est sensiblement identique à la population des médecins exerçant régulièrement en France en 2013 [83]. On remarque une légère élévation du pourcentage de jeunes médecins : 27,73 % des médecins de l'étude ont moins de 45 ans contre seulement 25,12 % dans la population des médecins français.

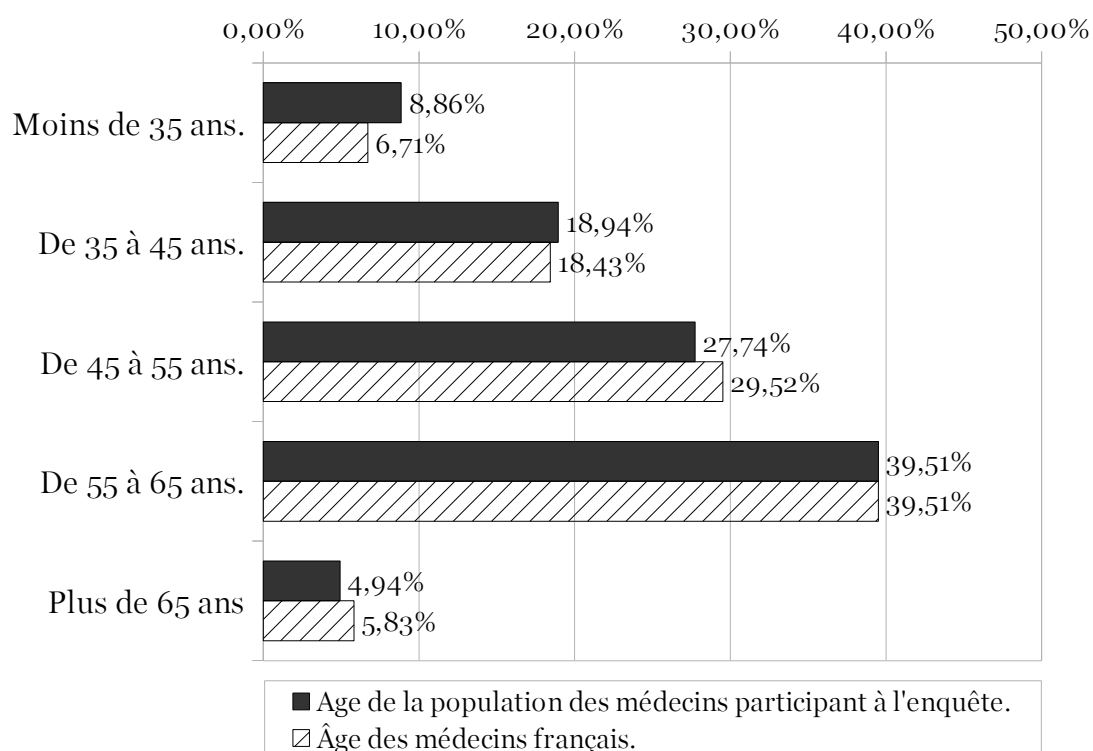


Illustration 68 - Pyramide des âges des médecins participant à l'étude comparé aux médecins en activité régulière France entière en janvier 2013. [83]

Le taux d'informatisation des médecins généralistes a été démontré variable en fonction de la classe d'âge à laquelle ils appartiennent en 2004. [82] En envoyant une invitation à répondre à un questionnaire en ligne via la boîte mail, on craignait de sélectionner davantage de jeunes médecins du fait de leur pratique plus courante des outils informatiques. En 2013, on s'aperçoit que le biais de sélection via l'informatique est en réalité mineur.

Dans notre étude, on remarque un vieillissement des échantillons des médecins « non-convaincus » et des médecins « non-télétransmetteurs » par rapport à la population des médecins ayant répondu au questionnaire.

On pourrait penser, de prime abord, que le manque d'informatisation des médecins plus âgés explique ce phénomène. Or, en 2013, c'est plutôt la baisse d'activité liée à l'âge du médecin et le coût d'investissement nécessaire à la télétransmission qui les empêche de télétransmettre. C'est en effet, la première cause de non-télétransmission, après le manque d'installation du système SESAM-Vitale dans les hôpitaux, évoquée dans les commentaires de l'échantillon des médecins « non télétransmetteurs » (16,7 %).

◆ **La non-télétransmission ne s'explique plus par un retard d'informatisation des cabinets médicaux.**

L'image du médecin âgé « conservateur » qui ne télétransmet pas faute d'un système informatique valide dans son cabinet ne tient plus en 2013 pour justifier de la non-télétransmission. La plupart des médecins sont informatisés actuellement. Une étude auprès des médecins libéraux dans le Poitou Charente [84] montre que 97% des médecins utilisent un système informatique dans leur cabinet. L'informatisation de la pratique médicale n'est pas une utopie. Il apparaît que le médecin peut s'approprier rapidement l'outil informatique, qui lui apporte alors une aide dans sa pratique quotidienne. Un an d'utilisation semble souvent suffisant pour intégrer l'ordinateur dans la consultation et le rendre indispensable à la pratique du médecin.[85]. Il va s'en dire que, puisque mon questionnaire a été diffusé par mail, les médecins ayant répondu, maîtrisent l'informatique de manière suffisante pour télétransmettre.

De même, les technologies numériques ont un impact positif sur la pratique médicale lorsque l'on interroge les médecins. Lors d'une étude de *Accenture* en 2011 [86], la majorité d'entre eux pensaient que les technologies d'informatique médicale apportent des bénéfices incluant un meilleur accès aux données cliniques, une meilleure coordination des soins et une réduction des erreurs médicales.

◆ **Un investissement pour télétransmettre coûteux.**

Au 1^{er} juillet 2013, 7761 médecins exercent en cumul retraite-activité libérale. Depuis le déplafonnement du cumul retraite-activité libérale, le nombre de médecins utilisant ce dispositif, ne cesse de s'accroître : +21,47 % de juillet 2012 à juillet 2013. [87]

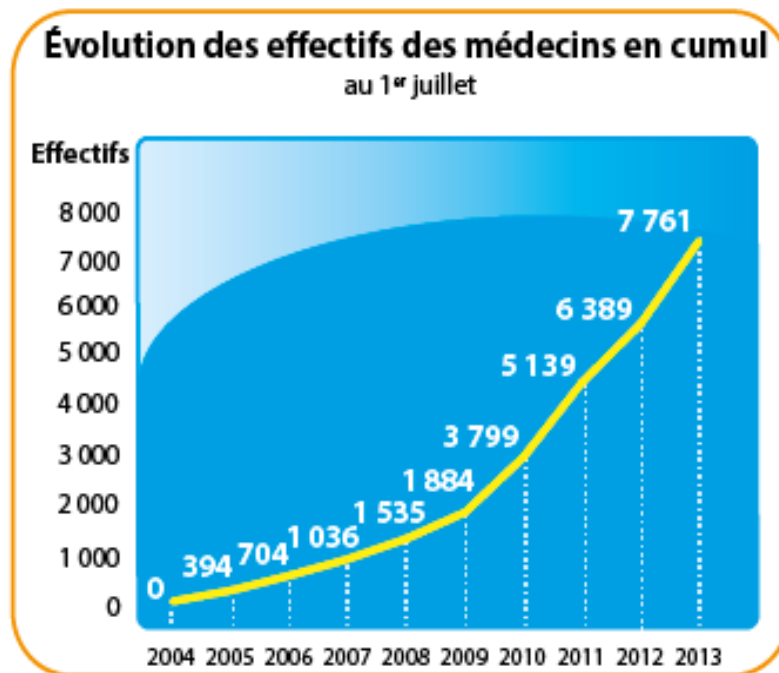


Illustration 69 - Evolution des effectifs des médecin en cumul retraite/activité libérale de 2004 à 2013. [87]

Les médecins en cumul sont très majoritairement âgés de 65 ans et plus. [87] Ils pratiquent en règle générale un nombre d'actes limité par jour. Il est donc compréhensible que en l'absence d'aides ou d'incitations vraies de la CPAM et du fait de l'activité faible non-inscrit sur le long terme, un médecin en cumul ne prendra pas le risque d'investir dans un système qui ne lui est pas indispensable. Et pour un médecin ayant pratiqué son activité pendant plus de 30 ans sans télétransmission, le système SESAM-Vitale n'est pas indispensable !

La prime portant sur l'organisation du cabinet est largement insuffisante pour être incitative contrairement à ce qu'espérait la CPAM. Lors de l'enquête auprès des médecins alsaciens [63], la majorité d'entre eux considéraient qu'elle ne couvrait ni les frais matériels pour télétransmettre ni le temps de travail requis pour télétransmettre du fait des problèmes liés à la télétransmission qui prennent beaucoup de temps et d'énergie à résoudre...

« L'U.ME.SPE./C.S.M.F. dénonce la campagne médiatique faite, actuellement, laissant croire que les caisses d'Assurance Maladie assurent la charge financière de la télétransmission. Le forfait à l'installation informatique est loin de couvrir les frais réels imposés par les sociétés de service, l'économie de 1 euro et demi par feuille de soins télétransmise par l'Assurance Maladie constitue en regard un reversement de 0,09 € pour les praticiens. Le différentiel financier est insupportable. L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que les caisses d'Assurance Maladie participent réellement au financement, au coût réel et pérenne, des systèmes informatiques qu'elles imposent aux médecins et dont la télétransmission des feuilles de soins électroniques n'est qu'un élément. Cette informatisation réelle est financée sur les 175 millions d'euros économisés par les Caisses, doit revaloriser le coût de la pratique des spécialités cliniques de proximité au bas de l'échelle des revenus et qui ne peuvent financer cet effort de modernisation indispensable pour économiser du temps médical. »

B) UNE AUGMENTATION DU TEMPS DE TRAVAIL POUR TÉLÉTRANSMETTRE.

Pour la grande majorité des médecins, maintenant qu'ils se sont appropriés le système, la télétransmission est un gain de temps considérable pour les paiements et la comptabilité.

« Quand on est bien équipé en matériel informatique, beaucoup plus rapide que la feuille papier. En plus intégré dans journal des recettes. »

Mais, le Système SESAM-Vitale ne se résume pas seulement à la création de la feuille de soins électronique.

Charge financière, de temps et de responsabilité : le médecin était jusqu'alors uniquement responsable des soins qu'il prodiguait à ses patients, il devient également responsable de son remboursement. S'il est vrai que le médecin est dispensé de remplir manuellement les feuilles de soins papier, il lui est confié à la place la responsabilité d'acheminer la feuille de soins électronique jusqu'aux caisses et de contrôler le bon remboursement de sa consultation. Le praticien n'est en effet dégagé de sa responsabilité qu'à réception de l'ARL. Les CPAM ne sont ainsi responsables que de la bonne réception et du traitement des feuilles de soins électroniques.

« Le problème principal réside dans le déplacement des réclamations : avec les feuilles de soins papier, les patients se plaignaient à la Sécu en cas de problème de remboursement ou de codage. Avec les feuilles de soins électroniques, il arrive régulièrement que la CPAM prétende ne pas les avoir reçues, ou que le codage était erroné, et les patients se plaignent à notre cabinet, la charge administrative rectificative est à notre charge ... »

Le temps passer à télétransmettre n'est plus une petite partie du temps de travail si l'on comptabilise le temps de création de la feuille de soins électronique, le temps de maintenance informatique, et le temps de vérification de l'absence d'erreurs de traitement de l'information par les employés de la CPAM ou les ordinateurs de la Sécurité sociale

« Nous manquons de temps pour recevoir tous les patients qui le nécessiteraient, et le gagnerions en n'ayant plus à nous occuper des problèmes informatiques, ou de téléphoner à la CPAM pour vérifier les erreurs... »

En 2010, 903 médecins ont dévissé leur plaque alors qu'ils exerçaient régulièrement en libéral depuis une vingtaine d'années, la plupart comme généralistes (70,4 %) et dans de grandes agglomérations. Pourquoi ? Les motifs invoqués sont avant tout professionnels : des charges financières et des tâches administratives trop lourdes, une durée de travail journalière importante, difficilement compatible avec une vie de famille.[88]

Peut-être, les médecins qui n'étaient pas « débordés » auparavant le sont-ils devenus ?!

Une étude de la DREES⁴⁰ estime le temps consacré aux activités administratives - à la fois « la paperasse », les tâches médico-administratives (dossier ALD, dossier COTOREP, APA, certificats médicaux, certificats de décès...) et la gestion du cabinet -, entre 4 et 6 heures par semaine. [89]. Le regroupement des professionnels de santé est certes un moyen de réduire ces tâches administratives (mutualisation des tâches, présence d'un secrétariat voire d'un gestionnaire dans certaines MSP). Néanmoins nombre d'actes médico-administratifs continuent de relever des médecins et empiéteront encore trop sur l'activité médicale proprement dite.

« Or, encore une fois nous le disons, l'objectif doit être d'optimiser le temps médical. Cela nécessite d'une part, de décharger les médecins de certains actes administratifs ou de simplifier ces derniers et d'autre part, de modifier le dispositif de contrôle acte par acte des prescriptions. » écrit Mme Hubert dans son rapport de novembre 2010[90]

Les médecins alsaciens passent en moyenne 34 à 45 secondes pour réaliser une feuille de soins électronique . Ainsi, le gain économique de traitement des feuilles de soins papier venté par les services administratifs de la CPAM fait bouder les professionnels de santé puisque concrètement, le travail de secrétariat retiré à la sécurité sociale leur est offert en plus de leur activité de santé.

« La CPAM peu remercier les médecins de faire leurs boulots a sa place à un tarif défiant toute concurrence !!!!! »

« Installé depuis 25 ans et informatisé depuis plus de 15 ans j'ai l'impression de faire un travail qui n'est pas le mien. Nous réalisons gratuitement la saisie informatique et la gestion du paiement : travail de l'assurance maladie (qui se préoccupe du contenu de l'ordonnance !!!) de plus nous devons assumer financièrement et administrativement les erreurs ou incohérences des caisses. »

Dans leurs commentaires, les médecins signalent que l'opération est encore plus complexe et chronophage depuis l'introduction du "Parcours de Soins Coordonnés" en janvier 2006 qui nécessite que le patient ait choisi un médecin traitant. La carte Vitale ne signale pas l'absence de médecin traitant lorsqu'elle est lue et il est nécessaire de se connecter à l'Espace Pro pour obtenir ce renseignement. Les médecins revendiquent de l'Assurance maladie, qu'elle fasse descendre l'information du respect ou non du parcours coordonnés, automatiquement dans les logiciels de facturation, ce qui gagnerait un temps précieux.

Le temps passé à télétransmettre ne se résume pas non-plus au seul temps de réalisation de la feuille de soins électronique. On doit y ajouter le temps de recherche de la carte Vitale par le patient, qui n'est pas négligeable d'après les commentaires des médecins laissés sur les espaces d'expressions libres de mon questionnaire.

« "Je suis sûr que je l'avais !" et on fouille dans le sac, puis dans les poches, puis on recommence à fouiller dans le sac : " vous êtes sûr que je ne vous l'ai pas déjà donnée", etc... ».

Et expliquer au patient comment va se passer le remboursement, ou encore quelle somme du fait du tiers payant il doit régler, prend également un certain temps. Surtout en Alsace où les patients peuvent bénéficier d'un régime local ou bien général.

« Combien de temps croyez-vous qu'il faille pour expliquer à un Turc, pourquoi lui au régime local va régler 2,30 euros en tiers payant alors que sa femme, au régime général, va payer 6,90 euros... »

« Cela ne fait pas partie du travail de soins ! »

Mais le patient s'adresse au médecin pour obtenir des renseignements ou une conduite à tenir concernant son remboursement. Peut-on l'adresser à la centrale d'appel de la CPAM facturé *« après le bip sonore au tarif moyen de 6 centimes d'euro par minute »* sans le renseigner ?

C) L'IMPRESSION D'ÊTRE RÉDUIT DANS SON LIBÉRALISME PROFESSIONNEL ET D'ÊTRE CONTRÔLÉ DANS SON TRAVAIL.

La télétransmission est un sujet sensible chez les médecins car elle leur a été prescrite comme une potion à ingurgiter de gré ou de force par les ordonnances Juppé d'avril 1996. Aucune concertation n'avait été entreprise à l'époque avec les professionnels de santé avant de débiter le projet et l'intérêt de télétransmettre pour les médecins semblent moins évident que pour les patients. Surtout si le praticien ne pratique pas le tiers-payant.

Comme vu précédemment, la télétransmission permet de rendre le fonctionnement administratif de l'assurance maladie plus efficace, plus rapide et moins onéreux en substituant à la feuille de soins papier une feuille de soins électronique. Mais, SESAM-Vitale doit permettre également, notamment par l'intermédiaire du codage des actes et des pathologies, de mieux connaître les pratiques médicales dans le but d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le corps médical a voulu s'opposer à sa « mise sous surveillance » avec la généralisation du système SESAM-Vitale qui selon eux risquait à terme d'en faire un système uniquement comptable de la santé. Refuser SESAM-Vitale, ce fut une manière pour les généralistes de refuser également ce qui allait diminuer leur indépendance professionnelle.

La télétransmission de feuilles de soins électroniques crée de surcroît, un lien direct entre les médecins et la CNAM renforçant encore le sentiment que leur autonomie et leur indépendance ne fait que décroître.

« Il est clair que nous sommes devenus des agents de la sécu: d'ailleurs, si le patient est "mal" remboursé et qu'il téléphone à la CPAM pour avoir des explications, celle-ci lui répond : "c'est votre docteur qui s'est trompé" ».

« Je pense que telle qu'elle est utilisée par la CPAM, à long terme, la télétransmission est un piège car elle nous rend tributaire du bon vouloir des caisses. Il m'est arrivé que la caisse se serve sur mes feuilles de soins électroniques pour se rembourser de soins que j'avais prescrits à un patient et qu'elle estimait non justifiés, sans attendre que le différend soit tranché. »

« L'U.ME.SPE./CSMF. comprend l'attitude d'un certain nombre de médecins du secteur 2 désirant conserver une pratique médicale détachée des contraintes techniques des caisses, leur liberté de tarifs leur permettant d'inclure les pénalités imposées par les députés, dans le cadre de la Loi HPST, dans leurs frais généraux. »[91]

Au cours de l'enquête alsacienne sur la non-télétransmission des feuilles de soins électroniques du début de l'année 2013 , les médecins affirmaient majoritairement faire le travail de saisie des feuilles de soins à la place des caisses. Dans notre étude, cet argument reste bien présent dans les commentaires des médecins, il est même le motif évoqué pour 13 % des médecins ne télétransmettant aucune feuille de soins électronique.

4 - L'ORGANISATION DU CABINET DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Un quart de l'échantillon des médecins « non-télétransmetteurs » sont partisan de la télétransmission mais ne peuvent la pratiquer faute de matériel ou d'inadaptation de la télétransmission aux contraintes organisationnelles nécessaires à leur exercice professionnel.

La majorité des médecins interrogés dans l'étude travaille dans un cabinet de groupe. L'Ordre National des médecins rapporte en que un médecin sur deux exerce dans un cabinet de groupe monodisciplinaire et 29% dans un cabinet individuel.[83].

A) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION PRÉPONDÉRANTE DANS LES CABINETS INDIVIDUELS.

Dans notre étude, les médecins qui ne télétransmettent et/ou ne soutiennent pas le projet exercent en majorité en cabinet individuel et évidemment, les médecins bénéficiant d'un secrétariat exercent en très grande majorité en cabinet de groupe.

La charge du coût, de temps et les conséquences sur l'activité lors d'un problème technique sont incontestablement plus lourdes en cas d'exercice individuel. Cette population est donc plus sensible aux imperfections des systèmes de télétransmission (décrites dans la première partie). On peut donc comprendre leur découragement à télétransmettre.

Par contre, les médecins non-convaincus par le système bénéficient d'un secrétariat dans les mêmes proportions voir de manière plus fréquente que dans la population globale de l'étude. Bénéficier d'une secrétaire ne favoriserait donc pas la télétransmission.

Pourquoi ne pas laisser les secrétaires télétransmettre ? Réaliser une feuille de soins électronique est typiquement un travail de secrétariat. Elles sont formées à ce type d'outil au cours de leur formation contrairement aux médecins. Elles réalisent une feuille de soins électronique d'ailleurs plus efficacement que les médecins. D'après les conclusions de l'enquête de Annabel Sanselme , une secrétaire met deux fois

moins de temps qu'un médecin pour créer une feuille de soins électronique. Notre étude montre qu'elles sont plus "systématiques" : lorsque la secrétaire réalise une grande partie des feuilles de soins électroniques, la télétransmission de toutes ou presque toutes les feuilles de soins est favorisée.

Il semble que ça soit la complexité de la CCAM qui soit responsable du peu d'affectation de la charge de télétransmettre au secrétariat... Et la secrétaire « *a déjà beaucoup à faire* » m'explique les médecins dans leur commentaire. Il faut dire que la CCAM n'est déjà pas très intuitive pour les médecins eux-mêmes.

B) LA TÉLÉTRANSMISSION ET LE TIERS-PAYANT.

Les médecins non-convaincus pratiquent de manière moins fréquente le tiers payant que dans la population générale et les non-télétransmetteurs le pratiquent encore moins. Cependant, les habitudes de paiement sont davantage adaptées au type de patientèle qu'elles ne le sont au type de matériel du cabinet. Le tiers-payant est moins contraignant pour le médecin qui le pratique s'il télétransmet. Un médecin qui ne pratique pas le tiers-payant habituellement ne pratiquera sans doute pas plus le tiers-payant avec la télétransmission. N'oublions pas que la pratique du tiers-payant est plus souvent source d'impayés et nécessiterait donc des vérifications fastidieuses.

Ainsi, dire que la télétransmission favorise l'accès aux soins est une utopie. C'est la pratique du tiers-payant qui améliore l'accès aux soins.

c) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION DES VISITES.

Ne pas avoir de lecteur de carte Vitale portable est la troisième cause de non-télétransmission après l'absence de carte Vitale ou l'oubli de la carte par le patient.

La principale raison est le coût matériel comparé au nombre des visites pratiquées qui ne cesse de diminuer. En 2005, une étude de l'URML en Île-de-France met en évidence que les médecins effectuent 16 visites par semaines en moyenne. Le temps moyen d'une visite à domicile est de 41 minutes (temps passé à préparer la visite, temps de déplacement, temps passé auprès du patient et temps de mise à jour du dossier). En comparaison, une consultation dure en moyenne 18 minutes. Pour 60% des médecins, la visite à domicile est perçue majoritairement comme une contrainte. L'opinion face aux visites à domicile reste très négative. Ils sont 87,5% à limiter leurs visites à domicile et 85,1% estiment que la visite ne paraît pas justement rémunéré. [92]

Sans doute, si la CPAM fournissait les lecteurs portables, les médecins télétransmettraient leurs visites plus souvent. Mais reste encore le problème de la carte CPS. Un certain nombre de médecins utilisent en effet plusieurs bureaux de consultations : les pédiatres pour laisser aux mères le temps de déshabiller et rhabiller l'enfant, les acupuncteurs du fait du temps de pause des aiguilles, les cardiologues ou les radiologues du fait de l'encombrement du matériel... ou dans différents lieux d'exercice du fait de leur spécialité. Ils rencontrent alors des difficultés pour télétransmettre : oubli de la carte CPS dans un des lecteurs ou absence d'équipement en milieu hospitalier...

La carte CPS 3ème génération peut inscrire dans sa puce jusqu'à huit sites d'exercice (plateaux techniques), permettant une facturation électronique sur chacun de ces sites. Lors de la demande de la carte CPS, il est nécessaire toutefois de préciser les différents sites d'exercice et l'ajout ultérieur d'un nouveau site d'exercice nécessitera la fabrication d'une nouvelle carte CPS.

Le médecin remplaçant ne doit pas se servir de la carte CPS du médecin remplacé pour facturer. Il existe des cartes CPS pour les médecins remplaçants exclusifs et pour les médecins non thésés autorisés par l'Ordre des médecins. La carte CPS est nominative et il est possible ensuite de l'utiliser en tout lieu lors de vos remplacements à condition que le poste de travail du médecin remplacé soit configuré pour reconnaître la carte CPS du remplaçant. Ce qui n'est pas si simple. Une configuration du poste de travail de chaque site d'exercice est nécessaire pour que le logiciel de facturation reconnaisse la carte CPS du médecin remplaçant.

« Chez moi ma cps est au fond du tiroir, personne ne veut "reconfigurer" son logiciel. »

D) LA NON-TÉLÉTRANSMISSION À L'HÔPITAL.

Un quart des médecins ne télétransmettent pas faute de lecteurs et logiciel en milieu hospitalier. Il faut dire que l'application de la télétransmission dans les centres de soins a pris du retard. La dématérialisation des feuilles de soins des établissements de santé s'intègre en effet dans un bouleversement du mode de financement des centres hospitaliers.

L'ensemble des établissements publics et privés ex-Dotation Globale (ex-DG) était financés depuis 1984 par le biais d'un mécanisme de dotation versée par des Caisses d'Assurance Maladie : les Caisses Pivots. Le plan hôpital 2012 vise à substituer progressivement le financement par dotation annuelle par un financement à l'acte par l'assurance maladie. L'application de ce plan hôpital s'est concrétisée par la mise en place progressive d'un système, dans lequel les établissements publics et privés ex-DG appliquent une tarification à l'activité (T2A).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (LOI n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 – Article 63) prévoit le règlement des factures émises par les établissements publics et privés ex-DG par un Interlocuteur Financier Unique : la Caisse Pivot qui était en charge jusqu'alors du versement des dotations annuelles.

L'impréparation des établissements et le manque de clarté de la mise en œuvre concrète d'une réforme explique des difficultés techniques insondables. Malgré des éléments connus depuis longtemps, cette réforme souffre d'incertitudes pesantes quant à sa faisabilité. Là encore, les acteurs ont dû mal à s'entendre au niveau national (Assurance maladie et Ministère des Finances) sur des pré-requis techniques visant notamment à la sécurisation des données. L'enjeu financier est pourtant de taille puisqu'il concerne à terme l'ensemble des recettes des établissements !

Les médecins exerçant une activité libérale en milieu hospitalier devrait investir au même titre que les médecins libéraux et ambulatoires dans leur propre matériel de télétransmission. Mais, du fait du nombre de consultations ambulatoires faible par rapport à leur activité salariée, l'investissement serait trop coûteux pour télétransmettre.

5 - LA RESPONSABILITÉ DU SYSTÈME INFORMATIQUE DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Le système informatique n'est que rarement un frein à la télétransmission. Beaucoup de médecins ont souscrit à une maintenance informatique. Elle participe cependant à l'opinion négative des médecins envers SESAM-Vitale.

« Beaucoup trop de 'clics' souris pour réaliser une feuille de soins électronique et lorsque vous faites deux feuilles de soins électroniques dans la même journée pour le même patient pour deux actes (par ex le matin et l'après-midi) la caisse sans vous demander ne rembourse qu'un seul acte !!!, c'est à vous de prouver votre bonne foi...le logiciel serait programmé ainsi ! »

A) LE CHOIX DU MATÉRIEL DE TÉLÉTRANSMISSION : PAS SIMPLE.

« Il serait très judicieux d'avoir un seul logiciel de télétransmission pour tous, mis à disposition et installé par la CPAM, avec mises-à-jours effectuées par des techniciens rémunérés par la CPAM. Lorsqu'on n'est pas très à l'aise avec l'informatique, les mises-à-jours relèvent du parcours du combattant. »

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 ont 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. 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 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. Les médecins dénoncent les coûts en temps et en argent concernant les mise-à-jours et les incompatibilités entre les logiciels et le matériel. Pour beaucoup de médecins, le matériel de télétransmission, aurait du être fourni par la CPAM avec un logiciel unique pour tous et une maintenance de leur ressort.

Pour pallier ce problème, certaines CPAM, comme dans le Bas-Rhin, proposent un rendez-vous au cabinet pour aborder la télétransmission avec « un délégué » chargé du dossier. Il permet de conseiller le praticien sur les produits informatiques homologués SESAM vitale, réaliser concrètement des premières feuilles de soins en présence d'un spécialiste qui pourra rester une à trois heures sur place pour configurer et vérifier aussi le bon fonctionnement du logiciel de télétransmission. « *Des feuilles de soins tests pourront être réalisées* » m'explique Mme Block, correspondante informatique qui passe elle-même ses journées auprès des professionnels de santé. « *Il sera aussi proposé que les premières feuilles de soins soient suivies par le même gestionnaire pendant un mois. Les erreurs, oublis et questions peuvent alors être traités par téléphone* ». Lorsque le praticien se sent plus à l'aise avec l'outil, ses feuilles de soins électroniques ne sont plus analysées une à une, mais sont traitées automatiquement avec les 70 millions d'autres reçues par les CPAM tous les mois. « *C'est un accompagnement qu'on essaie de faire le plus longtemps possible mais, rien que les médecins, ils sont 2500. Avec tous les autres professionnels de santé c'est énorme.* » précise Anita Block.

B) LA CASE DE L'ONCLE LOTH.

Les logiciels de création des feuilles de soins électroniques restent contraint par le cahier des charges SESAM-Vitale qui est encore imparfait à ce jour.

Le pompon reste la stupide obligation pour tous les médecins de devoir cliquer depuis 1998, lors de chaque génération de facture électronique, sur une case indiquant que l'acte n'est pas en rapport avec un accident de droit commun. Alors que ce cas est homéopathique, il est expressément interdit par le cahier des charges de cocher par défaut cette case sur "Non" ou de ne pas la cocher ! Ce pensum courtelinesque qui agace des centaines de milliers de praticiens plusieurs dizaines de fois par jour, aurait été inventé par André Loth en 1998, l'ancien chef de la Mission Sesam-Vitale à la CNAMTS. Par un réflexe pavlovien chacun clique machinalement sur "non" ce qui va à l'encontre de la raison initiale de la présence de cette option. On retrouve d'ailleurs cette même case obligatoire dans l'Avis d'Arrêt de Travail (ATT), un nouveau téléservice.

CONCLUSION

Même si l'histoire de SESAM-Vitale, pleine de péripéties, a suscité bien des réserves et des contretemps, les médecins sont globalement partisans de la télétransmission pour leurs patients et pour notre Sécurité sociale dont les coûts de gestion inquiètent.

Le premier obstacle à la télétransmission des feuilles de soins électroniques est l'obligation de possession d'une carte Vitale par le patient. Le retard au remplacement ou à l'attribution des cartes, du fait d'une procédure peu optimale à la CPAM et l'oubli de la carte par l'assuré sont les deux raisons les plus fréquentes obligeant le recours à la feuille de soins papier. En remplaçant cette « signature » non sécurisée par des technologies de pointes, déjà en développement dans le secteur bancaire, tel que la « signature-contact » via les cartes des smartphones toujours dans la poche ou mieux la biométrie avec la reconnaissance faciale, on supprimerait probablement une grande partie des feuilles de soins papier.

L'investissement de temps et le coût matériel des logiciels et lecteurs SESAM-Vitale n'est pas un motif de non-télétransmission fréquent mais participe au mécontentement que suscite le système. Les feuilles de soins électroniques sont réalisées pour la plupart par les médecins eux-mêmes qu'ils bénéficient ou non d'un secrétariat. Ceci s'explique en partie par la complexité de la nouvelle nomenclature CCAM mais aussi par la tâche administrative conséquente déjà prise en charge pas les secrétaires.

Le temps passé à résoudre les instabilités logicielles et les problèmes de comptabilité en raison d'erreurs de remboursement trop fréquentes est actuellement davantage souligné comme contraintes que le temps de création de la feuille de soins électronique elle-même. La crainte de versements d'honoraires incomplets limite d'ailleurs pour une part la pratique du tiers-payant.

Ainsi, les raisons qui poussent les professionnels de santé à réaliser une feuille de soins papier ne sont que très rarement de leur ressort. L'informatisation des cabinets et la maîtrise des outils informatiques bien souvent mis en avant, n'est plus un obstacle à la télétransmission en 2013.

Ce sont bel et bien les faiblesses techniques et organisationnelles de SESAM-Vitale, accumulées au fil du temps qui limitent la télétransmission aujourd'hui, et augmente

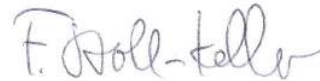
le nombre de feuilles de soins papier. L'effort doit venir de la CPAM et des autorités politiques pour moderniser le système en utilisant les nouvelles technologies sécurisées sans carte et ainsi redorer le blason de SESAM-Vitale pour les professionnels de santé comme pour les usagers du système de soins.

VU

Strasbourg, le 22-07-2014

Le président du Jury de Thèse

Professeur Françoise STOLL-KELLER



VU et approuvé

Strasbourg, le..... **26 AOUT 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean SIBILIA

BIBLIOGRAPHIE

- 1: © 2009-2013 GIE SESAM-Vitale™, <http://www.sesam-vitale.fr>.
- 2: Dr Patrick Carlioz, Du syndicalisme à la convention, 2013.
- 3: Yannick MOTEL, État de l'art et prospective en matière d'offre de santé., septembre 2000.
- 4: Michel Villac, Annale de Mines, 2001.
- 5: R.Soubie J-L. Portos Ch.Prieur, Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, 1994.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110033000/index.shtml>
- 6: Élisabeth Faure, La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), Avril 2002.
<http://www.caducee.net/dossierspecialises/systeme-information-sante/ccam.asp>
- 7: Loïc PIAU, Informatique à l'officine à la veille du 3^e millénaire, 02.07.1999.
<http://sesam-vitale.chez-alice.fr/>
- 8: A.S.I.P Santé, Espace CPS. <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps>
- 9: Jacques Sauret, Le cas des technologies de l'information et de la communication (TIC),
Revue française d'administration publique 3/2002 (n°103), p. 445-449.
www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2002-3-page-445.htm.
DOI : 10.3917/rfap.103.0445.
- 10: GIE SESAM-Vitale, Rapport d'activité annuel, 2009.
- 11: GIE SESAM-Vitale, Rapport d'activité annuel, 2012.
- 12: Jacques Marouani , 800 000 cartes professionnelles de santé de nouvelle génération seront distribuées d'ici 2012, Mardi 08 mars 2011. <http://www.electroniques.biz/index.php/component/k2/item/413639>
- 13: Société IDLOG, Lecteur-sesam.com, 2013 <http://www.lecteur-sesam.com>
- 14: © Cetip, Qui sommes nous ?, <http://www.spsante.fr/assures/informations-pratiques/a-propos-de-sp-sant%C3%A9/qi-sommes-nous>
- 15: GIE SESAM-Vitale, Rapport d'activité annuel, 2011
- 16: GIE SESAM-Vitale, Rapport d'activité annuel, 2007
- 17: DMP: Site d'information du Dossier Médical Personnel, <http://www.dmp.gouv.fr/>
- 18: Jean-Paul Bacquet, N° 1139 - Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires culturelles sur l'informatisation du système de santé, 14 octobre 1998, <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i1139.asp>
- 19: Martine Aubry, Déclarations de Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, et de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, Paris le 22 septembre 1998, et interview de Mme Aubry à France-Inter le 23, sur les comptes de la Sécurité sociale, le bilan des mesures prises depuis 1997 et les orientations du projet de loi de financement pour 1999., <http://discours.vie-publique.fr/notices/983002633.html>
- 20: Jacques Lucas, Réussir l'informatisation en santé : un défi,
BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS, n° 1, Paris : Ordre national des médecins (éditeur),
2008/01, pages 8-12, ISSN 0030-4565, FRA
- 21: Jacques Lucas, L'informatisation bouscule, positivement, la tradition médicale, 02 juin 2010.
http://lesclesdedemain.lemonde.fr/sante/l-informatisation-bouscule-positivement-la-tradition-medicale_a-11-233.html
- 22: Jean-Jacques Fraslin, Sesam-Vitale : 10 ans de Progrès Partagé ?, publié le 5 juin 2008.
- 23: Danièle Levy, L'informatisation des cabinets médicaux, 1996.
- 24: Jean-Jacques JEGOU, Rapport d'information du Sénat N°62, Annexe au procès-verbal de la séance du 3 novembre 2005. <http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>
- 25: Conférence nationale de santé, Avis relatif à l'informatisation des données personnelles de santé, 29 novembre 2007
- 26: Réseau Sésam-Vitale : Les dix ans de la télétransmission SESAM-Vitale : Une réussite au goût amer pour les médecins libéraux, Le Quotidien du Médecin, le 5 juin 2008.

- 27: Charles Rozmaryn - Ministère du travail et des affaires sociales, Systèmes d'information de santé, Octobre 1996. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974064500/index.shtml>
- 28: CECCHI TENERINI Roland - LAFON Philippe - LAROQUE Michel, Evaluation du système d'information des professionnels de santé, Septembre 2004. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000449/index.shtml>
- 29: @Fraslin, L'histoire de la carte Vitale 2 et de son Volet de santé, 1er février 2009
- 30: B.Lorimy et Associés, Évaluation technique des projets de déploiement des applications des technologies de l'informatisation dans le domaine de la Santé, Septembre 1996.
- 31: Wiki du projet Alibaba, <https://www.assembla.com/spaces/alibabaAPI/wiki>
- 32: Olivier Prince, Les mystères du GALSS.ini, 23/10/2006. http://www.amula.asso.fr/site/article.php?id_article=300
- 33: @Fraslin., Recette N° 2 : Trop de sécu gâte la sauce de l'e-santé., le 13 décembre 2010. www.i-med.fr/spip.php?article407
- 34: Michel GAGNEUX, Rapport de la mission de relance du DMP, 23 avril 2008.
- 35: Élisabeth Hubert, La pérennité d'une médecine de proximité, le 16 avril 2010.
- 36: Yves BUR - député, Rapport d'information N°697: La mission sur les agences régionales de santé, 6 février 2008.
- 37: Karine Chevreul - Philippe Le Fur - Catherine Sermet, Systèmes d'information sur les pratiques médicales de ville : enseignements à partir de quelques expériences étrangères, Novembre 2004.
- 38: Ameli.fr, le site de l'assurance maladie.
- 39: CNAM, CAPI, premiers résultats après une année d'existence, 16 septembre 2010.
- 40: Julie BALLANDRAS, Déclaration des indicateurs sur objectif, 24 janvier 2013. <http://www.sentinelles971.com/category/outils/scores-et-echelles/>
- 41: Christophe GATTUSO, Un an de P4P : du mieux pour le suivi des pathologies chroniques, des lacunes en prévention, Le Quotidien du médecin, 11/04/2013.
- 42: Le GIE Sesam-Vitale confie la production des cartes Vitale 2 à Morpho, Ticsanté, 27/09/2011. <http://www.ticsante.com/story.php?story=1060>
- 43: BAYLE-INIGUEZ Anne, Fin de la carte Vitale « made in France », Le Quotidien du Médecin, 16/12/2011. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/information/fin-de-la-carte-vitale-made-france>,
- 44: , Dans l'atelier secret de fabrication de la carte Vitale, Le Parisien, 28.01.2010. <http://www.leparisien.fr/essonne-91/dans-l-atelier-secret-de-fabrication-de-la-carte-vitale-28-01-2010-794294.php>,
- 45: , Les acteurs du secteur de la carte à puce, Explorathèque. <http://www.exploratheque.net/articles/les-acteurs-du-secteur-de-la-carte-puce>
- 46: @Fralin, Un trou de 1 million de carte Vitale 2, Imed, 26 mars 2008. <http://www.i-med.fr/spip.php?article102>
- 47: Alain Piton, Carte vitale 2 - lancement en Bretagne, 25 avril 2007. <http://droit-medecine.over-blog.com/article-6483825.html>
- 48: Ministère de l'emploi et de la solidarité, Rapport de mission d'expertise technique, 17 Décembre 1997.
- 49: Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0EF4EBC8D1AE959F81A3E84C68817083.tpdljo09v_3?cidTexte=JORFTEXT00000466727&categorieLien=id
- 50: LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AB71680B813D8546C6B26CAB5E62EB62.tpdljo08v_1?cidTexte=JORFTEXT00000625158&categorieLien=id.
- 51: La Cour des Comptes, La sécurité sociale, Septembre 2008. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000597/0000.pdf>


- 52: Romain Wartel, Carte Vitale 2: sécurité et responsabilité, 09 Octobre 2006. <http://www.zdnet.fr/actualites/carte-vitale-2-securite-et-responsabilite-39363885.htm>
- 53: La Cour des Comptes, Les systèmes de cartes de l'assurance maladie, février 2010.
- 54: Arrêté du 14 mars 2007 relatif aux conditions d'émission et de gestion des cartes d'assurance maladie, JORF n°65 du 17 mars 2007, page 4981. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000647622&dateTexte=>
- 55: Marie-Françoise De Pange, La Médecine 2.0, Le quotidien du Médecin, 25 mars 2008.
- 56: Marcel GARRIGOU-GRANDCHAMP, Problèmes avec la photo: 1 million d'assurés sans carte Vitale, Fulmedico2000, 2008, <http://fr.groups.yahoo.com/group/Fulmedico2000/message/68790>
- 57: La Cour des Comptes, Rapport public annuel 2013, février 2013.
- 58: Arrêté du 22 septembre 2011, portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JORF du 25/09/2011, texte : 0223 ; pages 16080/16242 <http://www.netjo.fr/avis-relatif-a-l-agrement-de-l-accord-du-11-septembre-2009-relatif-aux-arrets-temporaires-d-activite-au-sein-d-e-la-societe-trigano-pour-la-periode-du-03/09/2008-au-29/09/arrete-du-22-septembre-2011-portant-approbation-de-la-convention-nationale-des-medecins-generalistes-et-specialistes,t200489.html>
- 59: Conseil d'Etat, 7 avril 2011, n°339813, 1ère et 6ème sous-sections réunies, jurisprudences. <http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=190315&fonds=DCE&item=3>
- 60: Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13754, Article 11.
- 61: Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JORF n°0064 du 15 mars 2012 page 4805, texte n° 81. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025510511>,
- 62: Télétransmission: nouveau ralentissement au premier trimestre 2012, TicSanté, Dépêche du 26 avril 2012. www.ticsante.com/story.php?story=1238
- 63: Anne-Marie TROPTARD, Enquête sur la non-télétransmission des feuilles de soins électroniques auprès des médecins alsaciens, mars 2013.
- 64: Article 52, Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
- 65: Collectif Interassociatif Sur la Santé, Assurés, armez-vous de patience pour le traitement de vos feuilles de soins papier, 27 janvier 2014
- 66: LMDE, 3ème enquête nationale sur la Santé des Etudiants, Mai 2011
- 67: Ameli.fr, Télétransmission-Facturation des soins en AT-MP, 8 juillet 2013. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-herault/vous-informer/teletransmission-facturation-des-soins-en-at-mp_herault.php
- 68: CCAM CLINIQUE Un chantier vital, Le journal de la CSMF, Le médecin de France, 29 février 2012.
- 69: Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé visés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, 10 janvier 2014
- 70: Décision du 20 décembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, 21 février 2012
- 71: Dr Claude BRONNER, Bonheurs de la CCAM, La lettre UG-Zapping, 29 avril 2013. <http://www.uniongeneraliste.org/la-lettre-ug-zapping/ug-zapping-no-75.html>
- 72: @Fraslin, Faire une FSE est plus compliqué que de jouer avec des Playmobil !, Imed, le 12 février 2010. <http://www.i-med.fr/spip.php?article368>
- 73: LOI n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, JORF n°295 du 20 décembre 2005 page 19531 texte n° 1, Article 37. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000815414&dateTexte=&categorieLien=id>
- 74: Caisses primaires de l'assurance maladie des Hauts de seine et de l'Eure, Recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Difficultés liées à la CMU dans les circuits administratifs entre caisses maladie et professionnels de santé, 2008.

- 75: @Fraslin, Difficultés dans les circuits administratifs entre caisses et professionnels de santé, Imed - Observatoire des technologies et des systèmes d'information de santé, le 8 décembre 2008. <http://www.i-med.fr/spip.php?article272>.
- 76: EN3S, 49ème promotion, Groupe 8, L'accueil des bénéficiaire de la CMU-C en CPAM dix ans après la création du dispositif, 2010. <http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php>
- 77: Syndicat des médecins pathologistes français, Télétransmission des feuilles de soins électroniques en ACP. <http://www.smpf.info/ccam/index.php>.
- 78: Salons santé et autonomie : reco vocale, smartphones, messagerie et gros sous, 29 mai 2013. <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/salons-sante-et-autonomie-reco-vocale-smartphones-messagerie-et-gros-sous>
- 79: Accepter les paiements mobiles, <http://www.cityzi.fr/vous-etes/commerçants-enseignes/accepter-les-paiements-mobiles>
- 80: UNIQUIL : le premier moyen de paiement par reconnaissance faciale !, Aout 2013. <http://mdelmas.net/uniqul-le-premier-moyen-de-paiement-par-reconnaissance-faciale/>
- 81: Le smartphone au service de la santé, Publication Morpho, 03-07-2013. <http://www.morpho.com/e-documents/news-and-publications-680/le-smartphone-au-service-de-la-sante?lang=fr>
- 82: Mohamed Ahssaini, La place du système SESAM-Vitale en médecine générale, Thèse de médecine générale, 2004.
- 83: Ordre National des Médecins, Atlas National, 2013.
- 84: Dr Durandet, Enquête sur l'utilisation des systèmes informatiques par le médecin libéral en Poitou-Charentes en 2012, 30.08.2012. <http://urpsmed-pc.fr/index.php/actions-urpsmed-pc/e-sante/82-enquete-sur-l-informatisation-medecin-2012>
- 85: Équipe CREDES de l'étude FORMMEL, L'apport de l'informatique dans la pratique médicale, 2001. www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1344Formmel.pdf
- 86: Accenture, Doctors Reveal Support for Healthcare IT, décembre 2011. <http://www.accenture.com/fr-fr/company/newsroom-france/Pages/medecins-benefices-systemes-information-sante.aspx>
- 87: CARMF, Les médecins en cumul : les chiffres, Août 2013. http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresclsc/stats/2013/med_cumul.htm
- 88: Dr Patrick Romestaing, Pourquoi des médecins dévissent leur plaque ?, Août 2011.
- 89: Julie MICHEAU et Éric MOLIÈRE, L'emploi du temps des médecins libéraux, Publié le 17 mai 2010.
- 90: Elisabeth Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité, ARS, Novembre 2010. www.ars.sante.fr/fileadmin/rapport_definitif_elisabeth_hubert.pdf
- 91: U.ME.SPE./C.S.M.F, La télétransmission des médecins spécialistes, Communiqué de presse, PARIS, le 21 février 2011. <http://umespe.com/content/communiqu%C3%A9-de-presse-la-t%C3%A9l%C3%A9transmission-des-m%C3%A9decins-sp%C3%A9cialistes>
- 92: Union régionale des médecins libéraux, La visite à domicile chez les médecins franciliens, 2005

LES ANNEXES

ANNEXE A – CONVERSATION ÉLECTRONIQUE AVEC LE « WEBMASTER » DU SITE GIE-SESAM-VITALE.

Gmail - Les chiffres SESAM-Vitale? https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=b2e0...


Anne-Marie TROPTARD <annemarie.troptard@gmail.com>

Les chiffres SESAM-Vitale?
2 messages

Anne-Marie TROPTARD <annemarie.troptard@gmail.com> 25 septembre 2013 17:35
À : "webmestre@sesam-vitale.fr" <webmestre@sesam-vitale.fr>

Bonjour,
Je suis actuellement remplaçante en médecine générale et en cours de rédaction de ma thèse: la non-télétransmission en France.
Je me permets de vous contacter par rapport à vos chiffres de PS en télétransmission que j'utilise pour comparer mes propres analyses statistiques.
Comment avez-vous obtenu 85,1% de médecins généralistes en télétransmission en août 2013 ?

Vos explications méthodologiques des statistiques ne m'ont pas aidé :

"Pour chaque spécialité de Professionnels de Santé, nous dénombrons le nombre de Professionnels de Santé faisant de la télétransmission SESAM-Vitale pour un mois donné avec une solution de facturation agréée ou homologuée SESAM-Vitale.

Les parts de télétransmission en pourcentage sont définies en divisant ce nombre de Professionnels de Santé par le nombre total de Professionnels de Santé télétransmettant au cours du mois pour la même catégorie."

Lorsque je divise 54891 (nombre de médecins généralistes en télétransmission) par l'effectif des médecins généralistes total retrouvé sur l'atlas démographique 2013 de l'ordre des médecins: 91539, j'obtiens seulement 59,9% de médecins généralistes en télétransmission...

J'ai imaginé alors que vous avez seulement sélectionné les médecins généralistes en activité libérale ou mixte: 54044+5794 mais j'obtiens alors 91,7%!!!

Je pense que quelque chose m'échappe.

Cordialement.

Anne-Marie TROPTARD

webmestre <webmestre@sesam-vitale.fr> 11 octobre 2013 10:09
À : Anne-Marie TROPTARD <annemarie.troptard@gmail.com>, webmestre <webmestre@sesam-vitale.fr>
Cc : GOMES DE CARVALHO Anthony <anthony.gomes@sesam-vitale.fr>

Bonjour,

Pour votre information en réponse à votre demande, le taux de Professionnels de Santé est calculé entre :

« Les professionnels de Santé qui ont effectué des flux de facturation sur la période (l'exemple

1 sur 2

11/12/2013 10:21

Gmail - Les chiffres SESAM-Vitale?

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=b2e0...>

ci-dessous cible août 2013) »

Divisé par

« Les professionnels de Santé répertoriés dans le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS), qui utilisent ou non SESAM-VITALE »

Il sera naturel de voir une baisse de ce taux sur août 2013 car certains Professionnels de Santé ne télétransmettent pas sur la période des congés d'été alors que le fichier national FNPS reste stable.

Pour information :

- il y a 64 496 généralistes au fichier national (identifiés en activité). Sur août 2013, le taux de 85,11% provient de 54 891 généralistes en télétransmission sur 64 496 au fichier national.

- il y a 77 933 spécialistes au fichier national (identifiés en activité). Sur août 2013, le taux de 58,15% provient de 45 318 spécialistes en télétransmission sur 77 933 au fichier national.

- le terme « médecins » correspond aux généralistes + spécialistes

Cordialement

L'équipe

De : Anne-Marie TROPTARD [mailto:annemarie.troptard@gmail.com]

Envoyé : mercredi 25 septembre 2013 17:35

À : webmestre

Objet : Les chiffres SESAM-Vitale?

[Texte des messages précédents masqué]

ANNEXE B – LES INTERVIEWS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LORS DE MON STAGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

A) L'INTERVIEW DE DR A.

Docteur C télétransmet des FSE depuis huit ans. Il s'est équipé par choix. *«C'est rapide, c'est aussi intéressant pour le patient que pour moi»*. Il affirme n'avoir eu aucune difficulté à s'adapter à son matériel et à son logiciel de télétransmission. *« Quand je remplis une feuille de soins, c'est plus long que lorsque je remplis une FSE »* 95 % de ses feuilles de soins sont électroniques et télétransmises. Il fait le tiers-payant dans 90% des cas.

La seule raison l'obligeant à réaliser encore quelques feuilles de soins papier est la non-possession de carte Vitale par le patient. Si le patient l'oublie, il a la possibilité, s'il souhaite le tiers-payant, de repasser au cabinet en possession de sa carte. Pour les visites, il emmène à chaque fois son lecteur de carte portable. Il l'a certes acheté 650 €, mais *« je le déduis des impôts[...]et je perçois environ 500 euros pour télétransmettre »*.*« Lorsque la carte n'est pas un jour, c'est simple, il faut cliquer sur la touche [forcé]. Ça fait juste un clic de plus. »*

Le paiement de la consultation par la sécurité sociale est réalisé dès 3 à 4 jours. *« Même si le patient règle la totalité de la consultation par chèque, le temps de l'acheminement vers la banque puis de l'encaissement, l'argent n'est pas disponible aussi vite. »* On peut suivre le paiement en ligne en temps réel sur le site de la sécurité sociale. *« Pour nous c'est simple et ça fait moins de frais pour la sécu»*.

Des améliorations, il y en aura certainement. En ce qui concerne les arrêts de travail en ligne et autres téléservices, il ne peut pas encore les utiliser. *« il faut un logiciel pour cela »*

Pour lui, il n'y a pas de freins majeurs à la télétransmission actuellement dans son cabinet *« On est contre tout ce qui est nouveau, c'est propre à la France »*

B) L'INTERVIEW DE DR B :

Il y a une dizaine d'années, Dr B télétransmettait de manière importante car pour lui, c'était un « progrès ». Mais, il a été rapidement déçu. « *La manière dont la sécurité sociale voyait le progrès était un peu au détriment des médecins généralistes* ». En effet, les logiciels de télétransmission devenaient de plus en plus complexes, ce qui entraînaient une perte de temps non négligeable.

Rapidement, la sécurité sociale a considéré que comme la télétransmission fonctionnait bien, tout devait être télétransmis. C'est en partie pour cette raison qu'il a arrêté de télétransmettre mais également à cause de « *ses mauvais rapports avec la Caisse* ».

Si l'argument d'un remboursement plus rapide et bien souvent mis en avant comme argument favorisant la télétransmission, le remboursement plus long des feuilles de soins papier est « *une mauvaise volonté de la caisse* ». « *L'an dernier j'ai fait un acte technique qui m'a été remboursé seulement un an après* ». Il avait réalisé un ECG et avait inscrit CS+Acte technique sur la feuille de soins. Du fait de la différence de tarifs des ECG réalisés chez les médecins généralistes et les spécialistes en cardiologie, l'ordinateur n'a probablement pas pu traiter la demande de règlement. « *La feuille de soins a donc été mise de côté et à du être reprise à la main* » d'où le délai de paiement prolongé.

« *J'ai pris un lecteur de carte relativement simple* ». Il ne l'emmène pas en visite. « *Il n'est pas du tout nécessaire d'investir dans du matériel plus coûteux au vu des remerciements que l'on en a* ». Initialement, il télétransmettait jusqu'à 90 % de ses feuilles de soins. C'était toujours lui qui télétransmettait même lorsqu'il employait une secrétaire, elle n'était pas assez formée pour cela, et elle avait déjà beaucoup à s'occuper. Il télétransmettrait parfois même quelques visites en empruntant la carte Vitale du patient lorsque cela était possible. Mais depuis qu'il utilise un nouveau logiciel, il n'arrive plus à télétransmettre ni les soins liés aux accidents de travail, ni le tiers payant pour beaucoup de patients. « *Je constate une dégradation des conditions de télétransmission depuis ma première utilisation, j'utilise la même marque de logiciel mais il a largement évolué en complexité depuis la dernière fois* ».

En ce qui concerne les aides à la télétransmission, elles proviennent des fonds perçus lors du plan Juppé de réduction des dépenses de santé. Beaucoup de médecins avaient dû verser des pénalités fonction du chiffre d'affaires, du fait d'un trop grand nombre d'honoraires soumis à remboursement. « *Les aides à la télétransmission mon permis de récupérer l'argent que j'avais donné* » mais en contre-parti, elles obligent à télétransmettre.

Initialement, la sécurité sociale proposait, comme aide un lecteur de carte à 3000 Fr. Ce qui était beaucoup plus cher que les lecteurs de cartes achetées actuellement. Mais le temps que les médecins généralistes se décident à télétransmettre, les lecteurs de cartes proposées par la sécurité sociale sont devenus obsolètes et ont donc été jetés. *« Encore un exemple de gaspillage infâme qui caractérise la santé publique de ce pays ».*

Il a recourt à la feuille de soins papier actuellement pour toutes les visites, tous les patients dont il ne peut faire le tiers-payant pour la part mutuelle, les cartes Vitale qui ne sont pas à jour *« il y en a vraiment beaucoup ! »*, le patient qui a oublié sa carte ou qui n'en a pas, les accidents de travail... *« et les jours où je suis très fâché après la Caisse ! »*

La télétransmission améliore les conditions de travail du médecin généraliste lorsqu'il fait beaucoup de tiers-payant. Le paiement se fait plus vite, et le risque d'erreur de tarification est moins important car on peut lire sur la carte Vitale sa situation de remboursement par la Caisse, si le patient est toujours en ALD, à la CMU, au régime local ou général. *« C'est vraiment moins chronophages et moins orophages ! ».* *« Si la télétransmission était plus conviviale que ce qui nous est proposé actuellement, elle pourrait vraiment améliorer notre travail, mais il semblerait que l'amélioration du travail des médecins généralistes ne soit pas la première préoccupation de la sécurité sociale... Bien au contraire ! »*

Pour les patients qui ne bénéficient pas du tiers payant, ils sont remboursés avec un délai beaucoup plus long lorsque la feuille de soins est de type papier. *« Une fois, une patiente est venu consulter pour un renouvellement de contraception orale. Elle affirmait n'avoir aucun problème de santé. Lors du passage de la carte Vitale, un message m'a demandé si les soins étaient en rapport avec l'ALD. Après discussion avec la patiente, j'ai appris qu'elle était VIH séropositive ».* Ce qui a été bénéfique pour sa prise en charge.

Si les médecins spécialistes télétransmettent moins que les médecins généralistes, c'est probablement parce que, pour eux, faire un travail supplémentaire nécessitant un matériel onéreux *« pour des clopinettes »*, leur paraît intolérable.

Un phénomène étonnant : *« Plus on a été longtemps sans télétransmettre, moins on a envie de télétransmettre. Des fois que ça serait bien, on regretterait de ne pas l'avoir fait plus tôt. »*

« Ça m'insupporte de faire le travail de la sécurité sociale gratuitement quand eux ne font rien pour nous faciliter la vie »

c) L'INTERVIEW DE DR C

« Le cabinet est informatisé depuis 1989. Et en 1994, en même temps que les dossiers des patients ont été informatisés, la télétransmission a été mise en place. »

C'était un choix. « La télétransmission est un service rendu aux médecins pour le tiers-payant et aux patients pour tous les paiements. »

Il utilise un lecteur de carte Vitale fixe. Initialement ils utilisaient le logiciel Medistory puis ils ont opté pour Hypermed. Ils ont dû également changer leur logiciel de télétransmission pour être compatible. Mais, « l'adaptation au nouveau logiciel n'a jamais posé problème. »

Il télétransmet moins de 66 % de ses feuilles de soins. Un grand nombre de leur patient n'a pas de carte Vitale. « Je fais entre 15 et 30% de visites et je ne peux télétransmettre les visites, parce que le logiciel Hypermed ne le permet pas, sinon je me serais équipé ». Il est probable que dans un avenir proche, le cabinet abandonne Hypermed pour à nouveau utiliser Medistory « je ne vois pas l'intérêt de passer à plusieurs postes de télétransmission tant que je ne peux pas télétransmettre mes visites. Surtout que mettre en place un système de télétransmission en réseau n'est pas simple » La saisie des FSE ne leur prend pas plus de temps que d'imprimer une feuille de soins papier actuellement. Mais, « le moindre bogue dans le système est extrêmement pénalisant. Plus c'est compliqué et plus il y a de risque de bogue. Chez nous le système est simple ». La télétransmission est réalisée au secrétariat. « Si un seul poste, ça fonctionne bien, alors on y touche avec hésitation. »

« La télétransmission améliore les conditions de travail dans la mesure où le système de paiement en tiers payant ce fait de manière extrêmement automatique. » Mais, en effectuant le paiement par tiers payant, sauf en prenant le temps de vérifier, on ne connaît pas le niveau d'acquittement pas la sécurité sociale. Quand on encaisse des chèques ou des billets on a une vision directe sur l'état de paiement. Si on n'emploie pas de secrétaire, surveiller où en sont ses remboursements « ça prend du temps, c'est compliqué, et on a autre chose à faire ».

« Avant la mise en place de franchises, lorsque je vérifiais un peu, ça marchait bien mais, avec le MTR (Médecin Traitant Remplacé) et tout ça, je dois me faire gruger régulièrement. Et le patient aussi par la même occasion ! »

Pour le patient, la télétransmission est un réel avantage. « Lorsque je n'ai pas besoin d'avancer l'argent, j'ai toujours trouvé ça plutôt bien ». Un médecin qui ne télétransmet pas ne facilite vraiment pas la vie de son patient. « Après on peut discuter sur les avantages que nous avons en retour pour rendre ce service ».

Il y a encore beaucoup de travail pour améliorer le système de télétransmission. « *Le cahier des charges de la télétransmission est d'une lourdeur infinie, je clique au moins une dizaine de fois pour réaliser une seule feuille de soins. Si il y avait une bonne coopération entre les services de la CNAM et les fournisseurs de logiciels, dans la très grande majorité des cas, je devrais faire un seul clic pour réaliser une feuille de soins électronique* ». Environ 90 % des patients vus par un médecin généraliste sont des patients habituels. Garder en mémoire le format de feuilles de soins électroniques utilisé habituellement pour chaque patient serait très pratique et ne paraît pas si difficile à réaliser. Cette mémoire pourrait ainsi proposer une feuille de soins pour le patient en cours de consultation et il n'y aurait plus que à valider donc, « *un seul clic !* ».

Par exemple, dans leur cabinet de groupe, lorsque le patient a choisi comme médecin traitant un autre médecin de l'association, « *l'assurance maladie ne respecte pas la loi, on devrait pouvoir prendre plusieurs médecins traitants dans le même cabinet !* », il est nécessaire de « *cliquer* » MTR pour que ce patient soit correctement remboursé ou bien pour que le paiement par tiers payant soit correctement effectué. « *c'est quand même pas un monde informatique que de programmer un logiciel pour dire que lorsque le patient à choisi comme médecin traitant le docteur X associé du cabinet A, pour le docteur Y travaillant également dans le même cabinet A, le codage doit se faire avec MTR* ». À l'inverse quand le patient n'a aucun médecin traitant dans le cabinet, il serait pratique que le logiciel demande « *cet acte est-il fait en coordination avec le médecin traitant ?* » Un clic supplémentaire certes, pour répondre à la question, mais, totalement justifié cette fois. Avec des améliorations, les médecins accepteraient davantage de télétransmettre.

Lorsque les cartes Vitale ne sont pas à jour, la feuille de soins électronique peut quand même être créée, mais avec quelques précautions supplémentaires. Si le patient se dit affilié à la CMU, mais que sa carte Vitale ne le mentionne pas puisque non à jour, il doit alors amener sa feuille d'attestation CMU. Ainsi, on « *force* » le paiement en CMU. Si le patient n'a pas son attestation, il est possible de forcer la télétransmission en CMU, mais si toutefois le patient n'y a plus droit, « *j'y suis de ma poche* ». « *Bien souvent la carte n'est pas un jour mais le patient est à jour* ».

« *Parfois c'est la faute de la caisse qui met du temps à la mise à jour parfois c'est la faute du patient qui met du temps à se mettre à jour* ». On parle de difficultés d'accès aux soins à cause des tarifs des médecins mais, la première cause de difficultés d'accès aux soins : c'est les pratiques de la caisse. Un patient qui demande en début de mois une affiliation à la CMU à laquelle il a vraiment droit, il ne pourra de toute manière en bénéficier, quoi qu'il fasse, que le mois suivant la demande. « *Même en cas d'urgence, rien ne peut être mis en place dans un*

délai plus court ». Ça fait perdre du temps au médecin mais aussi une perte de revenus : la gratuité de certains actes.

« *À force de taper sur les médecins ils se mettent en résistance* ». C'est très probablement pour cela que le pourcentage de médecin télétransmettant diminue ces derniers mois. « *C'est lié à l'ambiance* ». Quand « *on met le couteau sous la gorge* », ça fonctionne bien mais même le couteau sous la gorge, on peut les contrarier! « *Je suis exactement dans cette situation, je ne perçois pas de paiement à la performance sur l'organisation du cabinet du fait que mon pourcentage trop faible de télétransmissions, alors je les contrarie !* »

ANNEXE C – LES MOTIFS DE RÉALISATION D'UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER DES 94 MÉDECINS AYANT COCHÉS LA CASE « AUTRES » À LA QUESTION N°8.

10 réponses « autres » rejoignaient finalement les propositions et ont été inclus dans les résultats.

- Patient en attente de carte : 2
- Problème de mise-à-jour logiciel :1
- Oubli de la carte par le patient : 2
- Patient avec AME (Aide médicale d'Etat) :4
- Feuille de soins électronique refusée :1

Les autres réponses ont été analysées et inclus dans l'analyse comme de nouveaux motifs de non-télétransmission.

- Patient non assuré Sécurité sociale : 14 (dont fonctionnaire européen : 2)
- Visite de nuit avec codage compliqué pour FSE/FCV2/L'acte à coter n'était pas dans la liste du logiciel du TPE/Actes hors CCAM/cotation nouvelle MSH pas encore dans l'ordinateur/ le logiciel ne prend pas les codes d'échographie/ la coaptation précise n'était pas paramètre/ nouveau tarif non pris en compte sur mon logiciel (...) : 13
- Accident de travail (fonctionnaire)/ Accident de travail >pas facilement compatible avec FSE (délais de déclaration, ouverture du dossier AT)/la caisse militaire ne permet pas de FSE en AT/ caisse (MSA) ne permettant pas le passage de la carte vitale pour les AT (...) :12
- Oubli de la carte CPS /Cabinet secondaire/Travail multisite /En garde (Le secrétariat des urgences ne peut gérer simultanément les FSE de tous les médecins qui y interviennent simultanément) (...) : 10
- Absence de la carte Vitale de l'enfant examiné (Consultation avec les grand-parents) : 5
- Secrétaire absente : 5
- Oubli du lecteur de carte Vitale au cabinet pendant la visite : 4
- Patient sous tutelle UDAAF. Feuille de soins papier envoyée a tutelle/curatelle ASFA (...) : 4

- Carte Vitale non trouvé en EHPAD/Carte du patient en institution restée à la pharmacie : 2

- Le patient vient de changer de Caisse. La mise à jour ne peut pas encore être faite : 2

- La patiente bénéficie de la CMU. Elle n'a pas de carte vitale et n'a pas envie d'en refaire la demande à la sécurité sociale! : 2

- Feuille de soins papier réclamée par la CPAM pour une cure thermale hors parcours de soins : 1

- Système informatique détruit par un orage : 1

- Panne d'électricité : 1

- Patient absent (anatomopathologiste) : 1

- Infirmière salariée du cabinet. Elle ne peut pas télétransmettre car ne dispose pas de carte CPS. Je ne peux pas utiliser ma carte pour des soins infirmiers ce qui me pénalise dans la comptabilisation du pourcentage de feuilles de soins électroniques à l'année : 1

- Le patient ne m'a pas payée : j'attends le paiement avant d'envoyer la feuille de soins : 1

- Je m'occupe d'enfants en IME dont les parents conservent les Carte Vitale, donc à chaque visite d'enfant, je suis obligée de réaliser une feuille de soins papier : 1

- Crainte d'un refus de la feuille de soins Électroniques par la Sécurité sociale en raison d'un problème de cotation (spécialité 34) : 1

- En attente CPS (Suite à un changement d'adresse, le conseil de l'ordre exige trop de justificatifs qui nécessitent des mois pour être réunis) : 1

- Patient radié de la sécurité sociale par erreur : 1

- Fautes d'orthographe enregistrées dans l'identité du patient sur la carte vitale que je refuse d'entrer dans le dossier du patient (1% des cartes Vitales). 1

ANNEXE D – TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉPONSES À LA QUESTION N°8

MOTIFS de non-télétransmission	Répartitions des réponses	Les motifs « AUTRE »
Autre.	94	
Le patient n'avait pas de carte Vitale. Il attend que la sécurité sociale la lui délivre.	937	2
Le patient a une carte Vitale mais ne l'avait pas apporté lors de cette consultation.	893	2
Je n'ai pas de lecteur SESAM-Vitale portable et j'étais en visite.	141	
Le patient ne pouvait bénéficier d'une carte Vitale ou ne figurait pas sur la carte Vitale familiale (Carte AME, Nouveau-ne...)	96	4
La carte du patient ne fonctionnait pas.	92	
La carte du patient n'était pas à jour.	54	
J'avais télétransmis une FSE mais, il y a eu une erreur de remboursement		
Et c'était plus facile de refaire une feuille de soins papier.	21	1
Le système informatique de cabinet était planté.	21	
Mon lecteur SESAM-Vitale ne fonctionnait pas.	18	
J'ai dû effectuer une mise à jour logiciel et je ne pouvais pas réaliser de FSE durant quelques temps.	16	1
Le logiciel de télétransmission ne fonctionnait pas.	13	
J'ai télétransmis en mode dégradé mais, la sécurité sociale m'a retourné l'exemplaire papier.	9	
J'ai donc rempli une feuille de soins papier à la place.	7	
Le matériel de télétransmission n'était pas disponible.	7	
J'ai préféré réaliser une feuille de soins papier.	7	
J'ai manqué de temps pour réaliser une FSE.	5	
Mon accès internet ne fonctionnait pas.	1	
Le patient n'était pas assuré en France.		14
Le codage était absent de mon logiciel ou		
La procédure était trop compliquée.		13
L'accident de travail ne pouvait pas être télétransmis.		12
Je pratique mon activité en multisite et je n'ai pas pu télétransmettre faute de carte CPS ou de matériel		10
Le patient n'était pas présent dans tous les lieux d'exercice.		
L'enfant examiné en urgence n'était pas accompagné de ses parents.		5
Ma secrétaire était absente.		5
J'ai oublié mon lecteur portable au cabinet.		4
Le patient était sous curatelle ou tutelle et la procédure impose une FSP.		4
Le patient n'avait pas réalisé de dossier de demande de carte Vitale.		2
Le dossier du patient est en cours de transfert d'un centre CPAM à un autre.		2
La carte du patient était introuvable en EHPAD.		2
Autres motifs		11
NOMBRE DE RÉPONSES EXPLOITÉES	2425	
Non réponse	208	
Plusieurs réponses	325	
Je ne sais pas.	6	
TOTAL EXCLUSION	539	
TOTAUX	2964	94

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 - Plate-Forme SYNERGIE. Processus de numérisation des pièces[0].....	40
Illustration 2 - « Comment bien remplir sa feuille de soins ? » publié par la CPAM de Haute-Seine. www.CPAM92.fr	43
Illustration 3 - Traitement des prestations en nature.....	45
Illustration 4 - Le système SESAM-Vitale.....	56
Illustration 5 - La carte Vitale 1.....	60
Illustration 6 - La carte Vitale 2.....	61
Illustration 7 - Mission opérationnelle du GIE SESAM-Vitale	63
Illustration 8 - La Carte de Professionnel de Santé ou CPS.....	66
Illustration 9 - Le TWIN31: nouveau lecteur Sesam Vitale fixe bifente d'INGENICO (150 Euros HT)	71
Illustration 10 - Lecteur portable TLA complet : VITAL ACT 3S – XIRING (500 euros HT).....	72
Illustration 11 - La communication des bornes de mise à jour avec le GIE SESAM-Vitale via les services en ligne.....	73
Illustration 12 - Le visuel de la carte DUO-FFSA délivré par SP Santé.....	75
Illustration 13 - Le XIRING/PRIUM-3S (155 euros HT), Fournisseur : INGENICO HEALTHCARE.....	76
Illustration 14 - Le lecteur EFT 930-PEM TLA multiscartes (500 Euros HT).....	77
Illustration 15 - Logo d'homologation SESAM-Vitale.....	77
Illustration 16 - Exemple de lecteur PC/SC.....	78
Illustration 17 - Le transit des flux électroniques vers les frontaux de facturation.....	81
Illustration 18 - Schéma des flux SESAM-Vitale. [Cahier des Charges SESAM-Vitale. Version 1.40-Addendum 6 avec	83
Illustration 19 - Les acteurs du système opérationnel SESAM-Vitale.....	99
Illustration 20 - Panorama des principaux industriels impliqués dans le système SESAM-Vitale en 2012.....	101
Illustration 21 - Le RAC permettra un accès sécurisé aux carte Vitale et carte CPS.....	107
Illustration 22 - Architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé.....	111
Illustration 23 - Caractéristiques organisationnelles des systèmes d'information étrangers.....	116
Illustration 24 - Les acteurs du marché de la carte à puce.....	121
Illustration 25 - Les étapes de fabrication de la carte Vitale identiques à celle d'une carte à puce.....	124
Illustration 26 - Les différents éléments de l'IEC coordonnés par le GIE SESAM-Vitale et les liens avec ses partenaires.....	126
Illustration 27 - Une chaîne de fabrication complexe.....	128
Illustration 28 - Affiche de salle d'attente proposée par le CSMF.....	148
Illustration 29 - Evolution du pourcentage de médecins généralistes en télétransmission de 2009 à octobre 2013.....	152
Illustration 30 - Evolution du pourcentage de médecins spécialistes en télétransmission de 2009 à octobre 2013.....	153
Illustration 31 - Evolution du pourcentage des centres de santé en télétransmission de 2009 à octobre 2013.....	154
Illustration 32 - Evolution du pourcentage de l'ensemble professionnels de santé en télétransmission de 2009 à 2013.....	155
Illustration 33 - Première page du questionnaire de thèse diffusée.....	163
Illustration 34 - Deuxième page du questionnaire de thèse diffusée.....	164
Illustration 35 - Troisième page du questionnaire de thèse diffusée.....	165
Illustration 36 - Pyramide des âges des participants à l'étude.....	169
Illustration 37 - Proportion (en %) de médecins travaillant en cabinet de groupe ou en cabinet individuel parmi les participants à l'étude.....	170
Illustration 38 - Répartition des médecins exerçant en cabinet de <i>groupe</i> en fonction de leur réponse à la question : présence ou non d'un secrétariat dans leur cabinet.....	170
Illustration 39 - Répartitions des médecins exerçant en cabinet <i>individuel</i> en fonction de leur réponse a la question : présence ou non d'un secrétariat dans leur cabinet.....	171
Illustration 40 - Parts des secrétariats parmi les cabinets de groupe et individuels.....	171
Illustration 41 - Répartition des avis sur la télétransmission de l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire... ..	172

Illustration 42 - Opinion sur la télétransmission des médecins en fonction de leur activité en cabinet de groupe ou en cabinet individuel.....	173
Illustration 43 - La pratique du tiers-payant au cabinet de l'ensemble des médecins ayant participé à l'étude.....	173
Illustration 44 - Habitudes de télétransmissions du cabinet de l'ensemble des médecins ayant répondu à la question.....	174
Illustration 45 - Habitudes de télétransmission (en %) des médecins bénéficiant d'un secrétariat en fonction de la participation de la secrétaire à la création des feuilles de soins électroniques.....	175
Illustration 46 - Habitudes de télétransmission des médecins en fonction de leur activité en cabinet de groupe ou en cabinet individuel.....	176
Illustration 47 - Répartition des motifs de réalisation de la dernière feuille de soins papier parmi la population des médecins ayant répondu à notre formulaire.....	180
Illustration 48 - Répartition (en%) des avis dans l'échantillon des médecins « non-convaincus ».....	182
Illustration 49 - Pyramide des âges des médecins participants à l'étude, comparée à celles des « non-convaincus » et des « non-télétransmetteurs ».....	183
Illustration 50 - Répartition de l'échantillon des « non convaincus » (en %) en fonction de leur activité en cabinet individuel ou cabinet de groupe.....	184
Illustration 51 - Répartition de l'échantillon des « non-télétransmetteurs » (en %) en fonction de leur activité en cabinet individuel ou cabinet de groupe.....	184
Illustration 52 - Pourcentage de cabinet avec secrétariat dans les échantillons comparés à la population générale.....	185
Illustration 53 - Pourcentage de participation des secrétaires à la création de la feuille de soins électronique parmi les médecins « non-convaincus » comparé à celui de la population des participants.....	185
Illustration 54 - Pratique du tiers payant chez les médecins participant à l'étude comparée à l'échantillon des « non-convaincus » et des « non-télétransmetteurs ».....	186
Illustration 55 - Habitudes de télétransmission dans l'échantillon des « non-convaincus » par la télétransmission comparée à la population entière.....	187
Illustration 56 - Avis sur la télétransmission des médecins ne télétransmettant pas comparée à la population des participants à l'enquête.....	188
Illustration 57 - Lettre de refus des feuilles de soins papier twitter le 28-02-2014.....	198
Illustration 58 - Rôle de la CNEDiMTS dans le processus d'évaluation d'une technologie de santé et d'un acte professionnel.....	204
Illustration 59 - feuille de soins électronique rejeté et recyclé pour « non respect du parcours de soin » envoyé par courrier au médecin à l'origine de la feuille de soins électronique.....	208
Illustration 60 - Interface de connexion du professionnel de santé grâce à sa CPS à l'Espace Pro de la CPAM.....	211
Illustration 61 - Il est possible de consulter les droits de tous les patients quelque-soit son régime d'assurance maladie.....	212
Illustration 62 - Interface de consultation des droits du patient.....	212
Illustration 63 - Consultation des Droits du patient et du nom de son médecin traitant.....	213
Illustration 64 - Un taux de rejet supérieur pour les CMU-C variable selon la spécialité du professionnel de santé.....	219
Illustration 65 - Le Paiement sans contact mobile.....	226
Illustration 66 - La reconnaissance faciale.....	227
Illustration 67 - Pyramide des âges des médecins participant à l'étude comparé aux médecins en activité régulière France entière en janvier 2013.....	232
Illustration 68 - Evolution des effectifs des médecin en cumul retraite/activité libérale de 2004 à 2013.....	234

RÉSUMÉ :

Depuis plusieurs mois, le nombre de médecins libéraux utilisant SESAM-Vitale pour échanger avec la CPAM stagne et cela malgré un système de sanctions et d'incitations des autorités. Pour quelles raisons, une feuille de soins papier est-elle encore réalisée en 2013 ?

Un questionnaire élaboré après une première enquête auprès de médecins alsaciens, a recueilli le motif de réalisation de la dernière feuille de soins papier parmi 2964 médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers français.

Les résultats prouvent l'adhésion des médecins à la télétransmission en très grande majorité (97,4 % télétransmettent des feuilles de soins électroniques). Les deux raisons principales du retour à la feuille de soins papier est l'absence de carte attribuée à l'assuré (42%) et l'oubli de la carte par le patient lors de la consultation (38,3%). L'échantillon des médecins « non-télétransmetteurs » est plus âgé et exerce davantage en cabinet individuel que dans la population générale. Par contre, il bénéficie autant, si ce n'est plus, des services d'un secrétariat.

En 2013, l'informatisation n'a plus sa responsabilité dans la non-télétransmission. Pour diminuer en forte proportion le nombre de feuille de soins papier, il conviendrait de s'affranchir de la carte Vitale trop coûteuse en temps d'élaboration et trop contraignante pour le patient. L'allègement des coûts matériel ou une aide de qualité pour s'équiper permettrait également au cabinet de faible activité (les retraités actifs et consultations privés des médecins hospitaliers notamment) de télétransmettre et réduirait la non-télétransmission des feuilles de soins électroniques lors des visites à domicile faute de lecteurs mobiles trop coûteux vis-à-vis du nombre de visites de plus en plus restreintes.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS CLEFS : TÉLÉTRANSMISSION, SESAM-VITALE, CARTE VITALE, CPAM, ASSURANCE MALADIE, FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES.

PRÉSIDENT : PR FRANÇOISE STOLL-KELLER.

ASSESEURS : DR CLAUDE BRONNER, PR JACQUES CINQUALBRE,
PR MICHEL VELTEN, PR CHRISTIAN BONAHA.

ADRESSE DE L'AUTEUR : 14 RUE DES REMPARTS 67210 NIEDERNAI
annemarie.troptard@gmail.com