

CHAPITRE PRELIMINAIRE

LES SUITES DONNEES A CERTAINES OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS PRECEDENTES DE LA COUR

Section I – La gestion du risque dans la branche maladie du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La définition et l'impulsion de la politique de gestion du risque

La Cour considère que le système des contrats pluriannuels de gestion, pour le volet gestion du risque, est compliqué et difficile à piloter, du fait que les CPAM conservent des programmes spécifiques et que la caisse nationale s'est réservée la négociation avec chacune d'entre elles.

Chaque contrat est signé de manière bilatérale par le président et le directeur de la CPAM et par le président et le directeur de la CNAMTS, le contrat pluriannuel de gestion est donc élaboré et négocié avec chacune des caisses. Ceci permet d'une part de fixer des grandes orientations identiques à toutes sur un socle commun (production, qualité de service et régulation) et d'autre part de tenir compte des spécificités locales pour fixer des objectifs réalistes à chacune.

Les niveaux d'engagements de chaque organisme sur les programmes nationaux et régionaux de gestion du risque sont discutés au sein du comité technique de l'URCAM. Les programmes locaux spécifiques doivent faire partie intégrante des engagements contractuels de la CPAM car ils sont une composante à part entière de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie. En effet, des spécificités locales continuent d'exister tant en matière de respect des référentiels réglementaires ou médicaux par les professionnels, qu'en matière d'accès aux soins ou à l'information médicale. L'avis du directeur de l'URCAM sur les engagements de la CPAM facilitera grandement la négociation entre chaque CPAM et la CNAMTS.

La diffusion d'outils et de méthodes et l'assistance aux caisses

Dès le début des années 1990, la CNAMTS a cherché à promouvoir des actions réalisées avec succès par les caisses et services médicaux. Elle a pour cela diffusé une série de brochures spécialisées sur la gestion du risque - "Geriscoop"- qui dans une page dite "carré d'as" développaient 4 actions menées par des caisses et services médicaux ayant permis d'obtenir de bons résultats.

Les articles résumaient l'action en quelques lignes et fournissaient les coordonnées des auteurs qui s'engageaient à fournir tous les éléments de méthodologie nécessaires à la réalisation de l'action.

En 1994, un premier recueil des actions performantes a été réalisé par un groupe de travail national placé sous la responsabilité d'un directeur de CPAM. Ce travail s'est trouvé complété en 1995 et 1996 par un "répertoire d'actions concertées de gestion du risque" proposant des fiches de description normalisée dans lesquelles étaient précisés les états des lieux avant action (nombre et type d'anomalies rencontrées), les résultats obtenus (indus récupérés, observation des comportements après action, contentieux engagés et leurs suites connues ...) et les coûts générés par le projet.

En parallèle, un guide méthodologique sur la mesure d'impact des actions de gestion du risque était réalisé en collaboration entre les services administratifs (gestion du risque et statistique) et services médicaux, pour aider les organismes à évaluer les résultats de leurs actions.

En outre, la CNAMTS met à la disposition des caisses ainsi qu'à celle des échelons du service médical, des protocoles standardisés nationaux (PSN), permettant aux services médicaux de mener des actions de gestion du risque, conjointement avec les caisses.

Parmi les PSN les plus fréquemment utilisés depuis 1996, on peut citer celui relatif au suivi des référentiels médicaux opposables pharmaceutiques, qui s'appuie sur les données du codage de la pharmacie, ou encore celui portant sur le respect par le chirurgien des règles de cotation des actes en K ou KC.

En complément des forums d'échanges existant sur l'outil Intranet du régime général, les URCAM et la CNAMTS prévoient de développer une bibliothèque des programmes et des méthodologies qui permettrait un meilleur partage de méthodologies et d'expériences. Ce type d'outil est opérationnel pour les études menées par le service médical depuis peu et est accessible par MédiAm (service Intranet de la branche).

En matière statistique, l'effort fait pour diffuser des outils et des méthodes aux caisses et loin d'être négligeable.

Parmi les actions effectuées par le département d'assistance et de coopération avec le réseau des statisticiens, on peut citer :

- l'élaboration et la diffusion d'un modèle de suivi de la conjoncture et de prévisions ;
- la mise à disposition du logiciel statistique SAS et de son support technique aux statisticiens du réseau ;
- la diffusion d'un modèle d'analyse des données ;
- un journal de liaison entre les statisticiens du réseau ;
- des formations intra-entreprise : Séries chronologiques, analyse des données, sondages ;
- des actions menées dans le cadre du projet de branche : audit, mise en place d'un groupe régional pilote.

L'organisation

La Cour semble considérer que, en matière de gestion du risque, le cloisonnement et l'émiettement des moyens sont source de complexité. La CNAMTS considère que c'est surtout "l'émiettement" des programmes qui est source d'inefficacité. C'est pourquoi elle a choisi d'organiser les travaux de gestion du risque autour d'un socle solide de programmes en nombre limité (PNIR, PRAM), tout en laissant les moyens humains dans les caisses et échelons. L'action ainsi organisée est concentrée et renforcée sur les principaux enjeux et, à la fois, proche du terrain ce qui améliore son opérationnalité.

Par ailleurs, la Cour semble déplorer que le partage d'attribution entre les URCAM et les CRAM n'ait pas été revu. La CNAMTS considère que le rôle prépondérant de la CRAM en matière de politique hospitalière ne peut être remis en question pour des raisons d'efficacité : les CRAM ont, en matière hospitalière, une compétence et un leadership reconnus et appréciés. A cet égard, on ne peut escamoter le fait que l'autorité réglementaire a conforté cette vision en confiant au directeur de la CRAM la fonction de vice-président de la commission exécutive de l'ARH.

La CNAMTS ne privilégie pas l'idée d'un échelon régional unique chargé de l'ensemble de la gestion du risque. La plus-value qu'elle serait susceptible d'obtenir d'une telle réforme "centralisatrice" est aléatoire eu égard la diversité et les spécificités des métiers exercés par ses agents respectivement sur le champ de la médecine de ville et de l'hôpital. La lourdeur de gestion d'une telle organisation serait un frein à la créativité et au développement du professionnalisme indispensable. Cela déboucherait inéluctablement vers une sélection trop réductrice des domaines d'intervention. Il semble préférable de potentialiser les capacités d'expertise de chacun tout en assurant une coordination régionale d'ensemble.

Le dispositif de contrôle et ses résultats

La Cour considère que les résultats globaux des contrôles sont limités et rappelle les dispositions du projet de COG, prévoyant que " *les programmes d'action font l'objet d'une évaluation externe, dont les résultats sont communiqués à l'Etat* ", ce qui, juge la Cour " *devrait à l'avenir inciter à une meilleure efficacité et permettre*

une meilleure connaissance des résultats, qui demeurent pour l'instant mal connus et faibles. ”

La CNAMTS estime que les résultats des actions sont essentiellement tributaires, d'une part, de la définition de référentiels et de l'efficacité du système des sanctions, qui dépendent de l'Etat, et, d'autre part, de l'élaboration de méthodologies et de la sélection des actions, qui relèvent de la CNAMTS et que celle-ci a fait figurer au nombre des priorités du projet de branche.

Par ailleurs, la CNAMTS souligne que les programmes nationaux de santé publique qu'elle mène font toujours l'objet de deux évaluations de nature différente.

La première de ces évaluations porte sur les résultats du programme en matière d'amélioration des pratiques de soins. Ces résultats se mesurent en deux temps : constat des pratiques avant réalisation du programme ; constat des pratiques après intervention. Cette évaluation permet d'apprécier l'efficacité du programme de santé publique.

La seconde évaluation porte sur l'adhésion des professionnels à la démarche de l'assurance maladie, ce qui permet d'estimer les chances d'une appropriation plus forte des nouvelles pratiques par eux.

Le contentieux

La nécessité de revoir le système des sanctions à l'encontre des professionnels de santé n'est pas un dossier nouveau pour la CNAMTS. Sous réserve d'un changement radical d'approche préconisé par la Cour et qui rejoint les propositions de la CNAMTS (*cf. réponse de la CNAMTS au chapitre VIII*), la CNAMTS a adressé au Ministère, en 1998 et 1999, des propositions de réforme législatives et réglementaires visant à améliorer l'efficacité de ses contrôles. Des propositions ont été également formulées en ce sens dans le cadre du plan stratégique.

Ces propositions ont pour objectif :

en premier lieu, d'élargir les pouvoirs de sanction de l'assurance maladie et d'en simplifier les procédures :

- récupération financière auprès du professionnel de santé de ses prescriptions abusives quelle que soit la nature de la prescription.
- pouvoir pour les caisses de délivrer un titre exécutoire leur permettant d'assurer rapidement le recouvrement de l'ensemble des sommes dues à titre d'indus ou de sanctions financières.
- pouvoir de suspendre ou de supprimer le conventionnement pour des fautes extérieures à la convention.
- publicité obligatoire des sanctions prononcées notamment par la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre afin d'informer les assurés sociaux.

en second lieu, d'harmoniser et de simplifier ce qui précède et suit la notification de la sanction

- *ce qui précède :*

. création d'un " article socle " qui proposerait une procédure commune à tous les professionnels de santé et à tous les griefs pour le contentieux conventionnel (les conventions renverraient à ce socle commun pour les aspects de procédure).

. développement de procédures de pré-sanction.

- *ce qui suit :*

. unification des voies de recours en cas de contentieux en les confiant aux tribunaux des affaires de sécurité sociale.



Section II : La distribution du médicament

Dans son rapport de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a fait le point sur les conditions de distribution du médicament et formulé un certain nombre de recommandations :

- mettre en place les outils statistiques permettant d'obtenir, dans des délais raisonnables, une information précise sur la situation des différents intervenants, notamment des officines ;
- engager une réflexion afin de définir les moyens à mettre en œuvre pour réduire le coût global de distribution du médicament, notamment en examinant les adaptations structurelles de nature à y contribuer, la possibilité de réduire le champ de la réglementation en matière de marges et de remises, afin de laisser une part plus grande à la négociation commerciale ;
- dresser un bilan régulier du dispositif mis en place en 1999, afin de pouvoir prévenir toute évolution éventuellement défavorable pour l'assurance maladie du coût global de distribution du médicament.

Un an après ces recommandations, la situation de la distribution du médicament appelle les constatations qui suivent.

I – Les grossistes-répartiteurs

Après la mesure qui avait, au printemps 1999, fait évoluer la marge des grossistes d'un système proportionnel au taux unique de 10,74 % vers un système dégressif comportant deux taux (le taux initial de 10,74 % jusqu'à un prix de 150 F, un taux de 6 % à partir de ce prix), mesure que la Cour avait prise en compte dans ses observations, ce secteur d'activité n'a pas connu de nouvelles modifications réglementaires majeures. Cette réforme a induit une baisse de cette marge d'environ 100 MF pour les quatre derniers mois de 1999. Elle devrait entraîner, selon le ministère de l'emploi et de la solidarité, pour la première année d'application, une baisse de l'ordre de 265 MF (soit 200 MF en année pleine du fait du changement de barème et 65 MF du fait de l'introduction de la dégressivité de la marge)^[7].

En ce qui concerne les remises, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a effectué une enquête afin de vérifier le respect du plafonnement à 2,5 % prévu par la réglementation. D'une manière générale, il apparaît que

- pour les médicaments autres que les génériques, le taux plafond est plutôt respecté, mais certains avantages commerciaux sont accordés par ailleurs aux officines (coopération commerciale, distribution gratuite de produits) ;
- pour les médicaments génériques, la réglementation ne semble pas toujours respectée, certains fournisseurs d'officines (grossistes-répartiteurs, laboratoires pharmaceutiques) appliquant des remises très supérieures au plafond spécifique fixé par la réglementation (10,74 %), ce qui accroît d'autant la marge des pharmaciens, les prix publiés restant inchangés.

Bien que le dispositif d'encadrement de cette activité soit très complet (la marge, les remises, la contribution à l'assurance maladie sont réglementées), il n'empêche pas certains professionnels de prendre des initiatives

commerciales, parfois contraires à la réglementation, qui en atténuent la portée. Il faut noter que ces initiatives interviennent plutôt dans le domaine des médicaments génériques, ce qui place les pouvoirs publics devant l'alternative ou bien de faire respecter la réglementation des remises, au risque de freiner le développement de ces produits, ou bien de favoriser les génériques en acceptant de ne pas faire respecter une réglementation des remises, qui deviendrait alors inutile.

Dans un contexte marqué par l'arrivée sur le marché de nouveaux intervenants (groupements de pharmaciens, par exemple) et par le développement éventuel des ventes par l'intermédiaire des nouveaux moyens de communication (Internet), les résultats obtenus révèlent les limites des instruments utilisés pour maîtriser, au stade de la répartition pharmaceutique, l'évolution des dépenses de pharmacie, et confirment la nécessité, précédemment évoquée par la Cour, d'une réflexion dans le sens d'un recours plus grand aux mécanismes du marché, notamment pour les génériques.

II – Les pharmaciens d'officine

A – Le nombre d'étudiants

La Cour constate que le *numerus clausus* demeure fixé à 2 250 étudiants. A l'appui du *statu quo*, le ministère de l'emploi et de la solidarité fait valoir que la demande formulée par les professionnels d'augmenter ce *numerus clausus* ne paraît pas fondée, notamment parce qu'il ne constate pas une insuffisance de pharmaciens assistants dans les officines.

B – La création, le transfert et le regroupement des officines

Les règles de création, de transfert et de regroupement des officines ont été modifiées par la loi du 27 juillet 1999, texte qui vise, notamment, à favoriser le regroupement des officines à l'intérieur d'une même commune.

La Cour constate que le nouveau dispositif est entré en vigueur, dans les communes de 2 500 habitants et plus, avec la publication au Journal officiel du 23 mars 2000 du décret du 21 mars 2000. Dans les autres communes, l'entrée en vigueur de la nouvelle législation interviendra avec la publication, dans chaque département, d'arrêtés préfectoraux déterminant la zone de desserte de chacune des officines installées dans une commune de moins de 2 500 habitants. Cette publication devrait intervenir dans un délai maximum de huit mois, soit avant le 24 novembre 2000.

La Cour prend acte de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif mais relève qu'un certain temps sera nécessaire afin de vérifier si, tout en respectant l'objectif de commodité d'accès de tous au médicament, il répond à la situation et offre de réelles possibilités de restructuration de la distribution du médicament, de nature à en réduire le coût global.

C – La marge

Les administrations concernées ont désormais accès à des statistiques leur permettant d'assurer un suivi de la marge des pharmaciens d'officine dans des conditions progressivement plus favorables en termes de fiabilité et de rapidité. La généralisation du codage des médicaments (taux supérieur à 90 % à la fin 1999) devrait, par ailleurs, contribuer à améliorer la connaissance précise de cette marge, du moins pour la part qui provient de la vente de médicaments remboursables (plus de 80 % du chiffre d'affaires des officines).

La marge globale retenue lors des discussions ayant conduit à l'abandon partiel de la dégressivité était de 28,2 MdF. Les estimations pour 1999 conduisent à un montant de l'ordre de 29 MdF, soit un niveau sensiblement supérieur à ce qui était attendu. Il serait dans la logique de l'accord initial que l'assurance maladie n'ait pas à supporter les effets de ce dépassement.

D – Les génériques

L'accord conclu avec les pharmaciens d'officine en février 1999 intègre un objectif de substitution des médicaments génériques aux produits princeps. Cet objectif avait été fixé à 35 % avant la fin 1999, ce qui devait conduire à une baisse du prix moyen des médicaments appartenant aux groupes génériques retenus de

10,5 %.

Pour la période juillet 1999-mars 2000, la baisse de ce prix moyen par rapport au dernier trimestre 1998 –qui est la période de référence figurant dans l'accord- est de 4,3 %. Pour le seul mois de mars 2000, par rapport à cette même référence, la baisse se situe à 6,7 %, ce qui est l'indice d'un développement significatif du marché des génériques.

Mais ces résultats ne traduisent pas seulement une pratique plus fréquente de la substitution ; ils reflètent aussi, de façon mineure certes, la prescription par le médecin de produits moins chers et la baisse du prix de certains médicaments.

La Cour constate donc un certain développement des ventes de médicaments génériques, qui reste aujourd'hui en deçà de l'objectif retenu, objectif déterminé, il est vrai, sans étude préalable approfondie.

Au total, ni sur la marge des officines ni sur le développement des génériques, les objectifs de l'accord d'avril 1999 n'ont été atteints, ce qui devrait conduire, dans la logique même de cet accord, à réexaminer la situation.

SYNTHESE

Dans son rapport de 1999, la Cour avait estimé nécessaire qu'une réflexion d'ensemble soit menée sur la distribution du médicament, notamment, sur les différents points évoqués ci-dessus. Un an plus tard, ses conclusions demeurent, dans une très large mesure, d'actualité.

Cette section n'a pas appelé de réponse

[7] Des estimations émanant de la profession font état d'une baisse plus forte, qui pourrait être au cours des 12 premiers mois d'application, de l'ordre de 350 MF

Sommaire



Section III : La nomenclature des actes des professionnels de santé

Le codage des actes des professionnels de santé admis au remboursement par l'assurance maladie a été rendu obligatoire par la loi du 4 janvier 1993. L'activité des médecins de ville est décrite par la nomenclature générale des actes professionnels des médecins (NGAP). Obsolète et imprécise, elle ne peut servir au codage. Le catalogue des actes médicaux (CDAM) utilisé dans les hôpitaux, notamment pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), bien que plus détaillé, ne couvre qu'une partie trop spécifique de l'activité médicale ; il est inutilisable en pratique de ville. C'est pourquoi, il a été décidé, en 1996, de fondre ces deux instruments en un, la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Dans son rapport au Parlement de septembre 1997 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour constatait que la réforme avait peu progressé et ajoutait : "La généralisation du codage des actes, condition d'un système d'information indispensable aussi bien à la mise en œuvre d'une politique de santé efficace qu'à une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé, nécessite pourtant l'établissement d'un catalogue descriptif fiable et précis. Ce catalogue devra pouvoir être utilisé par tous, quels que soient le secteur d'activité et le mode d'exercice. Il est primordial que l'établissement de cette liste n'enregistre pas de retard et s'opère dans des conditions garantissant sa transparence... Afin d'éviter à l'avenir tout risque de distorsion tarifaire, il conviendrait de distinguer nettement l'étape de hiérarchisation, qui devrait reposer sur une méthode rigoureuse garantissant sa neutralité, de la phase de valorisation monétaire, qui relève de la

négociation entre partenaires conventionnels".

La convention d'objectifs et de gestion (COG) intervenue entre l'Etat et la CNAMTS en avril 1997 pour la période 1997-1999 avait consacré de longs développements à cette réforme en distinguant l'élaboration d'une nomenclature unique, - dont l'établissement devait être co-piloté par l'Etat et l'assurance maladie en faisant appel à des experts aussi indépendants que possible -, et la réforme des procédures d'élaboration et d'actualisation de sa traduction tarifaire. Le premier travail devait comporter quatre phases : établissement d'une nomenclature descriptive commune aux professionnels travaillant en ville, à l'hôpital public et en clinique privée ; évaluation de l'efficacité, de l'utilité et de la sécurité des actes, mission confiée à l'ANAES par l'ordonnance de 1996 ; hiérarchisation des actes, confiée à la CNAMTS avec le concours des sociétés savantes ; valorisation (cotation) confiée aux caisses d'assurance maladie dans le cadre des relations conventionnelles avec les professions de santé.

En application de la COG, la CNAMTS et le pôle d'expertise et de référence nationale pour les nomenclatures de santé (PERNNS)[\[8\]](#) ont entrepris la réalisation de la CCAM en respectant les quatre phases prévues.

La Cour a examiné l'état de ces travaux au printemps 2000, c'est-à-dire quelques mois après l'achèvement de la période couverte par la COG, en examinant pour chaque phase les méthodes utilisées et les délais prévisibles.

Première phase : établissement d'une liste de libellés commune, décrivant l'activité médicale en ville comme dans un établissement public ou privé et baptisée classification commune des actes médicaux (CCAM), constituant un élément d'une nomenclature plus générale, la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS).

En liaison avec les sociétés savantes, l'Etat et la CNAMTS ont adopté des principes de description (présentation par grands appareils[\[9\]](#), précision de chaque libellé[\[10\]](#)), et des conventions d'écritures qui respectent une norme européenne. La CCAM sera un ensemble de libellés et de codes décrivant des actes techniques soit isolés, soit regroupés en procédures usuelles, réalisables dans l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales.

Cette phase, qui a mobilisé plusieurs centaines d'experts, a été réalisée en cinq étapes en prenant comme base le catalogue des actes médicaux utilisé à l'hôpital public, et en y appliquant les principes de description retenus :

- étape 1 : rédaction d'un premier document par un groupe de travail PERNSS/CNAMTS, complété par un consultant hospitalo-universitaire et quelques experts (moitié publics, moitié privés) ;
- étape 2 : relecture et validation du document par la société savante ;
- étape 3 : tests sur sites ;
- étape 4 : vérification de la précision et de la structuration des libellés par un organisme extérieur spécialisé et contrôle de la conformité avec la pré-norme européenne par un groupe inter-universitaire dans le cadre d'un projet de recherche européen ;
- étape 5 : vérification ultime par un groupe technique transversal chargé de vérifier la cohérence globale.

Désormais, la CCAM est au point pour la plus grande partie des actes ; elle ne concerne cependant que les actes techniques et laisse provisoirement de côté les actes cliniques c'est-à-dire les différentes consultations (initiale, de contrôle, de suivi, de diagnostic, de prévention, multidisciplinaire, de surveillance). Ces actes pourraient être insérés sans modification dans la CCAM en attendant une refonte ultérieure.

Deuxième phase : évaluation de l'utilité et de la sécurité des actes. Cette phase est nouvelle. Elle résulte de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui charge l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures pris en charge ou remboursés. Cette procédure n'est pas encore juridiquement entrée en vigueur car elle est subordonnée à la réforme d'ensemble de la procédure de gestion des nomenclatures des actes des professionnels de santé (deuxième point évoqué

dans la COG), laquelle n'est pas encore intervenue. Toutefois, la CCAM reprenant des actes déjà inscrits à la NGAP et supposés validés, l'Etat et la CNAMTS ont saisi l'ANAES d'une liste de 300 actes – sur les 7000 de la CCAM – dont le caractère obsolète ou innovateur demande un avis autorisé de l'ANAES. Dans sa réponse, jointe à ce rapport, l'agence indique qu'elle a rendu fin mai 2000 son avis, relatif à 291 classes d'actes et 423 actes médico-chirurgicaux.

Troisième phase : hiérarchisation. La CNAMTS et le PERNSS ont élaboré une méthodologie de hiérarchisation des actes médicaux, dérivée des travaux du département de santé publique de l'université Harvard à Cambridge[11]. Cette méthodologie se fonde sur une analyse des actes en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien : le travail médical d'une part, les charges professionnelles qui lui incombent en propre, appelées "coût de la pratique" d'autre part.

Le travail médical est évalué par des panels émanant des sociétés savantes en affectant à chaque acte une valeur relative (ou score) exprimée en "point travail" synthétisant des indicateurs de durée, de stress, de compétence technique et d'effort mental. Cette hiérarchisation se fait en deux temps : au sein de chaque discipline, puis entre disciplines de façon à rechercher des équivalences conduisant à une échelle unique du travail médical.

Le coût de la pratique est estimé directement en francs, à partir des diverses sources disponibles. Cette tâche a été confiée au centre de recherche, d'études et de documentation en économie de santé (CREDES) par la CNAMTS.

L'ensemble de la démarche nécessite de connaître la fréquence des actes techniques. Celle-ci est évaluée, pour les actes chirurgicaux, à partir des données du PMSI privé, pour les actes réalisés en ambulatoire, à partir d'une enquête spécifique auprès des praticiens, réalisée par l'échelon national du service médical de la CNAMTS. La hiérarchisation (attribution d'un score à chaque acte) et l'évaluation du coût de la pratique sont en voie d'achèvement et seraient terminées pour toutes les spécialités médicales, chirurgicales et odontologiques fin 2000.

Quatrième phase : valorisation. La hiérarchisation des actes et le calcul du coût de la pratique doivent déboucher sur des valeurs d'honoraires objectives mais néanmoins dépendantes de l'enveloppe financière totale, allouée à la rémunération des actes techniques, prise comme référence initiale de calcul. Il appartiendra aux caisses d'assurance maladie et aux syndicats médicaux de négocier un passage, étalé sur plusieurs années, des honoraires de l'actuelle NGAP aux honoraires cibles de la CCAM.

Cette phase doit débiter en principe début 2001. Compte tenu de sa complexité, elle devrait durer plusieurs mois. Ce n'est donc qu'au début de 2002 que peut être espérée une application de la nouvelle CCAM. Encore ne faut-il pas sous-estimer les difficultés : une incertitude subsiste sur le processus en cas d'absence d'accord entre caisses et syndicats médicaux sur la phase de valorisation.

	Phase			
	Description	Evaluation/ sécurité	Hiérarchisation	Valorisation
I - Médecins	Maintien provisoire en l'état			
1. Actes cliniques				
2. Actes techniques	terminée	fin attendue pour juin 2000	terminée	Travaux techniques achevés fin 2000 Négociation prévue pour 2001
II - Chirurgiens dentistes	terminée	terminée	terminée	
III - Professions prescrites	Procédure qui devrait démarrer en 2001			

En outre, des travaux importants demeurent à mener : la réforme la nomenclature des actes cliniques ; celle de la tarification des cliniques privées, une partie de leur rémunération étant calculée par rapport aux actes de la

nomenclature ; la refonte de la nomenclature des actes des professions prescrites (infirmiers, masseurs,...).

Devant l'étendue des difficultés prévisibles, les ministres ont confié, le 23 février 2000, au professeur Escat, président de la commission permanente de la nomenclature des actes professionnels, une mission d'expertise sur les différents scénarios possibles d'achèvement de la réforme, et de propositions sur la gestion de la CCAM, une fois la réforme appliquée, sujet qui avait fait l'objet du rapport Prieur/Portos en 1997. Le rapport était attendu pour fin juin 2000.

SYNTHESE

Un important travail technique a été entrepris pour établir la classification commune des actes médicaux mais, faute de moyens, il se sera étalé sur plus de quatre années au moins. La Cour souligne l'importance des travaux qui restent à mener tant pour faire déboucher effectivement le codage des actes médicaux que pour lancer et réaliser celui des actes des autres professions de santé. Au rythme actuel, il aura fallu au moins dix ans pour mettre, effectivement, en place une obligation résultant de la loi de 1993. En cas de blocage des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux, d'autres solutions devraient être recherchées pour que ne soit pas encore repoussée une réforme indispensable, en tout cas dans le cadre d'un remboursement à l'acte. Elle rappelle également qu'au codage des actes doit être associé un codage des pathologies, problème en partie plus simple puisqu'il existe une classification internationalement reconnue (la classification internationale des maladies).

Réponse

[8] Groupe d'experts rattaché à la direction des hôpitaux qui, depuis plusieurs années, a la charge de la maintenance des outils classificatoires du programme de médicalisation des systèmes d'information à l'hôpital (PMSI). Le gouvernement a introduit dans le projet de loi de "modernisation sociale" un article 4 créant une "agence technique de l'information sur l'hospitalisation", qui engloberait notamment le PERNNS.

[9] Actes portant sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen...

[10] Par exemple : appendicectomie par laparotomie ou sous cœlioscopie.

[11] Université qui pilote aux Etats-Unis la gestion des nomenclatures utilisées par Medicare et Medicaid.

Sommaire



Section IV : Les "dispositifs médicaux"

La Cour, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale paru en septembre 1998, avait analysé les conditions dans lesquelles s'effectue l'admission au remboursement des "dispositifs médicaux"[12] relevant de la procédure du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)[13]. Elle proposait un ensemble d'améliorations qui avaient pour objectifs :

- de remédier aux insuffisances dans la connaissance et le suivi des dépenses et dans les procédures d'inscription des produits au TIPS ;
- de réduire la complexité des modalités de prise en charge par l'assurance maladie ;
- de se doter d'outils de maîtrise de la dépense.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, principalement dans son article 32, mais également dans son article 33, a, dans le principe, sensiblement modifié le dispositif institutionnel. La réforme prévue adapte aux produits du TIPS le dispositif institutionnel du médicament. Les phases d'évaluation technique et d'évaluation économique, autrefois toutes deux sous la responsabilité de la commission consultative des prestations sanitaires (CCPS), seront, à compter de la mise en œuvre du nouveau dispositif, de la responsabilité de deux organismes distincts afin d'éviter que des considérations liées au coût du remboursement n'interfèrent avec l'évaluation technique. Les phases d'évaluation seront organisées autour de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) chargée du secrétariat d'une commission analogue à la commission de la transparence du médicament ; la phase économique sera confiée au comité économique du médicament, devenu le comité économique des produits de santé.

I - La connaissance et le suivi des dépenses du TIPS

Tous risques confondus, le TIPS a représenté une charge de remboursement de 15,7 MdF en 1999, en augmentation de 15 % par rapport à 1998. Les dépenses restent tirées à la hausse par un titre I (regroupant appareils et matériels de traitement et articles pour pansement) qui en représente près de 50 % et croît de plus de 25 % par an (contre 47 % entre 1996 et 1997).

Afin de mieux maîtriser cette augmentation, le législateur a chargé le comité économique des produits de santé d'un suivi périodique. L'application de cette réglementation suppose de disposer des informations nécessaires.

Or, d'une part les données que recueillent les caisses d'assurance maladie lors des opérations de liquidation restent sous-exploitées. D'ailleurs, le codage du TIPS, essentiel pour une meilleure connaissance de la dépense et un traitement rigoureux de l'information, ne paraît pouvoir aboutir durant l'année 2000 que pour le seul titre 3 -prothèses internes et implants d'origine humaine et animale- soit 27 % des dépenses.

D'autre part, la loi oblige désormais les entreprises réalisant en France un chiffre d'affaires hors taxe de plus de 5 MF à déclarer leurs volume et chiffre d'affaires pour les produit du TIPS. Mais elle ne précise pas si cette déclaration est globale ou par produit, et le traitement et la diffusion de l'information recueillie restent à organiser.

Dans ce contexte, et à défaut des informations précédentes, les études ponctuelles demeurent le moyen privilégié de connaissance du marché. La technicité des produits et leurs conditions économiques de production et de commercialisation ont amené la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) à monter un réseau de personnels spécialisés pour conduire des enquêtes.

II - Les procédures d'inscription des produits au TIPS

La loi du 1er juillet 1998 et son décret d'application du 9 mars 1999 avaient chargé l'AFSSAPS de veiller à la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 lui confie en outre, comme on l'a dit, le secrétariat d'une commission transposant aux dispositifs médicaux la commission de transparence du médicament.

Une amélioration notable en matière d'expertise se dessine. Le souci de la transparence dans l'examen des dossiers a guidé les choix retenus, ce qui correspond aux souhaits de la Cour. Membres de la commission et rapporteurs seront tenus de déclarer leurs liens avec les entreprises susceptibles de présenter un produit à l'admission. Le service rendu sera apprécié sur la base de quatre critères^[14]. La charge de la démonstration des qualités d'un nouveau produit, ou d'une amélioration justifiant une inscription spécifique, reposant sur l'entreprise qui le présente, des dossiers-types de candidature vont être élaborés. L'ensemble de la procédure devrait se dérouler dans la limite de délais fixés par décret.

La prise en compte de matériels innovants devrait être facilitée par la possibilité d'inscrire, à côté des produits génériques, des produits de marque pour une durée limitée afin d'en faciliter l'évaluation.

III - Les modalités de prise en charge par l'assurance maladie

La quasi totalité des articles sont désormais remboursés en fonction d'un tarif réglementé.

A - La part laissée à la charge de l'assuré

Il est regrettable que les informations saisies lors de la liquidation des dossiers par l'assurance maladie ne permettent pas de connaître les coûts réellement supportés par les assurés alors même que les factures sont une des pièces justificatives de la liquidation.

Deux catégories de dispositions nouvelles visent à maîtriser la part laissée à la charge de l'assuré.

Pour les bénéficiaires de la CMU, la couverture complémentaire couvre les frais non pris en charge par la couverture de base dans des limites fixées par arrêté ministériel.

En se réservant la possibilité de fixer également les prix, les pouvoirs publics se donnent les moyens de maîtriser la part restant à la charge de l'assuré au-delà du ticket modérateur (la base juridique prévue par le législateur pour la fixation des prix est l'article L 162-38 du code de la sécurité sociale).

B - Le champ des produits remboursés

La loi de financement pour 2000 ne modifie pas le champ des produits remboursés. La question de la prise en charge des aides techniques^[15] a progressé en dehors du strict champ du TIPSe. Des expériences de prise en charge globale du handicap sont en cours dans le cadre de la mission confiée par la ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale le 22 décembre 1999 à Madame Lyazid.

IV - les outils de maîtrise de la dépense

La maîtrise de la dépense est un objectif essentiel de la réforme. Selon l'exposé des motifs : "Le comité économique des produits de santé sera chargé de proposer des tarifs de remboursement et, le cas échéant, les prix des produits inscrits sur la liste de remboursement. Il organisera un suivi économique de ce secteur et des dépenses afférentes et pourra conclure des conventions, en lien avec les industriels concernés, afin de parvenir à une meilleure régulation des dépenses"^[16].

Faute de publication des textes d'application, le comité n'a pas encore commencé à fonctionner.

S'agissant de la prise en charge des dispositifs médicaux implantables, il convient de souligner l'effort méthodologique de la CNAMTS qui, à la suite des observations de la Cour dans son rapport de 1997, a élaboré et diffusé en septembre 1999 un guide de contrôle.

Pour mieux connaître les prix pratiqués sur le marché afin d'évaluer ceux à retenir dans le TIPS et dans les arrêtés interministériels prévus par la loi CMU, la DGCCRF a effectué des enquêtes. Elles ont porté notamment sur les attelles et prothèses du genou et de la cheville.

Pour le calcul des tarifs et des prix, deux séries d'indicateurs semblent devoir être plus particulièrement utilisées, les prix d'achat des hôpitaux et les comparaisons internationales. Mais la connaissance des premiers supposera des efforts importants et les secondes, même limitées à l'espace économique européen, se sont heurtées au caractère très technique des produits.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 donne la compétence au comité économique des produits de santé pour conclure avec les fabricants et distributeurs des conventions portant sur les volumes de vente ; la sanction en cas de dépassement consiste en un versement de remises aux régimes d'assurance maladie.

SYNTHESE

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 a posé les fondements d'une plus grande

rigueur de l'organisation de l'admission au remboursement des dispositifs médicaux. Les outils d'une meilleure maîtrise de la dépense existent dans leur principe. Mais l'élaboration et la publication des textes d'application restent à faire, et un suivi économique et statistique précis reste à bâtir.

Réponse

[12] Sont considérés comme des "dispositifs médicaux" les appareils, matières, produits ou systèmes utilisés dans un but de diagnostic, de traitement ou d'atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, ou encore d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique voire de contrôle de la conception dont l'action dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

[13] Le sigle TIPS -tarif interministériel des prestations sanitaires- recouvre le tarif de remboursement de 7000 lignes de produits médicaux très divers (produits d'optique, stérilets, prothèses orthopédiques....).

[14] - le caractère habituel de gravité de la pathologie, du handicap ou de la dégradation de la qualité de vie ;

- l'effet thérapeutique ou l'efficacité technique ainsi que les effets indésirables ou les risques liés à leur utilisation ;

- la place dans la stratégie thérapeutique, l'apport dans la qualité des soins, dans le suivi des patients ou dans la compensation du handicap, au regard des thérapies ou moyens disponibles ;

- l'intérêt pour la santé publique.

[15] Les aides techniques se différencient des dispositifs médicaux par l'absence de finalité thérapeutique. Ce sont des dispositifs qui améliorent les conditions matérielles d'existence des malades et personnes handicapées en apportant une aide aux gestes essentiels de la vie et assurent leur adaptation à leur environnement social (véhicule pour handicapé, soulève malade...).

[16] En matière de médicament, le comité fixe les prix, en matière de dispositifs médicaux il propose seulement les tarifs.

Sommaire



Section V : La transmission électronique des feuilles de soins

Le rapport de la Cour de septembre 1998 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale a présenté les résultats d'une enquête sur le système SESAM Vitale. Au moment où la généralisation de la première carte Vitale venait d'être décidée, il présentait une analyse globale du système, de son développement, de ses composantes, des structures chargées de le mettre en œuvre, ainsi que de son impact sur les procédures de liquidation de l'assurance maladie. Il concluait, après avoir insisté sur la nécessaire affirmation de l'engagement de l'Etat dans ce chantier, par six recommandations :

- clarifier et définir des objectifs communs à l'ensemble des partenaires ;

- mettre en place à la CNAMTS une organisation interne plus favorable à la réalisation opérationnelle du projet ;

- rendre plus cohérente la communication de l'Etat, de la CNAMTS, du GIP CPS et du GIE SESAM

Vitale[17] à l'égard des professionnels de santé, mais aussi des assurés ;

- associer les professionnels de santé à tous les stades du projet et donner une priorité forte au retour d'information vers eux ;

- évaluer de manière plus globale les problèmes de sécurité du projet, afin de ne pas reproduire les inconvénients de la situation actuelle caractérisée par des innovations technologiques majeures et risquées pour un projet de cette taille ;

- mettre en place des expérimentations plus complètes, mieux préparées, avec des objectifs précis, associant les différents partenaires et précisant les moyens à mettre en oeuvre et les conditions de leur exploitation.

L'importance du projet SESAM Vitale pour l'évolution du système de santé et pour l'assurance maladie a conduit la Cour à faire cette année le point sur l'application de ses recommandations et sur le déploiement du système.

I - Les suites données aux recommandations de la cour

Les quatre premières recommandations du rapport de 1998 ont été suivies d'effet. Le pôle SESAM Vitale de la CNAMTS a été réorganisé et son action orientée vers les missions de maîtrise d'ouvrage qui doivent être les siennes. Les instances de pilotage du projet associant l'ensemble des partenaires ont été réactivées, complétées et élargies aux organismes d'assurance maladie complémentaire qui sont désormais partie prenante au projet. Les organisations représentatives des professions de santé y sont associées, avec voix consultative, comme elles sont désormais largement présentes dans les instances techniques et décisionnelles du GIE. Cet ensemble de mesures crée les conditions nécessaires à la définition d'objectifs communs et à une information précoce des professionnels de santé sur le devenir du système. Par ailleurs, les sites Internet de la CNAMTS, du GIE et du GIP leur apportent une information pratique abondante sur le fonctionnement du système.

Les cinquième et sixième recommandations, relatives à la politique de sécurité et aux procédures d'expérimentation, conservent leur actualité au moment où trois évolutions majeures se préparent : le passage à terme de la carte Vitale 1 d'assuré social à la carte Vitale 2 de bénéficiaire ; l'association des organismes d'assurance maladie complémentaire au projet SESAM Vitale ; et la préparation de nouvelles générations des cartes de professionnels de santé.

Il conviendrait notamment, en ce qui concerne la sécurité, de tenir compte du fait que la fiabilité globale du système dépend de la fiabilité et de la cohérence de ses sources d'alimentation, ainsi que de sa capacité à répercuter rapidement les modifications dont ces dernières sont l'objet vers les bases de données de SESAM Vitale et du système CPS, tout autant que de la qualité des systèmes informatiques et des procédures mis en oeuvre par le GIE et le GIP. Cette fiabilité des sources est imparfaitement assurée en ce qui concerne le système CPS : leur multiplicité (cf. encadré ci-après) et leur manque de cohérence et d'interopérabilité[18] compliquent à l'excès et allongent anormalement la procédure de collecte et de contrôle des données. Cette situation est supportable dans l'actuelle phase de montée en charge de la diffusion des cartes. Elle risque de l'être moins en phase de gestion courante, lorsque les mises à jour à apporter aux cartes devront être prises en compte très rapidement, sauf à provoquer des ruptures d'utilisation dommageables pour les professionnels de santé. Pour la carte Vitale, le circuit de collecte, plus simple, est aujourd'hui mieux maîtrisé. Une difficulté reste cependant à régler : la prise en compte des contrats d'assurance maladie complémentaire qui vont multiplier les sources d'alimentation et augmenter la fréquence des mises à jour. A cette difficulté, l'individualisation de la carte peut être une réponse partielle, sans attendre Vitale 2.

Les cartes de la famille CPS

Les cartes de la famille CPS comprennent les cartes de professionnels de santé, CPS proprement dites, et des cartes destinées à des non professionnels, salariés des précédents, des établissements de soins et d'entreprises, d'administrations et d'organismes intervenant à divers titres dans la gestion des systèmes informatisés de santé (cartes CPE, CDE, CPA, ...). Les cartes CPS recueillent des informations nombreuses et variées relatives à l'identification des professionnels de santé, à leurs qualifications professionnelles, leurs relations avec l'assurance maladie... Ces

informations émanent d'un grand nombre d'organismes : plusieurs directions ou services du ministère de l'emploi et de la solidarité, CNAMTS, CPAM, DDASS, DRASS, échelons départementaux des différents ordres, ... Le recueil et la mise en cohérence de ces informations est un problème majeur pour le GIP CPS.

II - La Diffusion des cartes Vitale et CPS

La diffusion des cartes Vitale de première génération (carte Vitale 1 d'assuré social) est aujourd'hui achevée avec plus de 41 millions de cartes distribuées. Le calendrier prévu a été à peu près respecté.

En ce qui concerne les cartes CPS, la procédure adoptée consiste à provoquer la demande en envoyant systématiquement un formulaire de demande pré-rempli aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, ceux-ci ayant la faculté de ne pas donner suite. Ils ont également la possibilité de demander des cartes d'employés (CPE) pour leurs salariés n'appartenant pas aux professions de santé. La procédure est appliquée progressivement aux différentes professions. Pour les professionnels de santé salariés qui, majoritairement, exercent leur activité dans les établissements de soins (hôpitaux, cliniques), les cartes sont délivrées à la demande des établissements.

Il apparaît, à la mi-juillet 2000, que 47 % seulement des professionnels libéraux ont demandé une carte CPS, alors que la grande majorité d'entre eux ont été sollicités au moins une fois. On note également un écart d'environ 4 % entre les demandes reçues et les cartes émises, qui s'explique par la durée d'instruction des dossiers, de l'ordre de deux à trois mois. Le pourcentage de demandeurs varie selon les professions, de 43 % pour les chirurgiens-dentistes (qui ont été très peu sollicités) à 93 % pour les pharmaciens. Parmi les médecins libéraux, chez lesquels la prospection a été quasi exhaustive et la plus anciennement engagée, le nombre de médecins équipés est à la mi-juillet 2000 de 73 000, ce qui correspond à une proportion de 63 %, proportion à rapprocher de celle des médecins informatisés, estimée à 67 % fin 1999[19].

La prolongation de la tendance (graphique ci-après) et la disparition du décalage entre cartes demandées et cartes émises porteraient la proportion de médecins libéraux équipés à un niveau qui se situerait entre 80 et 90 % à échéance de 2002. Au-delà, sans modification des comportements, la progression devrait être faible.

Diffusion des cartes CPS[20]

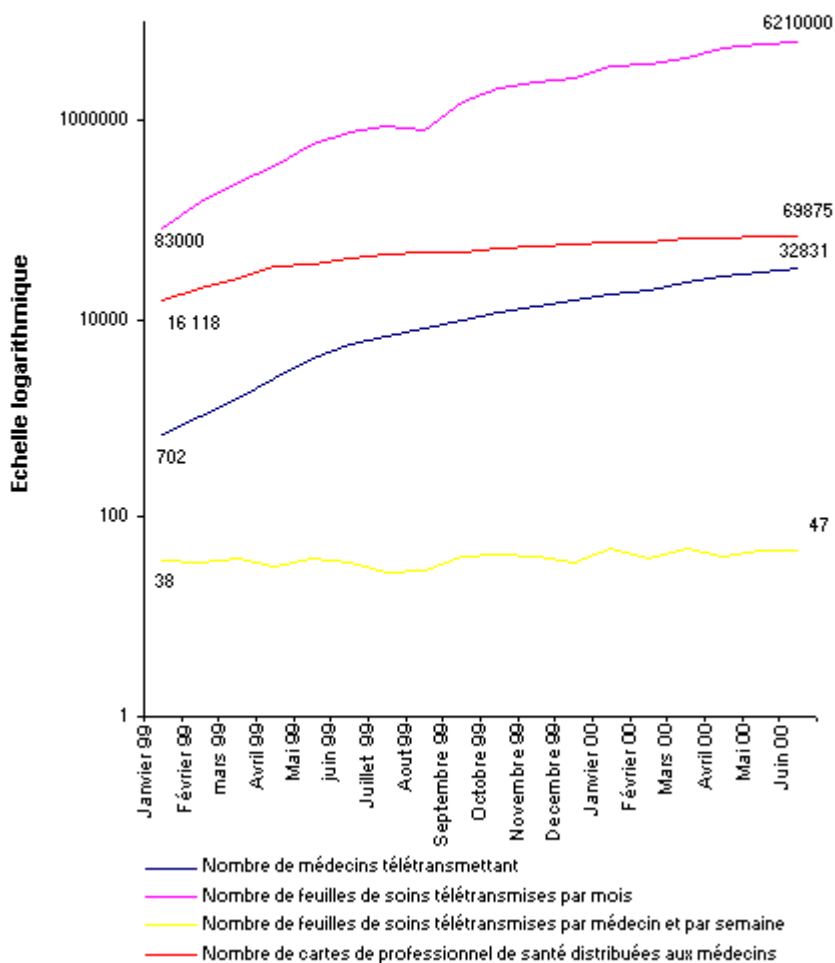
	Population de référence	Formulaires envoyés	Demandes de carte reçues	Cartes émises
1. Professionnels de santé exerçant à titre libéral (situation à la mi-juillet 2000)				
Médecins	115 479	113 141	74 958	73 050
Pharmaciens	22 731	28 218	21 067	20 218
Chirurgiens-dentistes	37 380	2 660	1 173	1 106
Sages-femmes	1 499	0	0	0
Infirmiers	43 747	46 859	9 112	8 422
Masseurs-kinésithérapeutes	35 823	37 786	18 643	17 860
Autres	18 306	9 667	4 906	4 530

Total PS libéraux	274 965	238 331	129 859	125 186
Salariés des PS libéraux (cartes CPE)	129 000 <i>(estimation)</i>		100 048	96 676
2. Cartes délivrées à la demande des établissements (situation au 1er janvier 2000)				
Prof. de santé salariés	436 961(*)		n.c.	2 305
Autres (cartes CPE, CDE, CPA)	indéterminé		n.c.	8 209

(*) ce total intègre une partie non quantifiée des professionnels libéraux, surtout des médecins, qui exercent à la fois à titre libéral et à titre salarié.

En ce qui concerne les pharmaciens, dont le taux d'informatisation dépasse 95 %, le taux déjà élevé de la demande, alors que la procédure de distribution en masse est engagée seulement depuis le dernier trimestre 1999, donne à penser que le taux d'intégration au dispositif sera rapidement assez grand. La même remarque s'applique, à un moindre degré, aux masseurs-kinésithérapeutes dont le taux d'informatisation est moins élevé. Pour les autres professions le mouvement de diffusion des cartes est engagé depuis trop peu de temps et à un niveau trop faible pour qu'une conclusion puisse en être tirée. On peut seulement noter que sur 136 755 professionnels

**La diffusion électronique des feuilles de soins de fin janvier
1999 à fin juin 2000**



de santé libéraux autres que les médecins et pharmaciens, des cartes CPS n'avaient été émises, à la mi-juillet 2000, que pour 31 918 d'entre eux, soit 23 %.

Pour les professionnels de santé salariés, qui constituent une population sans doute de l'ordre de 400 000 personnes si l'on exclut ceux qui sont par ailleurs recensés comme libéraux, la diffusion des cartes est à peine amorcée : 2300 cartes étaient émises au 1er janvier 2000 au bénéfice de quelques établissements demandeurs.

Une partie importante de la diffusion des cartes reste donc à réaliser.

III – La progression de la télétransmission des feuilles de soins

L'adhésion à SESAM Vitale est influencée, à la fois, par la conclusion des conventions que l'assurance maladie passe avec les organisations représentatives des différentes professions et par le développement des logiciels de télétransmission que le marché offre à ces mêmes professions.

Au 30 juin 2000 le nombre de professionnels de santé libéraux télétransmettant des feuilles de soins dépassait 40 000, soit pratiquement 15 % d'entre eux. Ce total comprenait 32 800 médecins, soit près du tiers, et 6 200 masseurs-

kinésithérapeutes, soit 17 %. Pour les autres professionnels de santé libéraux, le taux moyen n'était que de 1,5 %. Ces données nationales recouvrent des disparités régionales significatives. Ainsi, la proportion de médecins réalisant des télé transmissions varie de plus de 50 % en Champagne-Ardenne et Lorraine à 20 % en Ile-de-France où l'on constate également une disparité importante entre Paris, environ 10 %, et les autres départements de la région dont les taux s'échelonnent entre 20 % et 35 %.

Pour les médecins libéraux, le processus est engagé depuis le dernier trimestre 1998. On dispose donc en ce qui les concerne d'une série longue qui peut être interprétée. Il n'en va pas de même des autres professions dont l'adhésion à SESAM Vitale s'est amorcée en février 2000 seulement. On notera l'adhésion rapide des masseurs-kinésithérapeutes qui concorde avec leur demande significative de cartes CPS. Cette remarque ne s'applique pas aux pharmaciens dont la demande de cartes CPS a pourtant été massive. Il faut en chercher l'explication dans le fait que les pharmaciens, dans leur majorité, télé transmettent par le réseau IRIS d'où une moindre urgence à adhérer à SESAM Vitale.

Les médecins libéraux adhèrent à SESAM Vitale à un rythme soutenu, qui semble se stabiliser depuis le mois de novembre 1999, à une croissance mensuelle de l'effectif de l'ordre de 12 à 15 % (graphique). Ce rythme, s'il se poursuit, devrait conduire à ce que l'essentiel de l'écart encore important qui subsiste entre le nombre de détenteurs de cartes CPS (près de 73 000 à la mi-juillet) et le nombre de ceux qui télé transmettent (environ 33 000 à la même date) soit résorbé pour l'essentiel au cours du premier semestre 2001. La prolongation mécanique de la tendance conduirait en effet à près de 80 000 médecins télé transmettant, soit un résultat très proche du nombre de ceux qui devraient alors être dotés d'une carte CPS d'après la prolongation de la tendance en dotation de cartes présentée au paragraphe précédent.

Le nombre de feuilles de soins télé transmises croît à un rythme un peu plus rapide, quoique de façon moins régulière, de l'ordre de 14 % par mois depuis le début de l'année 2000, ce qui s'explique essentiellement par le fait que le nombre moyen de feuilles télé transmises par professionnel de santé tend à augmenter très légèrement ; les médecins qui télé transmettent ne le font pas pour toutes les feuilles de soins car cela dépend également du patient (il faut qu'il ait sa carte)[21]. S'établissant à 6,2 millions en juin 2000, il devrait, si la tendance se maintient, dépasser les 18 millions par mois à la fin de l'année, soit une tendance de près de 220 millions par an sur un total qui est de l'ordre du milliard. Cette projection rend compte, pour l'essentiel, du comportement prévisible des seuls médecins. Si les pharmaciens qui, actuellement, télé transmettent plusieurs centaines de millions de feuilles de soins par an par le réseau IRIS, basculent massivement sur SESAM vitale, le volume de feuilles de soins électroniques en fin d'année pourrait plus que doubler.

Lors du lancement de la procédure, la CNAMTS avait retenu un objectif de 40 % de médecins télé transmettant à la fin de l'année 1999. Ce niveau ne serait pas atteint avant la fin 2000. A moyen terme, en 2002, 80 % à 90 % des médecins libéraux devraient être dotés d'une carte CPS, dont la très grande majorité pratiquera la télé transmission d'une partie de leurs feuilles de soins. Au-delà, la croissance devrait être très ralentie compte tenu de la fraction des médecins qui ne souhaitent pas s'informatiser. On peut espérer que pour les autres professions la montée en charge sera plus rapide. Reste le problème, aujourd'hui non résolu, des établissements de soins privés qui produisent des factures auxquelles ont contribué plusieurs professionnels et qui devraient par conséquent être signées électroniquement par chacun d'entre eux.

Réponse

[17] Le GIP CPS a pour mission de produire, distribuer et gérer les cartes à microprocesseur des professionnels de santé ; le GIE SESAM Vitale est chargé de produire, distribuer et gérer les cartes Vitale d'assurés sociaux, ainsi que de gérer le système SESAM de recueil et de diffusion aux organismes d'assurance maladie des feuilles de soins électroniques.

[18] Les référentiels des différents organismes sont inégalement informatisés et communiquent peu ou mal entre eux, il n'existe pas de système d'identification commun des porteurs de cartes et des établissements dans lesquels ils exercent leurs activités, les codes et nomenclatures utilisés sont souvent différents.

[19] Il n'existe pas de données nationales fiables sur le taux d'informatisation des professionnels de santé.

[20] Les données de ce tableau, comme celles des deux graphiques, ne doivent pas être considérées comme parfaitement exactes. Les estimations varient en effet selon les sources, mais les ordres de grandeur sont

partout les mêmes.

[\[21\]](#) Les médecins télétransmetteurs continuent de produire une proportion significative, de l'ordre de 40 %, de feuilles de soins papier. Les causes de cette situation sont connues (entrée progressive dans le dispositif, visites, consultations hors du cadre habituel, patients ayant oublié ou perdu leur carte Vitale, ...) mais leurs parts respectives ne sont pas quantifiées.