

## 4

# Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser

---

### PRÉSENTATION

---

*On entend par services numériques en santé un ensemble composé principalement des services de santé en ligne – ou téléservices, permettant aux usagers de réaliser une ou plusieurs démarches de manière dématérialisée – et des outils numériques de coordination des soins et d'échange ou de partage principalement destinés aux professionnels de santé.*

*La Cour avait constaté dans son rapport public annuel 2013<sup>140</sup> la forte dynamique des téléservices en santé, mais relevé de nombreux retards et faiblesses qui nuisaient fortement à leur contribution aux progrès qui pouvaient en être attendus : une plus grande efficacité, une meilleure qualité de la prise en charge et une optimisation des parcours de soins. L'échec du dossier médical personnel était à cet égard particulièrement révélateur de difficultés majeures qui avaient conduit la Cour à recommander notamment aux pouvoirs publics de mieux piloter leur développement.*

*À l'occasion d'une récente enquête sur la télémédecine<sup>141</sup>, elle a souligné également les perspectives très prometteuses ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique, mais mis*

---

<sup>140</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, T II. Les téléservices publics de santé : un pilotage toujours insuffisant, p.163-188. La Documentation française, février 2013, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>141</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017*, chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à lettre en œuvre, p.295-330. La Documentation française, septembre 2017, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

*en évidence qu'une mobilisation effective des gains d'efficience et de qualité des soins qu'elle pouvait permettre demeurait tributaire d'une stratégie plus cohérente.*

*Dans le prolongement de ces différentes enquêtes ainsi que de la communication plus large qu'elle a remise, en janvier 2016, à l'Assemblée nationale sur le développement des services numériques au sein de l'État<sup>142</sup>, la Cour a cherché à mesurer les évolutions intervenues au cours des années récentes en matière de services publics numériques en santé.*

*Elle a constaté en ce domaine des progrès, réels mais inégaux, porteurs de résultats d'ores et déjà appréciables (I). Mais faire pleinement des services numériques le levier de modernisation en profondeur du système de soins qu'ils doivent être exige de lever différents obstacles et d'inscrire ces services dans un cadre plus cohérent (II).*

---

## **I - Des progrès réels mais inégaux**

### **A - Un accès à l'information facilité**

#### **1 - Un développement continu des téléservices de l'assurance maladie**

En septembre 2012, le service ameli.fr (pour « assurance maladie en ligne ») comprenait 10 millions de comptes. Il a depuis lors connu une croissance continue. Avec 25,3 millions de comptes créés en juillet 2017, il constitue de loin le premier site internet public de santé à destination des assurés comme des professionnels de santé. Ses usages sont en très fort développement : à la mi-2017 étaient recensés en moyenne plus de 13,2 millions de connexions par mois des assurés à leurs comptes par internet ainsi que 8,9 millions de connexions sur les applications smartphone et tablette et sur le site mobile.

---

<sup>142</sup> Cour des comptes, Communication au Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, *Relations aux usagers et modernisation de l'État, vers une généralisation des services publics numériques*, janvier 2016, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

Près d'une consultation sur deux (45 %) visait à se renseigner sur les remboursements. Ameli.fr permet également, de manière croissante, d'effectuer des démarches (20 % des consultations), au premier rang desquelles l'accès aux relevés d'indemnités journalières et l'édition d'attestations de droits. En dehors de leur compte, les assurés peuvent aussi consulter des bases de données de professionnels de santé, indiquant notamment leur spécialité, leur adresse, le coût moyen des consultations et le montant du remboursement par l'assurance maladie.

La CNAMTS développe une politique active de communication pour renforcer l'information des usagers sur les services proposés par ce site et faciliter ainsi l'augmentation du nombre de comptes utilisateurs. Pour autant, une proportion importante d'assurés n'y recourt pas encore. La Caisse nationale cherche par ailleurs à enrichir en continu les services proposés. Au-delà des premières évolutions récemment engagées dans cette direction, le portail ameli pourrait en effet constituer, de manière accrue, un point d'entrée pour des actions de prévention et de suivi.

## **2 - Les prémices d'un service public d'information en santé**

Les multiples sites généralistes d'information en santé ont une influence qui va croissant dans les pratiques des patients et modifient la nature de leur relation avec les professionnels de santé. De plus en plus également, les patients échangent entre eux sur les réseaux sociaux, qui constituent désormais un vecteur d'information majeur. Dans ce contexte, la diffusion sous une forme numérique d'une information publique fiable et objective devient un enjeu central.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ainsi prévu la mise en place, auprès du ministre chargé de la santé, d'un service public d'information en santé. Ces dispositions ont conduit à la création récente du portail sante.fr, qui se veut un assembleur public de données vérifiées sur les questions de santé (informations générales sur des maladies, des traitements ou des enjeux de santé publique) et permet l'accès à des données sur les établissements et professionnels de santé.

Sa mise en place s'avère cependant techniquement complexe. En septembre 2017, seul le pilote francilien du site avait été mis en service et sa généralisation était toujours en chantier.

## **B - Des outils de coordination des soins à la diffusion lente**

### **1 - La messagerie sécurisée de santé, une avancée encore limitée**

Le développement des échanges numériques représente une source de fluidité essentielle des communications entre professionnels de santé et renforce l'efficacité des prises en charge dans le cadre des parcours de soins.

La loi a prévu depuis 2002 que ces échanges obéissent à des règles de sécurité précises, progressivement renforcées. Cependant, une partie des professionnels utilise des messageries grand public qui ne présentent pas les garanties indispensables pour la transmission de données et de documents par nature d'une extrême confidentialité. Au total, fin novembre 2017, 78 % des médecins généralistes libéraux, mais seulement 42 % des médecins spécialistes, sont équipés d'une messagerie sécurisée.

Afin de garantir à la fois l'interopérabilité entre les différents services de messagerie utilisés par les professionnels de santé et la sécurité des échanges de données dans les conditions prévues par la loi, une « messagerie sécurisée de santé » (MSSanté) a été élaborée par l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé)<sup>143</sup> en 2013 pour un coût hors charges de personnel de 11,4 M€ fin 2016. La MSSanté – ou espace national d'échange – n'est cependant pas en elle-même, malgré son appellation, une messagerie : elle regroupe l'ensemble des services de messagerie électronique, le plus souvent privés, qui respectent les normes de sécurité qu'elle institue et garantit la confidentialité des échanges entre elles. La mise en place de cette messagerie a été complétée par la construction et la diffusion, conjointement entre l'ASIP Santé et les ordres des professions de santé, d'un service de messagerie de santé gratuit, connecté à la MSSanté.

Environ 53 000 boîtes aux lettres et 900 établissements de santé étaient raccordés dans ce cadre à la MSSanté en avril 2017. Ce chiffre reste très limité par rapport à l'importance du nombre des professionnels et établissements publics et privés susceptibles de s'y rattacher. Il est au

---

<sup>143</sup> Groupement d'intérêt public (GIP) créé en 2009 par fusion des GIP chargés du dossier médical personnel et de la carte de professionnel de santé, l'ASIP Santé est l'opérateur principal de l'État en matière d'édiction des normes d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information de santé d'une part et de maîtrise d'ouvrage opérationnelle des projets de services publics numériques en santé d'autre part.

demeurant légèrement inférieur au nombre des adhérents au service privé de messagerie sécurisée de santé Apicrypt, plus ancien, qui revendique 70 000 utilisateurs et dont le raccordement à l'espace national d'échange est encore en chantier.

L'objectif de généralisation initialement proposé pour 2017 n'est pas atteint. Or ces dispositifs de messagerie de santé sécurisée constituent l'environnement indispensable au développement des parcours de soins coordonnés et, au-delà, à l'essor de la télémédecine. L'élargissement de leur diffusion doit constituer une priorité d'action des pouvoirs publics et de l'assurance maladie.

## **2 - Une relance récente du dossier médical personnel après un attentisme coûteux**

Instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical personnel (DMP) devait permettre la collecte sécurisée des données de santé individuelles des patients et des traitements et soins qui leur sont prodigués.

Ce dossier médical informatisé, alimenté par les professionnels de santé, a fait l'objet d'une longue phase de recherches et d'expérimentations avant d'être rendu accessible nationalement en 2011. Malgré l'importance de l'effort financier consenti (210 M€), la Cour avait, lors d'une enquête à ce sujet<sup>144</sup>, constaté qu'en juillet 2012 seuls 158 000 DMP avaient été créés en un an et demi, de manière très dispersée et sans stratégie claire de déploiement, une grande partie (89 500) restant au demeurant vide. Dans ces conditions, les pouvoirs publics ont suspendu à l'automne 2012 le déploiement du DMP et annoncé la mise en place d'une évolution du dispositif dont les contours, les bénéficiaires et les modalités de diffusion n'ont pas alors été précisés.

Cette décision de suspension a été de fait suivie d'un attentisme coûteux de la part des pouvoirs publics. Le transfert du DMP à la CNAMTS sous forme de « dossier médical partagé » a été en définitive opéré seulement par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Le seul maintien en conditions opérationnelles pendant cette période du système informatique

---

<sup>144</sup> Cour des comptes, Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, juillet 2012, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

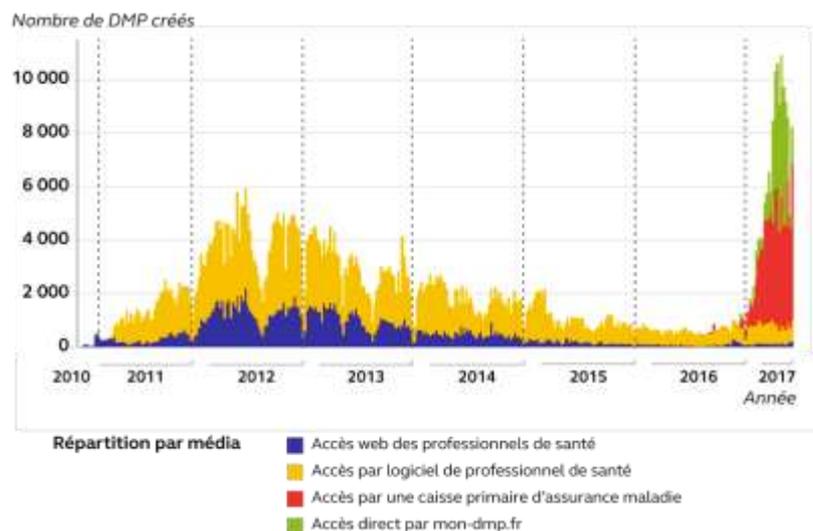
sur lequel repose le DMP, alors pratiquement inutilisé, a occasionné une dépense de l'ordre de 35 M€.

Le transfert du DMP à la CNAMTS a d'ores et déjà permis sa relance, avec de premiers résultats non négligeables.

### La relance du DMP par la CNAMTS : premiers résultats

Les premiers résultats de création de dossiers médicaux partagés à la suite du transfert à la CNAMTS sont encourageants. En avril 2017, dans les 9 départements dans lesquels le DMP était en présérie, environ 10 000 DMP par semaine étaient créés. Ce chiffre représente 40 % de créations de plus qu'en 2012, alors que le périmètre de déploiement est beaucoup plus restreint : il s'agissait, en 2012, de l'intégralité du territoire national.

#### Évolution des créations de DMP depuis 2011



Source : CNAMTS

L'évolution des modes de création fait apparaître que la création au travers des logiciels de professionnels de santé a fortement diminué et a été plus que compensée, quantitativement, par les augmentations de créations sur internet et en CPAM.

La consultation de documents par les professionnels de santé reste pour sa part stable. Cette stagnation met en évidence le fait que l'entrée du DMP dans les usages des professionnels de santé reste le principal enjeu.

Dans ce contexte, la CNAMTS cherche à développer des outils à même de faciliter la diffusion et la richesse documentaire du DMP. Ainsi la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux inclut désormais un critère tenant à l'utilisation d'un logiciel compatible avec le DMP. L'historique des remboursements effectués par l'assurance maladie est versé automatiquement, sauf opposition du patient (cf. *infra*), dans tout nouveau dossier médical partagé, permettant de ne plus créer de DMP vides. Au-delà des actes et consultations des professionnels libéraux de santé, cette alimentation automatique porte également sur les actes et consultations externes effectués au sein des hôpitaux, qui font désormais l'objet d'une facturation individuelle à l'assurance maladie. En revanche, les difficultés de mise en œuvre pour les séjours hospitaliers du projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) font obstacle à ce stade à une intégration en routine de ces données, pourtant majeures au regard de la complétude des dossiers ouverts.

### **C - Des gains d'efficacité effectifs mais encore incomplets**

Le développement de services publics numériques en santé s'avère d'ores et déjà source de gains d'efficacité importants, même s'ils demeurent encore partiels. La dématérialisation des relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé en fournit des exemples probants.

La progression de la dématérialisation des feuilles de soins se traduit ainsi par des gains de productivité continus. Alors que 79 % d'entre elles étaient des feuilles de soins électroniques (FSE) en 2005, cette proportion est montée à 86 % en 2009 et s'élève aujourd'hui à 95 %, soit 1,4 milliard de FSE par an. La CNAMTS estime les gains d'efficacité à 330 ETP par point de dématérialisation supplémentaire des feuilles de soins, soit 1 485 ETP entre 2012 et 2016. Les 5 % résiduels restent cependant constitués pour une large part de feuilles de soins papier. Le passage à 100 % de dématérialisation plus de 20 ans après la fixation de cet objectif n'est ainsi toujours pas atteint, la mise en place de pénalisations financières restant écartée par les pouvoirs publics.

Les avis d'arrêt de travail dématérialisés sont passés de 7,89 % à 22,69 % du total entre 2012 et 2016. Selon la CNAMTS, chaque point supplémentaire permet une économie de 9 M€ par an, ce qui illustre les gains élevés encore à mobiliser. La dématérialisation de l'accord préalable

du contrôle médical a permis pour sa part une économie de 80 M€ sur la seule année 2016.

\*

\*\*

Le développement continu des services publics numériques en santé apporte une contribution réelle mais encore inégale à l'efficacité de la gestion et, de manière plus limitée en raison de la lenteur du déploiement des outils conçus dans cette optique, à l'amélioration de l'efficacité des prises en charge. Dans un domaine marqué par l'évolution rapide des technologies, les projets arrivant à maturité ont cependant souvent été lancés dans le courant des années 2000. Au-delà des problématiques techniques que cette ancienneté relative impose désormais de traiter de manière pressante, la question reste entière de leur ancrage plus fort dans les usages des assurés et des professionnels.

## **II - Mettre le numérique au service de la transformation du système de soins**

### **A - Des prérequis à régler**

Maîtriser les risques inhérents au développement des services numériques en santé, favoriser l'interopérabilité entre eux, et organiser le passage à un numéro d'identification unique du patient dans le système de santé constituent autant de préalables à lever pour amplifier leurs apports à l'efficacité du système de soins.

#### **1 - Renforcer la sécurité des services numériques**

La condition *sine qua non* du développement des services numériques en santé réside dans la garantie d'une sécurité au plus haut niveau des systèmes d'information qui en forment l'infrastructure, afin d'assurer la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la traçabilité des données dématérialisées. La sécurisation des systèmes d'information en santé constitue en effet le fondement décisif de la confiance des patients comme des professionnels de santé pour s'engager dans de nouveaux usages. L'extension des pratiques de santé collaboratives dans une approche de parcours de santé qui a vocation à se systématiser

progressivement impose à cet égard une fiabilité sans faille des multiples dispositifs informatiques autour desquels ils se structurent. Leur diversité même induit en effet une augmentation des risques et menaces portant sur la protection de leur accès.

Déclinaison du référentiel général de sécurité de l'État, l'élaboration d'une politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) a été lancée en mars 2012 sous l'autorité du ministère chargé de la santé. Elle a abouti à la détermination de trois principaux référentiels de sécurité, mais ces derniers n'avaient pas encore été rendus opposables lors de l'enquête de la Cour, ce qui constituerait pourtant un premier niveau de sécurité transversale.

La loi du 26 janvier 2016 a prévu de compléter ce dispositif par un suivi national des incidents graves de sécurité, dont les modalités de mise en œuvre restent en cours d'élaboration.

L'enjeu de sécurité doit être intégré de manière prioritaire au sein de tous les chantiers numériques. Le renforcement de sa prise en compte est un facteur particulièrement déterminant pour le développement des usages dans le domaine des soins qui exige un degré très élevé d'assurance et de confiance dans la robustesse et la résistance contre toute tentative d'accès à des données par nature confidentielles. Comme l'a montré la Cour dans son analyse du système national d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM)<sup>145</sup>, qui constitue l'une des plus importantes bases de données personnelles à caractère médico-administratif au monde, si sa sécurité apparaît aujourd'hui conforme au nécessaire, son maintien à un niveau approprié à l'enjeu exigera à moyen terme un effort financier très important, tant de la part des organismes d'assurance maladie que des établissements hospitaliers qui lui apportent leurs données. De fait, parmi les établissements publics de santé, un sur six ne dispose pas encore de politique de sécurité des systèmes d'information<sup>146</sup>.

## 2 - Rendre opposables les normes d'interopérabilité

L'interopérabilité entre deux systèmes informatiques désigne leur capacité à échanger des informations sans qu'un effort supplémentaire de

---

<sup>145</sup> Cour des comptes, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à assurer*, mars 2016, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>146</sup> Atlas des systèmes d'information hospitaliers 2017.

« traduction » de ces données soit nécessaire. Elle est la condition première du partage de données entre opérateurs.

L'interopérabilité entre services numériques en santé est indispensable pour que ceux-ci puissent servir d'appui aux parcours de soins : à défaut d'utiliser des systèmes identiques, les données doivent notamment pouvoir être transmises depuis un logiciel hospitalier comme un logiciel de professionnel de santé libéral et traitées de manière à permettre le suivi de chaque patient dans l'évolution de ses prises en charge.

Le respect de normes d'interopérabilité a parfois fait l'objet d'incitations de la part des pouvoirs publics sous forme de labellisations ou de certifications, par exemple pour les systèmes d'information des maisons de santé pluridisciplinaires. Toutefois, depuis la loi du 26 janvier 2016, les normes d'interopérabilité peuvent également être rendues opposables par arrêté ministériel, ce qui les rend applicables de manière identique à l'ensemble des acteurs.

Le corpus des normes d'interopérabilité reste néanmoins encore pour partie lacunaire. Aucune d'entre elles n'a au demeurant jusqu'à présent été rendue opposable ni aucun calendrier d'opposabilité établi, malgré les demandes en ce sens des éditeurs de logiciels et hébergeurs de données de santé qui souhaitent une visibilité des évolutions à venir en ce domaine de manière à pouvoir les anticiper au mieux.

Élaborer, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, un calendrier d'opposabilité à la fois ambitieux et respectueux des contraintes des industriels apparaît comme une responsabilité que les pouvoirs publics ne sauraient plus longtemps éluder.

### **3 - Mener à bonne fin l'unification de l'identité numérique des patients**

L'interopérabilité des services numériques en santé, et donc leur généralisation, passe nécessairement par un système unifié et sécurisé d'identification numérique des patients, qui permette leur suivi malgré la diversité des professionnels et des outils numériques.

Or, un même assuré dispose actuellement de plusieurs identifiants au sein du système de santé. Pour la facturation des soins, il est identifié à partir du « numéro de sécurité sociale » (ou numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques – NIR). Pour le suivi médical, les établissements de santé utilisent chacun pour leur part un identifiant

spécifique pour leurs patients qu'un décret du 27 avril 2016 impose de faire converger vers un identifiant unique au sein du groupement hospitalier de territoire. Aucun numéro unique n'existe pour les soins de ville. L'ASIP Santé a enfin mis en place de son côté un identifiant national pour permettre une identification commune à l'échelle nationale.

De la dispersion des projets découlent en ce domaine pourtant déterminant des incohérences coûteuses en temps et en ressources. C'est le cas du programme Territoire de soins numériques, qui vise à améliorer la coordination des prises en charge des parcours de soins autour des maladies chroniques (80 M€ sur la période 2014-2017), et qui a conduit au développement par chaque région expérimentatrice de son propre serveur d'identification régional, sans mutualisation.

La loi du 26 janvier 2016 a cependant prévu l'utilisation du NIR comme identifiant national de santé unique à horizon 2020. Cette simplification indispensable suppose une forte impulsion et une vigilance attentive pour pouvoir tenir ces délais dans de bonnes conditions.

## **B - Intégrer pleinement le numérique dans une nouvelle stratégie de santé**

La stratégie numérique de santé ne saurait cependant se réduire à une maîtrise vigilante des risques et à l'affirmation d'une responsabilité normative de l'État en matière de services numériques en santé sans risque d'une vision réductrice l'exposant à manquer son objectif principal : apporter une contribution décisive à l'amélioration de la qualité et de la pertinence du système de soins.

Le développement des services numériques constitue en effet un levier essentiel pour transformer ce dernier en profondeur à la fois grâce à l'émergence de nouveaux services et par l'analyse plus fine et plus systématique des données de santé des patients. Une telle transformation nécessite une coordination renforcée des efforts publics.

### **1 - Faire émerger de nouveaux services**

Les services numériques en santé représentent, en premier lieu, un apport déterminant pour l'évolution des pratiques de soins. Ils sont ainsi une des conditions du développement de la télémédecine, dont plusieurs contributions majeures sont attendues : ouvrir l'accès à des pratiques

médicales à distance, à la place actuellement marginale malgré tout leur potentiel, sous forme notamment de prestations de télé-expertise, de téléconsultation, de télésurveillance et de téléassistance et améliorer par là-même la qualité de la prise en charge des patients et la coordination des parcours.

Le développement des systèmes numériques d'aide à la décision constitue une autre modalité particulièrement importante de la participation des services numériques en santé à la modernisation du système de soins en renforçant l'efficacité et la pertinence des soins, qui constitue un enjeu considérable tant pour la qualité de la prise en charge des patients que pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

En ce sens, les logiciels d'aide à la prescription actuellement disponibles ne constituent encore qu'une forme limitée des « systèmes-experts » plus larges qui ont vocation à être mis à disposition des médecins, sans se substituer pour autant à leur responsabilité propre ni restreindre leur liberté de prescription garantie par le code de déontologie médicale et le code de la santé publique, à mesure qu'ils pourront être plus étroitement couplés avec les données de santé personnelles de chaque patient.

## **2 - Enrichir l'usage des données de santé**

Plus généralement, les services numériques en santé, ceux de l'assurance maladie tout particulièrement, génèrent une masse considérable de données, d'une grande richesse, dont l'exploitation demeure encore extrêmement limitée par rapport aux enjeux de santé publique et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Comme la Cour l'a souligné dans son enquête précitée sur le SNIIRAM, le développement de leur utilisation par l'administration et les agences sanitaires, dans le cadre désormais du système national des données de santé mis en place par la loi du 26 janvier 2016, est indispensable pour un pilotage du système de santé par la qualité dans un double objectif d'efficacité accrue des dépenses et de pertinence meilleure des soins.

Les enjeux de complétude et de médicalisation des données de santé apparaissent ainsi cruciaux : celles-ci seraient en effet de nature à permettre des progrès considérables dans l'analyse des parcours de soins comme dans le pilotage du système de santé.

### **Des bases de données de santé insuffisamment médicalisées**

Constitué progressivement à partir d'avril 2002, le SNIIRAM constitue la principale base de données de santé au niveau national. Il concentre en son sein les données de liquidation anonymisées issues du traitement des 1,4 milliard de feuilles de soins électroniques, des 500 millions d'actes médicaux annuels et des plus de onze millions de séjours hospitaliers annuels, combinaison sans équivalent au niveau international. Ces données demeurent cependant essentiellement administratives.

En 2010, un rapprochement (« chaînage ») entre le SNIIRAM et les données hospitalières issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a cependant été mis en œuvre, représentant un progrès majeur en particulier du fait de l'intégration de données médicales relatives aux actes hospitaliers. Le processus d'alimentation du SNIIRAM par les données du PMSI n'a été sécurisé qu'en 2015.

La médicalisation plus complète de ces données exige de compléter le codage des actes dispensés en ville par une caractérisation de la pathologie à laquelle ils se rapportent. Cette obligation est inscrite à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale depuis la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1993, mais n'a effectivement été mise en œuvre que pour les affections de longue durée et les pathologies professionnelles.

La CNAMTS envisage de progresser par une approche par échantillon avec des médecins volontaires et avait prévu fin 2017, d'engager une étude de faisabilité technique en ce sens.

Un élargissement effectif repose de fait à la fois sur un effort de pédagogie vis-à-vis des médecins pour les convaincre de l'apport d'un codage systématique dans le cadre notamment du parcours de soins des patients et sur le développement des outils numériques et des logiciels propres à en renforcer l'acceptabilité et la faisabilité.

De ce point de vue, apparaît en particulier nécessaire une incitation beaucoup plus poussée au développement de la prescription électronique, qui reste à ce jour à un stade toujours expérimental bien qu'autorisée depuis 2004 : la France reste l'un des cinq derniers pays de l'Union européenne où elle n'est pas déployée.

Le développement de la médicalisation des bases de données, objectif ancien, doit connaître une accélération dans le cadre de la diffusion des nouveaux outils numériques, selon une classification médicale de référence et dans des conditions de chiffrement qui permettent de respecter le secret médical vis-à-vis des non-professionnels de santé. Cette médicalisation des données suppose enfin une pédagogie beaucoup plus

active pour modifier les comportements des professionnels de santé, mais également des patients, de manière à lever les freins importants auxquels ces évolutions sont susceptibles de se heurter de leur part. Les uns peuvent s'avérer réfractaires à ce qui pourrait conduire à une évaluation de leurs pratiques. Les autres peuvent craindre des atteintes à la confidentialité de leur situation et au secret médical.

Le nouveau dossier médical partagé souffre toujours pour sa part des mêmes limites que le dossier médical personnel.

Outre l'alimentation automatique du DMP par l'historique des remboursements, mise en place par la CNAMTS, une obligation aux professionnels de santé de reporter dans le DMP d'un patient toutes les informations nécessaires à la coordination des soins a été instituée par la loi du 26 janvier 2016. Cette exigence ne rencontre pas d'obstacles techniques dirimants, dès lors que peuvent être intégrés au dossier des documents non structurés<sup>147</sup>.

En revanche, la subordination, confirmée par la loi du 26 janvier 2016, de l'ouverture d'un DMP au consentement du patient constitue une limitation à sa généralisation complète que d'autres pays ne connaissent pas : ainsi du Danemark qui a imposé un dossier digital patient standard dès le début des années 2000. Il en va de même pour la possibilité offerte aux patients d'une part de masquer certaines informations de leur dossier aux professionnels de santé - hors médecin traitant - et, d'autre part, d'invoquer un « motif légitime » - notion dont le contenu n'a été précisé par aucun texte - pour s'opposer au versement d'informations dans leur DMP par les professionnels de santé.

L'enjeu de la mise en place du nouveau DMP exige une vigilance active de la part des pouvoirs publics pour éviter la répétition des oppositions d'acteurs qui ont paralysé trop longtemps sa montée en charge. Il a vocation à constituer, à la fois pour les patients et pour les professionnels de santé, le point d'entrée dans la médecine de parcours. Par le partage d'informations qu'il instaure, il est à même favoriser une moindre redondance des actes et une meilleure coordination des soins et permettre le développement à grande échelle de services de santé de type nouveau, au premier rang desquels les actes de télémedecine.

---

<sup>147</sup> Un document structuré est un document dont le contenu est organisé en une liste d'éléments codés selon un langage national ou international partagé, ce qui le rend lisible par un système informatique. À l'inverse, une mention manuscrite sur un document scanné constitue un document non structuré.

Sa généralisation à terme désormais rapproché n'aura cependant son plein effet qu'à la double condition d'une création systématisée et d'une alimentation exhaustive. Les restrictions à l'ouverture et à la complétude des dossiers, pour légitimes qu'elles aient pu apparaître dans un premier temps lors du lancement du DMP, limitent potentiellement cette généralisation d'intérêt majeur pour le système de santé et gagneraient à être réexaminées au regard des résultats effectifs du déploiement en cours.

### 3 - Coordonner les efforts publics

Le développement des services numériques en santé reste donc à construire dans une perspective plus ambitieuse et selon une démarche mieux organisée que ce n'est encore le cas. Certes, la mise en place récente en janvier 2017 d'un conseil stratégique du numérique en santé, qui réunit un grand nombre des parties prenantes, traduit une utile prise de conscience de la nécessité d'une vision partagée des enjeux. Mais cette instance reste incomplète : à l'exception de la CNAMTS, elle ne comprend aucun des opérateurs de l'assurance maladie et elle se tient en outre à l'écart des principales autorités interministérielles compétentes en matière de numérique, notamment de la direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication de l'État (DINSIC) et de l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI).

Surtout, l'activité de ce conseil d'une cinquantaine de membres ne permet pas de hiérarchiser les priorités, de remédier à la dispersion des efforts et de définir les voies et moyens d'une inscription cohérente de ces services publics numériques dans le cadre plus large du développement de l'« e-santé ». Une instance stratégique restreinte à vocation décisionnelle gagnerait à voir le jour, à même d'arbitrer les choix structurants pour les services publics numériques en santé et d'anticiper les questions posées par l'accélération de leur développement dans une dynamique toujours plus rapide qui confronte en permanence les pouvoirs publics à de nouvelles innovations.

\*

\*\*

Une stratégie d'ensemble, claire et structurante, de modernisation numérique du système de santé est ainsi à définir sans attendre pour dégager effectivement tous les progrès importants de qualité et d'efficience que recèlent ces nouveaux services. Bien loin de conduire à une déshumanisation du rapport entre les professionnels et avec leurs patients, la transformation digitale du système de soins au contraire permettra, dans

un contexte souvent de pénurie démographique en médecins, de leur consacrer davantage de temps médical utile.

Cette prise en compte dans toutes ses dimensions des enjeux du numérique en santé ne saurait pour autant se concevoir isolément. Elle doit impérativement s'intégrer plus largement dans la stratégie globale de l'État numérique que portent les pouvoirs publics et s'articuler en particulier étroitement avec le projet d'« État plateforme<sup>148</sup> » qui en constitue le fondement.

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

*Le développement des services publics numériques en santé constitue un mouvement de fond qui touche progressivement sans cesse davantage, mais de manière inégale, l'ensemble des aspects de la relation entre les organismes d'assurance maladie, les assurés sociaux et les acteurs du système de soins, les échanges entre professionnels de santé et institutions sanitaires, leurs pratiques d'exercice et l'organisation des parcours de soins des patients. Leurs progrès sont continus et réels, plus rapides toutefois et aux résultats davantage marqués bien qu'encore incomplets dans le domaine des téléservices que dans celui des outils à même de contribuer plus directement à l'efficacité des soins et à une meilleure qualité des prises en charge. La lenteur du déploiement et le caractère encore modeste du recours à la messagerie sécurisée de santé attestent en particulier qu'au-delà des difficultés techniques de mise au point, l'appropriation des usages par les professionnels de santé, voire par les patients, reste un enjeu déterminant. La réussite de la relance du DMP devra être appréciée à cette aune : si les premiers résultats de sa reprise par la CNAMTS apparaissent encourageants en termes d'ouvertures, sa consultation stagne.*

*Plus généralement, les services publics numériques en santé ne jouent pas encore le rôle moteur qui doit être le leur dans la modernisation en profondeur du système de soins, faute en particulier de s'inscrire dans un cadre de cohérence suffisamment clair. Or, des préalables sont à régler par priorité en termes de garantie de sécurité, d'interopérabilité, d'identification unique du patient dans le système de soins. Une médicalisation accrue dans des conditions qui respectent la confidentialité*

---

<sup>148</sup> Voir dans le même rapport, Tome I, chapitre II-1 « Amplifier la modernisation numérique de l'État ».

*et le secret médical est à rechercher plus activement pour développer les usages au bénéfice de l'efficacité accrue des prises en charge. Il y faut un double effort de pédagogie : vis-à-vis des professionnels de santé qui doivent considérer que le numérique n'est ni une remise en cause de leur rôle ni une rigidification de leurs relations avec leurs confrères ni un appauvrissement de celles avec leurs patients, mais un appui pour une pratique davantage organisée autour du parcours de soins de ce dernier et une optimisation de leur temps utile ; à l'égard des patients qui ne bénéficieront de tous les apports de leur déploiement que s'ils se les approprient pleinement. De ce point de vue, l'obligation d'un accord préalable du patient pour la création d'un DMP et la possibilité qui lui est laissée de limiter sa complétude mériteraient d'être révoquées, en fonction des résultats effectifs de son déploiement. À défaut d'une généralisation complète et d'une information intégrale, le risque existe que le dossier médical partagé ne déçoive à son tour, comme avant lui le dossier médical personnel, tous les espoirs placés en lui pour améliorer la pertinence des soins, la qualité de leur coordination et le développement de nouvelles pratiques médicales, notamment de la télémédecine.*

*En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 1. améliorer la médicalisation des données numériques de santé en examinant les conditions de mise en place d'un codage des pathologies en soins de ville et développer leur analyse ;*
  - 2. assurer l'apport effectif du dossier médical partagé aux parcours de soins, au besoin en réexaminant les possibilités de non renseignement de ce dossier ;*
  - 3. rendre opposables aux éditeurs de logiciels les référentiels d'interopérabilité et de sécurité et intensifier les travaux visant à compléter les corpus de normes existants.*
-



## Réponses

Réponse commune de la ministre des solidarités et de la santé et du secrétaire d'État chargé du numérique.....	234
réponse du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés .....	238

## Destinataires n'ayant pas répondu

Ministre de l'économie et des finances
Ministre de l'action et des comptes publics

**RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET  
DE LA SANTÉ ET DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉ DU  
NUMÉRIQUE**

*Ayant pris connaissance de l'insertion au rapport public annuel de la Cour des comptes relatif aux services publics numériques en santé, nous observons en premier lieu que la Cour fait le constat de la réalisation de progrès sensibles (« réels mais inégaux » selon la Cour) dans la mise en œuvre des services numériques en santé, depuis l'état des lieux et les recommandations établis en 2013.*

*L'ensemble des observations et des recommandations formulées par la Cour suggère globalement de prolonger, d'améliorer et d'accélérer les actions engagées dans le cadre de la stratégie du ministère pour le numérique en santé, afin de gagner en efficacité sans toutefois remettre ces actions en cause dans leur nature et leurs objectifs. Nous partageons donc pleinement l'analyse de la Cour sur les enjeux liés au développement des services numériques en santé non seulement en termes de qualité et de pertinence du système de soins mais aussi d'amélioration du pilotage des dépenses d'assurance maladie.*

*Concernant la première des trois recommandations de la Cour relative à l'amélioration de la médicalisation des données numériques, celle-ci est naturellement partagée dans son principe. Sa mise en œuvre sur la médecine de ville reste toutefois délicate à mener. Elle appelle en effet d'une part une bonne adhésion du corps médical et d'autre part une évolution des outils logiciels pour lui permettre d'opérer ce codage dans des conditions de simplicité et de facilité. Ceci suppose de progresser encore sur l'utilisation de terminologies de référence favorisant l'interopérabilité sémantique ainsi qu'une meilleure exploitation des documents structurés qui pourront être produits (comptes rendus d'hospitalisation, de résultats d'examens...). Les outils issus de l'intelligence artificielle devraient également permettre un traitement du langage naturel propre à délivrer les médecins des contraintes du codage. L'approche actuelle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui souhaite mettre en place un échantillon de médecins volontaires est une approche pragmatique qui devrait apporter un éclairage sur l'intérêt et la faisabilité d'un recueil plus systématique que les seules dispositions désormais anciennes de l'article L. 161-29 n'ont pas suffi à rendre opérationnel.*

*La seconde recommandation de la Cour vise à renforcer l'apport effectif du dossier médical partagé (DMP) aux parcours de soins en examinant le principe d'une création systématique sans solliciter le*

*consentement du citoyen ou du patient et en supprimant la possibilité, pour celui-ci, de masquer certaines informations dans son DMP. Nous exprimons de sérieuses réserves sur de telles mesures qui ont été fermement rejetées par les représentants des patients lors des discussions menées lors de la relance du DMP.*

*Il sera peut-être envisageable, dans un délai à définir, lorsque le DMP aura fait l'objet d'un déploiement et d'usages significatifs, de proposer aux patients de créer systématiquement un DMP, tout en leur assurant la faculté de refuser sa mise en service (mécanisme « d'opt-out » adopté par un certain nombre de pays). Il paraît, en revanche, peu envisageable de remettre en question le droit pour le titulaire d'un DMP de masquer certaines données au motif de rechercher son exhaustivité. Celle-ci ne constitue d'ailleurs pas un objectif ni une condition pour assurer la pleine utilité du DMP. La priorité des pouvoirs publics est, en l'espèce, de susciter la confiance des patients comme des professionnels de santé dans le DMP, et d'en faire avec pragmatisme un instrument utile à la coordination des soins et aux parcours de santé.*

*La troisième recommandation de l'insertion vise à rendre opposable les référentiels d'interopérabilité et de sécurité, et d'intensifier les travaux visant à compléter les corpus de normes existants. L'adhésion des acteurs de santé aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information de santé et leur intégration dans l'offre industrielle du numérique constituent un axe d'action prioritaire et une mission fondamentale pour l'Agence des systèmes d'information de Santé (ASIP Santé). Les référentiels de sécurité des systèmes d'information sont spécifiquement préparés dans le cadre de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) dans une démarche associant les acteurs concernés et notamment la CNIL et l'ANSSI. Les référentiels relatifs à l'interopérabilité, validés par l'ASIP Santé, forment un « cadre national d'interopérabilité » (dont la France est un des rares pays à disposer) co-construit et co-géré avec les acteurs de santé et les industriels. La mise en œuvre des référentiels du cadre national reste aujourd'hui volontaire mais fait l'objet de fortes recommandations des pouvoirs publics.*

*Cependant, sur la base des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé<sup>149</sup>, il est désormais possible pour l'État de rendre opposables des référentiels par arrêté ministériel sur proposition de l'ASIP Santé. Une démarche est engagée pour rendre opposable, dès la mi-2018,*

---

<sup>149</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 96.

*un premier groupe de référentiels relevant de la sécurité des systèmes d'information considérés comme fondamentaux (notamment ceux portant sur l'identification et l'authentification des professionnels, ainsi que sur l'identification des patients). Au-delà, il n'est pas exclu de rendre opposables certains référentiels d'interopérabilité qui feraient consensus. Cette démarche se doit d'être prudente, concertée, en donnant une visibilité claire sur les cibles et les délais de mise en œuvre. Par ailleurs, il conviendra de prendre en compte la pérennité de ces référentiels (qui deviendraient des normes) ainsi que la capacité des industriels du numérique à les intégrer dans leur offre dans des délais raisonnables et enfin de la capacité des professionnels et des établissements de santé à acquérir et rendre opérationnelles des nouvelles applications.*

*Par ailleurs, faisant référence à sa récente enquête sur le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), la Cour préconise le développement de l'utilisation des données de santé par l'administration et les agences sanitaires. Afin d'accroître l'efficacité des dépenses de santé et plus globalement le pilotage des dépenses d'assurance maladie, nous souscrivons à l'analyse visant à renforcer la médicalisation des bases de données et à accroître l'usage des données de santé. Il nous semble néanmoins nécessaire, dans un contexte de forte contrainte sur la dépense publique, de disposer en amont des décisions d'investissement d'une analyse des impacts attendus et de garanties sur le niveau d'efficacité qu'apporteront ces évolutions.*

*Répondant à l'objectif de renforcer la connaissance partagée sur les données de santé, la loi de modernisation de notre système de santé<sup>150</sup> a créé le système national des données de santé (SNDS). Les données de l'assurance maladie et des hôpitaux sont disponibles depuis début 2017. Les causes médicales de décès l'alimentent depuis fin 2017. Celles relatives au handicap et l'échantillon des organismes complémentaires devraient enrichir le SNDS à compter de 2019. Toute personne ou structure, publique ou privée, à but lucratif ou non lucratif, peut accéder, sous conditions, au SNDS selon différentes modalités : accès permanents qui concernent vingt-cinq catégories d'organismes, représentant plus de deux mille utilisateurs, accès sur projet. Fin 2017, une quarantaine de demandes ont été déposées et les premières décisions d'accès ont été rendues.*

*Au-delà de ces recommandations, la Cour préconise de mettre le numérique au service de la transformation du système de santé dans une*

---

<sup>150</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 193.

*stratégie d'ensemble « claire et structurante » s'intégrant dans la stratégie globale de l'État afin d'améliorer la coordination des efforts publics. Nous partageons pleinement ces préoccupations au travers de la « stratégie e-santé 2020 » qui identifie des objectifs prioritaires répondant à ceux de la stratégie nationale de santé et qui donne un cadre cohérent aux programmes opérationnels correspondants aux axes stratégiques.*

*La gouvernance de la stratégie nationale pour le numérique en santé est assurée par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, avec l'appui de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé, en coordination avec les directions d'administration centrale, la CNAMTS et la CNSA. Elle associe l'ensemble des acteurs concernés (usagers, patients, acteurs de santé, industriels, institutionnels) au sein du Conseil stratégique du numérique en santé (CSNS), créé au début de l'année 2017 qui traduit, selon la Cour, « une utile prise de conscience de la nécessité d'une vision partagée des enjeux ».*

*Nous entendons consolider la gouvernance de l'e-santé sur deux plans :*

- d'une part, en mettant en place une instance restreinte pour permettre en interne aux administrations (directions de l'État concernées, assurance maladie, CNSA, ...) de contribuer à un meilleur alignement des acteurs sur la mise en œuvre de la stratégie, de favoriser le développement du numérique en santé et d'opérer les choix stratégiques les plus à même de faciliter l'essor des services et leur usage dans le parcours de soins ;*
- d'autre part, en développant de façon plus marquée nos relations entre nos deux ministères, afin de renforcer la cohérence avec les actions relatives au développement des usages du numérique engagées par l'État.*

*Dans ce contexte, il nous paraît nécessaire, comme le recommande la Cour, de mettre en œuvre une stratégie d'ensemble de transformation numérique du système de santé au service des objectifs de la stratégie nationale de santé qui favorise par ailleurs l'utilisation efficiente des dépenses engagées.*

---

### **RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS**

*Je vous remercie d'avoir souligné les efforts accomplis par l'Assurance maladie au cours des dernières années pour développer des services numériques en santé. La dématérialisation des échanges avec ses différents publics constitue pour l'Assurance maladie une priorité stratégique depuis près d'une dizaine d'années tant pour des raisons de qualité de service rendu que d'efficacité. C'est en poursuivant ces objectifs, et dans le respect des missions qui lui ont été confiées par les pouvoirs publics, que l'Assurance maladie a conforté la légitimité de son intervention dans l'offre de services numériques en santé, comme le montre l'augmentation considérable de ses services et de leurs usages aussi bien auprès des assurés (1,4 Md de feuilles de soins électroniques par an, plus de 25 millions d'utilisateurs du « compte ameli », 11 millions de visites par mois sur le site ameli.fr, près de 500 000 visites pour le forum assurés en novembre) que des professionnels de santé (taux de dématérialisation de 80% pour la déclaration du médecin traitant, de 50% pour le protocole de soins électronique).*

*Au cours des prochaines années, l'Assurance maladie continuera de mener des actions visant à accompagner la transition numérique en santé. Il s'agit d'une des grandes priorités de la prochaine convention d'objectif et de gestion qui sera conclue avec l'État pour les cinq prochaines années. Ses actions s'inscriront dans le cadre des orientations définies par la Stratégie nationale de santé qui entend accélérer l'innovation numérique en santé, et en lien avec les réflexions actuellement menées autour d'Action publique 2022 et du Plan numérique de la sécurité sociale.*

*L'Assurance maladie déploiera dans les prochaines années deux outils essentiels à la coordination des soins. Le dossier médical partagé (DMP) dont le pilotage lui a été confié par la loi de modernisation de notre système de santé, a vocation à devenir le carnet de santé numérique des assurés, en permettant aux professionnels de santé d'accéder aux informations utiles à une prise en charge de qualité, et en partageant avec les autres professionnels de santé les informations médicales pertinentes (antécédents, allergies, compte-rendu d'hospitalisation)... Ainsi que la Cour le souligne dans son rapport, l'enjeu dans les prochaines années sera à la fois de multiplier le nombre de dossiers médicaux créés, mais également de multiplier les usages de ce dossier, aussi bien par les patients que par les professionnels de santé. Dans ce cadre, l'accès direct par le patient à ses données de santé sera enrichi en lui offrant la possibilité d'en consulter le contenu sur une application mobile.*

*L'Assurance maladie contribuera également à généraliser l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé (MSS), un système simplifié d'échanges d'informations entre professionnels de santé par mail, de manière sécurisée et confidentielle. La généralisation qui a débuté en avril 2017, se poursuivra pendant la durée de la convention d'objectifs et de gestion. Je ne partage pas le constat de « lenteur » dans le déploiement de la MSS car à la fin du mois de novembre 2017, si l'on prend en compte la messagerie Apycrypt qui a vocation à rejoindre l'espace de confiance de la messagerie sécurisée en santé, 78 % des médecins généralistes libéraux et 42 % des médecins spécialistes sont équipés.*

*L'Assurance maladie travaillera également à la dématérialisation de la prescription, un projet doté d'un grand potentiel en termes de simplification pour l'usager et d'amélioration de la coordination des soins.*

*L'Assurance maladie partage avec la Cour l'intérêt pour l'amélioration de la médicalisation des données numériques, c'est la raison pour laquelle l'Assurance maladie soutiendra, en lien avec la Conférence Nationale des Généralistes Enseignants et le Collège de médecine générale la mise en place d'une plateforme de recueil et d'analyse de données sur les pratiques en médecine générale. Cet observatoire, conçu dans une finalité de recherche et de production de connaissances sur les pratiques médicales et l'état de santé de la population, comprendra des données pseudonymisées collectées auprès d'un échantillon de médecins volontaires, qu'il sera possible d'apparier avec celles des bases médico-administratives déjà existantes.*

*L'enjeu sera également de continuer à bien évaluer les actions et services proposés, afin de définir les modalités de partenariats à construire avec différents acteurs aux premiers rangs desquels les autres acteurs publics, mais également les éditeurs, les start up, les assurances maladie complémentaires, ou les acteurs locaux.*

---