



N° 251

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2012.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE **loi de finances pour 2013** (n° 235),

PAR M. CHRISTIAN ECKERT,  
Rapporteur Général  
Député

---

ANNEXE N° 42

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. CHRISTIAN ESTROSI

Député

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
L'ÉVOLUTION GLOBALE DES CRÉDITS DE LA MISSION .....	7
UNE RÉFLEXION À ENGAGER SUR LES AGENCES DE SANTÉ .....	8
<b>PREMIÈRE PARTIE : LE PROGRAMME PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS</b> .....	11
<b>I.- L'AVENIR FRAGILE DES RÉFORMES STRUCTURELLES</b> .....	12
A.- LA NOUVELLE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ .....	12
1.- La nouvelle agence de sécurité du médicament .....	12
<i>a) Une nouvelle gouvernance</i> .....	12
<i>b) Prévenir les conflits d'intérêt</i> .....	13
2.- L'évaluation médico-économique .....	16
B.- L'AVENIR DES PLANS DE SANTÉ .....	17
1.- Un bilan très positif des plans engagés .....	17
<i>a) Le plan Alzheimer</i> .....	17
<i>b) Le plan Cancer</i> .....	18
<i>c) Le plan maladies rares</i> .....	20
2.- Un principe et des moyens à préserver .....	21
<b>II.- LES CRÉDITS CONSACRÉS À L'ORGANISATION ET À L'OFFRE DE SOINS</b> .....	22
A.- LA PREMIÈRE ANNÉE DE PLEIN FONCTIONNEMENT DES ARS .....	22
1.- Le fonds d'intervention régional .....	22
2.- Les dotations de l'État aux ARS .....	23
B.- LA FORMATION MÉDICALE .....	24
1.- La formation médicale initiale .....	24
2.- La formation continue .....	25
3.- Les crédits de l'EHESP .....	26
C.- LES AUTRES FINANCEMENTS DE L'ACTION .....	27

<b>III.– LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE RÉPONSE AUX CRISES</b> .....	29
A.– LES POLITIQUES DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ .....	29
1.– Les politiques de prévention .....	30
2.– La politique de vigilance sanitaire .....	31
B.– LA GESTION DES CRISES ET URGENCES SANITAIRES .....	32
1.– La réserve sanitaire .....	32
2.– Les stocks de produits de santé .....	33
3.– Les orientations de l'EPRUS en 2013 .....	34
<b>DEUXIÈME PARTIE : LE PROGRAMME PROTECTION MALADIE</b> .....	35
<b>I.– LE NOUVEAU FINANCEMENT DU FONDS CMU</b> .....	35
A.– L'ARTICLE 38 DU PLF ET L'ARTICLE 21 DU PLFSS .....	35
B.– LE FINANCEMENT DE L'ACS .....	37
<b>II.– L'ABANDON DES MOYENS DE CONTRÔLE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT</b> .....	38
A.– LA SUPPRESSION DES NÉCESSAIRES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE DE LA DÉPENSE .....	39
B.– REPENSER LE DISPOSITIF .....	40
<b>III.– L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE</b> .....	41
<b>TROISIÈME PARTIE : LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL</b> .....	43
<b>I.– UN DISPOSITIF COMPLEXE ET LONG À METTRE EN PLACE</b> .....	43
A.– LES PRINCIPALES ÉTAPES DU DÉPLOIEMENT .....	43
B.– LE DIFFICILE CHIFFRAGE DU COÛT .....	44
1.– Les ressources affectées au GIP .....	44
2.– Les projets concomitants .....	46
3.– Les dépenses régionales .....	47
4.– Les investissements complémentaires .....	48
C.– DES INCERTITUDES SUR LE FONCTIONNEMENT DU DMP .....	49
1.– Des dépenses indirectes mal identifiées .....	49
2.– Le coût de l'interopérabilité .....	50
3.– Des gains encore très potentiels .....	51
D.– LA FAIBLESSE DU PILOTAGE ET DE LA STRATÉGIE .....	51

<b>II.– UNE COMPARAISON INTERNATIONALE NON DÉFAVORABLE À LA FRANCE .....</b>	<b>52</b>
A.– L'EXEMPLE BRITANNIQUE .....	52
1.– Un programme ancien rapidement revu à la baisse .....	52
2.– Une comparaison financière plutôt favorable à la France .....	53
B.– L'EXEMPLE AUSTRALIEN .....	54
C.– LES AUTRES EXEMPLES EUROPÉENS .....	56
D.– LES EXEMPLES NORD-AMÉRICAINS .....	56
1.– Le Canada .....	56
2.– Les États-Unis .....	57
<b>III.– DONNER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE AU PROJET .....</b>	<b>58</b>
A.– LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES .....	58
B.– LES PRÉCONISATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL .....	59
1.– Redonner de la cohérence et de la lisibilité au dispositif .....	59
2.– Améliorer le pilotage financier et opérationnel pour mieux maîtriser les coûts .....	60
3.– Renforcer la transparence et le suivi qualitatif .....	60
<b>EXAMEN EN COMMISSION .....</b>	<b>61</b>
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 1: LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LE RAPPORTEUR SPÉCIAL .....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXE 2 : RAPPORT D'ENQUÊTE DE LA COUR DES COMPTES SUR LE COÛT DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL DEPUIS SA MISE EN PLACE (article 58-2° de la LOLF) .....</b>	<b>69</b>

L'article 49 de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) fixe au 10 octobre la date limite pour le retour des réponses aux questionnaires budgétaires. À cette date, 83 % des réponses étaient parvenues au Rapporteur spécial. Ce taux pourrait apparaître globalement satisfaisant, mais les réponses non transmises correspondent à des données qui n'existent pas ailleurs et qui privent donc le Rapporteur spécial d'une source précieuse d'informations.



## INTRODUCTION

En parallèle de mesures financées par les organismes de sécurité sociale, l'État prend en charge plusieurs pans de la politique de santé publique, notamment les campagnes de prévention et d'éducation à la santé. La mission **Santé** retrace également les crédits affectés à l'organisation de l'offre de soins ainsi que les dépenses liées à la prise en charge médicale des plus modestes et des étrangers en situation irrégulière. Elle couvre enfin les dépenses d'indemnisation des victimes de l'amiante.

### L'ÉVOLUTION GLOBALE DES CRÉDITS DE LA MISSION

Aucune modification de nomenclature n'est intervenue par rapport à la loi de finances pour 2012. La mission s'articule toujours autour de deux programmes de taille similaire. Après avoir connu une forte hausse en 2012 en raison du changement de statut et de financement de l'agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afsaps), les crédits de la mission **Santé** sont finalement en baisse de 6,3 % en 2013. Le tableau ci-après détaille l'évolution de crédits pour chaque action de la mission.

#### ÉVOLUTION DES CRÉDITS DE LA MISSION SANTÉ

(en millions d'euros)

		AE			CP		
		2012	2013	Évolution	2012	2013	Évolution
<b>204 : prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	Pilotage de la politique de santé	83,9	85,6	2,03%	83,9	85,6	2,01 %
	Accès à la santé et éducation à la santé	30,7	25,9	- 15,66%	30,7	26,1	- 15,11 %
	Prévention des risques infectieux	9,7	9,8	0,87%	9,7	9,8	0,87 %
	Prévention des maladies chroniques	67,3	66,7	- 0,92%	67,3	66,5	- 1,17 %
	Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	21,6	21,6	- 0,42%	21,6	21,6	- 0,42 %
	Réponse aux alertes et gestion des urgences	27,3	20,4	- 25,28%	27,3	20,4	- 25,28 %
	Qualité, sécurité et gestion des produits de santé	161,4	150,3	- 6,86%	161,4	150,4	- 6,85 %
	Projets régionaux de santé	182,5	150,0	- 17,77%	182,5	150,0	- 17,77 %
	Modernisation de l'offre de soins	153,8	170,9	11,10%	153,8	170,9	11,10 %
	<b>Total programme</b>	<b>738,3</b>	<b>701,2</b>	<b>- 5,02%</b>	<b>738,3</b>	<b>701,2</b>	<b>- 5,02 %</b>
<b>183 : protection maladie</b>	Accès à la protection maladie complémentaire	0,0	0,0		0,0	0,0	
	Aide médicale de l'État	588,0	588,0	0,00 %	588,0	588,0	0,00 %
	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	50,0	0,0	- 100,00 %	50,0	0,0	- 100,00 %
	<b>Total programme</b>	<b>638,0</b>	<b>588,0</b>	<b>- 7,84 %</b>	<b>638,0</b>	<b>588,0</b>	<b>- 7,84 %</b>
<b>Total mission</b>	<b>1 376,3</b>	<b>1 289,2</b>	<b>- 6,33 %</b>	<b>1 376,3</b>	<b>1 289,2</b>	<b>- 6,33 %</b>	

Source : projet annuel de performances 2013

La réduction des crédits s'accompagne d'une modification de la structure de la dépense, les crédits de fonctionnement baissant de 36 %. Cette évolution est due en partie au changement du mode de financement du fonds d'intervention régional (FIR) (*cf. infra*). À périmètre constant, l'effort reste significatif avec une diminution de 46 millions d'euros pour le fonctionnement. Si toutes les missions doivent effectivement participer au redressement des comptes publics, le Rapporteur spécial s'étonne de l'importance de la baisse pour la mission **Santé**. Cette situation apparaît d'autant plus surprenante que le Gouvernement a indiqué faire de cette politique publique une de ses priorités.

### UNE RÉFLEXION À ENGAGER SUR LES AGENCES DE SANTÉ

Quelque 11 opérateurs relèvent de la mission **Santé**, soit 35,4% de son budget total. D'autres agences ou commissions reçoivent également des subventions de la mission.

Le rapport de l'inspection générale des finances sur les agences de l'État souligne que « *l'exercice de la tutelle de l'État [est...] insuffisamment stratégique* » et que le « *rapport de force entre les agences et leurs tutelles doit être rééquilibré en faveur des secondes* ». Il considère également que « *l'opportunité et les modalités de recours à des agences n'ont pas relevé d'une stratégie d'ensemble cohérente* ». Parmi les préconisations, il est proposé de mieux associer les agences aux efforts financiers de l'État et de « *rationaliser le paysage des agences au moyen d'une doctrine d'usage* »<sup>(1)</sup>.

Seules cinq agences de la santé et du secteur médico-social ont été concernées par l'étude (agence régionale de santé Rhône-Alpes, haute autorité de santé, centre national de gestion, agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Le ministère de la Santé a décidé d'étendre la réflexion et a demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances un rapport spécifique sur les agences de santé. Ce travail est actuellement en cours et devrait être remis à la ministre dans le courant de l'année 2013. Il semble opportun d'attendre ces conclusions avant d'engager une quelconque réforme de structure.

Pour autant, au vu de ses auditions le Rapporteur spécial considère qu'un important effort de regroupement doit être engagé. Si les compétences des différents opérateurs ne sont nullement à mettre en cause, elles apparaissent souvent redondantes voire concurrentes. Par exemple en matière de sécurité et de qualité des soins, pas moins de cinq agences interviennent, chacune dans un secteur donné, mais cette mission pourrait utilement être regroupée. Le Royaume-Uni a ainsi récemment concentré ses structures et semble avoir gagné en lisibilité et en efficacité.

---

(1) *Inspection générale des finances, rapport n° 2011-M-044-01, L'État et ses agences, mars 2012.*



Si la réduction du nombre des agences de santé apparaît inévitable, il importe que leur regroupement obéisse à une logique de mission : il convient de définir précisément les missions avant de décider d'un changement d'organisation. Il faut aussi s'interroger sur la pertinence du recours à des opérateurs pour exercer certaines prérogatives de puissance publique.

#### CHIFFRES CLÉS

En 2013, les crédits de la mission **Santé** atteignent 1,37 milliard d'euros en autorisations d'engagement et 1,29 milliard d'euros en crédits de paiement, soit une baisse de 6,33 % par rapport à l'année dernière.

Comme en 2012 la mission est constituée de deux programmes de poids similaire :

– le programme 204 couvre les crédits consacrés à la prévention, à la sécurité sanitaire et à la modernisation de l'offre de soins. Il assure le financement des principaux opérateurs en matière de santé, notamment ceux qui sont chargés de missions de sécurité sanitaire comme l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Il prend également à sa charge les dépenses de formation initiale et continue des professionnels de santé à hauteur de 127 millions d'euros ;

– le programme 183 finance l'aide médicale de l'État (AME) et l'indemnisation des victimes de l'amiante. Ses moyens baissent assez significativement, l'État ne versant aucune subvention au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en 2013 : les réserves du fonds doivent en effet lui suffire pour faire face aux demandes.

L'article 38 du projet de loi de finances rétablit le compte de concours financiers intitulé « Avances aux organismes de sécurité sociale » qui retrace les versements à l'ACOSS et les remboursements des avances sur le montant des recettes affectées aux caisses et régimes de sécurité sociale



## PREMIÈRE PARTIE : LE PROGRAMME PRÉVENTION, SÉCURITÉ SANITAIRE ET OFFRE DE SOINS

Les crédits du programme 204 Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins baissent d'environ 5 % alors qu'ils progressaient de 26,5 % l'année dernière. La diminution des ressources prévue en 2013 apparaît préoccupante car elle pourrait fragiliser les changements de structure engagés ces dernières années. Le tableau ci-après présente l'évolution des crédits pour chaque action du programme.

### ÉVOLUTION DES CRÉDITS DU PROGRAMME 204

(en millions d'euros)

	AE			CP		
	2012	2013	Évolution	2012	2013	Évolution
Pilotage de la politique de santé	83,9	85,6	2,03%	83,9	85,6	2,01 %
Accès à la santé et éducation à la santé	30,7	25,9	- 15,66%	30,7	26,1	- 15,11 %
Prévention des risques infectieux	9,7	9,8	0,87%	9,7	9,8	0,87 %
Prévention des maladies chroniques	67,3	66,7	- 0,92%	67,3	66,5	- 1,17 %
Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	21,6	21,6	- 0,42%	21,6	21,6	- 0,42 %
Réponse aux alertes et gestion des urgences	27,3	20,4	- 25,28%	27,3	20,4	- 25,28 %
Qualité, sécurité et gestion des produits de santé	161,4	150,3	- 6,86%	161,4	150,4	- 6,85 %
Projets régionaux de santé	182,5	150,0	- 17,77%	182,5	150,0	- 17,77 %
Modernisation de l'offre de soins	153,8	170,9	11,10%	153,8	170,9	11,10 %
<b>Total programme</b>	<b>738,3</b>	<b>701,2</b>	<b>- 5,02%</b>	<b>738,3</b>	<b>701,2</b>	<b>- 5,02 %</b>

Source : projet annuel de performances 2013

Les opérateurs représentent l'essentiel du programme 204 avec 330 millions d'euros, soit 47% du total des crédits ouverts. Le tableau suivant détaille la répartition des subventions pour charge de service public.

**SUBVENTION POUR CHARGE DE SERVICE PUBLIC VERSÉE AUX OPÉRATEURS  
PAR LE PROGRAMME 204**

*(en millions d'euro)s*

Opérateur	2012	2013	Évolution
ABM (agence de biomédecine)	12,60	15,2	20,6 %
ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)	134,91	128,5	- 4,8 %
Ansès (agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)	13,70	13,7	0,0 %
AITH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation)	3,52	3,4	- 3,4 %
CNG (centre national de gestion)	5,23	3,8	- 27,4 %
EHESP (école des hautes études en santé publique)	11,00	10,6	- 3,6 %
EPRUS (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires)	26,30	19,4	- 26,2 %
INCa (institut national du cancer)	56,00	55,7	- 0,5 %
INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé)	29,00	24,2	- 16,6 %
INVS (institut de veille sanitaire)	53,90	55,6	3,2 %
<b>Total</b>	<b>346,16</b>	<b>330,10</b>	<b>- 4,6 %</b>

Source : PLF 2013

**I.- L'AVENIR FRAGILE DES RÉFORMES STRUCTURELLES**

Au cours des dernières années, le précédent Gouvernement avait engagé un mouvement de fond pour améliorer le pilotage de la politique de santé et pour en limiter les coûts. Plusieurs projets de loi ont consacré ces nouvelles orientations, qu'il s'agisse de la loi relative à la sécurité sanitaire du médicament <sup>(1)</sup> ou de la loi « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) <sup>(2)</sup>. Les nouvelles structures ont été progressivement mises en place et ont atteint leur rythme de croisière en 2012.

**A.- LA NOUVELLE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ**

**1.- La nouvelle agence de sécurité du médicament**

*a) Une nouvelle gouvernance*

À la suite de l'affaire du Mediator, le rôle, la place et les moyens de l'agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps) ont été complètement revus. La nouvelle agence de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) rompt toute dépendance financière vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique <sup>(3)</sup>, la subvention pour charge de service public de l'État couvrant tous ses besoins.

(1) Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(3) Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le décret du 27 avril 2012 <sup>(1)</sup> organise la gouvernance de l'agence : l'une des principales modifications concerne l'organisation des commissions, comités et groupes de travail. Il appartient au directeur général de proposer au conseil d'administration et au conseil scientifique « *les modalités de fonctionnement* » de ces structures. L'organisation interne de l'agence se structure autour de directions « métiers » et de directions « produits ». Les cinq directions « métiers » animent de façon transverse les différentes filières de spécialités professionnelles (affaires juridiques, évaluation, surveillance, contrôles et inspection). Les huit directions « produits » sont responsables de l'ensemble des missions et activités spécifiques à un portefeuille de produits. Il s'agit de garantir le suivi des produits de santé sur l'ensemble de leur cycle de vie, le maintien et l'amélioration des compétences, la cohérence des méthodes de travail et de l'expertise de l'agence mais aussi le pilotage des dossiers et leur validation.

Le budget de l'ANSM relève intégralement de l'action 17 *Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain*. Malgré l'importance des missions confiées à l'agence, sa dotation passe de 135 millions d'euros en 2012 à 128,5 millions d'euros en 2013. Son plafond d'emplois baisse quant à lui de 10 équivalents temps plein. L'agence a déjà opéré d'importants redéploiements internes pour respecter le plafond d'emplois. Avec la nouvelle réduction, l'agence sera contrainte d'établir des priorités voire de renoncer à certaines missions. Cette situation sera d'autant plus difficile que sa montée en puissance n'est pas encore totalement achevée.

#### *b) Prévenir les conflits d'intérêt*

La nouvelle architecture vise à renforcer l'expertise interne de l'agence et surtout à mettre un terme aux possibles conflits d'intérêt. L'agence dispose depuis avril 2012 d'un service de déontologie de l'expertise qui veille au respect du principe d'impartialité. Le décret du 9 mai 2012 <sup>(2)</sup> prévoit que le personnel de direction et d'encadrement ainsi que l'ensemble du personnel de l'agence sont tenus de remplir une déclaration d'intérêts. Pour les personnels de direction et d'encadrement, cette déclaration est rendue publique et publiée sur le site de l'ANSM depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

---

(1) Décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 relatif à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

(2) Décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire.

Outre les exigences de transparence, l'agence veille à éviter toute incompatibilité au moment du recrutement ou durant la durée du mandat. Sont ainsi interdits :

– la perception de rémunérations personnelles de la part des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire au sein de laquelle la personne exerce ses fonctions, ou de l'organe consultatif dont elle est membre ;

– l'exercice de la responsabilité d'investigateur principal d'essais cliniques impliquant des produits de santé.

Le tableau suivant détaille le régime d'incompatibilités s'appliquant aux membres des instances de l'ANSM.

**CHAMP DES INCOMPATIBILITÉS S'APPLIQUANT AUX MEMBRES DES INSTANCES  
DE L'ANSM**

<b>Intérêts pour lesquels les experts s'engagent à se défaire et à ne pas contracter pendant la durée de leur mandat</b>	<b>Intérêts actuels que les experts peuvent conserver ou contracter pendant la durée de leur mandat</b>
<b>Salariat</b> dans l'industrie ou sociétés de conseil	
<b>Participations financières directes</b> <sup>(1)</sup> > à 5 000 euros ou 5 % du capital (actions, obligations gérées directement ou capitaux propres) dans l'industrie	<b>Participations financières directes</b> < à 5 000 euros ou 5 % du capital (actions, obligations gérées directement ou capitaux propres) dans l'industrie
<b>Participation personnelle <u>rémunérée ou non</u> à une instance décisionnelle</b> de l'industrie pharmaceutique	
<b>Activité personnelle de consultant, de conseil ou d'expertise <u>rémunérée ou non</u></b> pour le compte de l'industrie ou de sociétés de conseil	
<b>Travaux scientifiques et études <u>rémunérés ou non</u></b> réalisés par l'expert pour le compte de l'industrie ou sociétés de conseil	
<b><u>Investigateur principal</u></b> <sup>(2)</sup> d'un essai clinique ou expérimentateur principal d'un essai préclinique, <b><u>rémunéré ou non</u></b>	<b>Investigateur non principal</b> d'un essai clinique ou expérimentateur d'un essai préclinique, <b><u>rémunéré ou non</u></b>
<b>Rédaction d'articles et interventions (prises ou non en charge), dans les congrès, conférences, colloques, réunions publiques ou formations organisées ou soutenues financièrement par des entreprises</b> – <b><u>si rémunérées personnellement</u></b>	<b>Rédaction d'articles et interventions (prises ou non en charge), dans les congrès, conférences, colloques, réunions publiques ou formations organisées ou soutenues financièrement par des entreprises</b> <sup>(3)</sup> – <b><u>si non rémunérées</u></b> – <b><u>si rémunération institutionnelle</u></b>
<b>Activités dirigées par le déclarant</b> financées par un organisme à but lucratif du secteur contrôlé – <b><u>si rémunérées personnellement</u></b>	<b>Activités dirigées par le déclarant</b> <sup>(3)</sup> financées par un organisme à but lucratif du secteur contrôlé – <b><u>si non rémunérées</u></b> – <b><u>si rémunération institutionnelle</u></b>
	<b>Détention ou invention d'un brevet <u>rémunérée ou non</u></b> <sup>(3)</sup> ou l'invention d'un procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée, en relation avec secteur contrôlé
	<b>Liens familiaux</b> <sup>(3)</sup> ( <b>salariat/participations financières dans l'industrie</b> ) : parents, enfants, conjoint, concubin, pacsé + ses parents et enfants

(1) Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP – dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration.

(2) Est considéré comme « investigateur principal », l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale (sont exclus de cette définition, les investigateurs – même s'ils sont dénommés « principaux » d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination). Les membres d'un comité de surveillance et de suivi d'un essai clinique sont également inclus dans cette définition.

(3) Sous réserve de la gestion des conflits d'intérêts (restrictions de participation).

Source : rapport d'activité 2011 de l'ANSM

## 2.– L'évaluation médico-économique

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la haute autorité de santé (HAS) est chargée d'une mission d'évaluation médico-économique. Il lui appartient de « *documenter de manière scientifique, pertinente et durable les enjeux pour la société des choix qu'elle consent quotidiennement* ». Elle doit « *éclairer le décideur public sur une éventuelle disproportion entre le différentiel de coût et le différentiel d'efficacité entre interventions comparables* ». Depuis 2009, une soixantaine de travaux ont été publiés dont notamment le guide méthodologique d'évaluation économique de la HAS. La LFSS pour 2012 a confirmé cette mission médico-économique en créant une commission spécialisée pour les études médico-économiques. Elle prévoit également un recours plus fréquent à l'évaluation dès la première utilisation d'un médicament ou d'un dispositif médical.

Lors de la création de la HAS, le législateur avait souhaité s'assurer de son indépendance et de son caractère technique. Dans son rapport sur la loi relative à l'assurance maladie <sup>(1)</sup>, M. Jean-Michel Dubernard soulignait qu'il appartiendrait à la HAS « *d'objectiver davantage les conditions de prise en charge des actes et des produits de santé par l'assurance maladie* ». Pour autant, il ne lui appartient pas de trancher en dernier ressort ; « *par son expertise médicale, [elle] devra [...] contribuer à l'élaboration des décisions prises dans le domaine du remboursement ainsi que des conditions particulières de prise en charge des soins pour les affections de longue durée* » <sup>(2)</sup>.

Il est déterminant de disposer d'une instance d'expertise indépendante tant sur le plan intellectuel que financier. À ce titre, le Rapporteur spécial invite à repenser le financement de la HAS détaillé dans le tableau ci-après.

### FINANCEMENT DE LA HAS

(en millions d'euros)

Recettes	Exécution 2011
Subvention État	8,07
Dotation Assurance maladie	26,53
Fraction de 10 % redevances promotion médicaments	15,93
Fraction de 44 % redevances promotion dispositifs médicaux	10,84
Taxes médicaments et dispositifs médicaux	4,12
Recettes diverses	1,90
<b>TOTAUX</b>	<b>67,38</b>
Solde 2010 redevances promotion médicaments et dispositifs médicaux	2,72

Source : HAS – Rapport d'activité 2011

Le Rapporteur spécial considère qu'il est malsain que 40 % des ressources de l'autorité proviennent d'une taxation sur la promotion des médicaments et dispositifs médicaux.

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) Rapport n° 1703 du 24 juin 2004 fait par M. Jean-Michel Dubernard au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi (n° 1675) relatif à l'assurance maladie.



Dans le cadre de la réflexion globale sur les agences de santé, le périmètre des missions de la HAS doit également être examiné. La mission prioritaire d'évaluation doit néanmoins être préservée et dotée de moyens adéquats. Le Rapporteur spécial ne peut que s'inquiéter des éventuelles conséquences de la diminution de la subvention de l'État à l'autorité qui passe de 8 millions d'euros en 2012 à 7,2 millions d'euros en 2013.

## B.— L'AVENIR DES PLANS DE SANTÉ

Durant la précédente législature, le Gouvernement a choisi de mettre l'accent sur plusieurs secteurs de la santé en créant des plans nationaux spécifiques. Cette logique permet, d'une part, de donner de la visibilité à des sujets souvent techniques et, d'autre part, de structurer l'action de tous les acteurs. Cette approche transversale est parfois difficile à mettre en place, notamment lorsqu'il faut réunir des compétences en matière de recherche, de soins, d'accompagnement personnel... Nombre de ces plans s'achevant en 2012 ou en 2013, il est urgent de définir une nouvelle stratégie pour ces domaines.

### 1.— Un bilan très positif des plans engagés

Une petite vingtaine de plans ont été engagés ; ils traitent d'une pathologie (plan Alzheimer, plan cancer, plan de prévention VIH/SIDA...), d'un champ médical (plan psychiatrie mentale) ou s'inscrivent dans une réflexion plus globale (plan bien vieillir, plan sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques...). Les résultats sont particulièrement positifs lorsque le plan comporte une partie dédiée à la recherche : l'offre de soins est alors soutenue par une communauté scientifique de haut niveau sur la thématique correspondante. Si ces plans ont globalement contribué à améliorer la prise en charge des patients ou la compréhension d'un phénomène particulier, le Rapporteur spécial souhaite attirer plus spécifiquement l'attention sur trois plans : le plan Alzheimer, le plan cancer et le plan maladies rares.

#### *a) Le plan Alzheimer*

Créé en 2008, le plan Alzheimer et maladies apparentées s'achève en 2012. Durant cette période, il a permis d'établir un maillage territorial avec la création de 66 « consultations mémoire » et le renforcement de 229 autres. Aujourd'hui il existe 469 consultations hospitalières et 500 points d'accueil. La labellisation des neurologues libéraux pour les consultations mémoire a par ailleurs commencé.

La prise en charge des pathologies s'appuie sur les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Elles créent un partenariat coresponsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins. Après une phase d'expérimentation avec 17 maisons

entre 2008 et 2011, le dispositif a été généralisé sur l'ensemble du territoire. Actuellement 55 MAIA sont opérationnelles et 94 nouveaux projets ont été sélectionnés en juin dernier.

Pour faciliter la prise en charge à domicile, le plan prévoit 500 équipes mobiles pluridisciplinaires, composées de professionnels formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage dès le début de la maladie. Actuellement 223 équipes opérationnelles spécialisées dans le maintien à domicile sont déployées. En parallèle 79 plateformes de répit offrent une prestation thérapeutique aux malades pendant une ou plusieurs demi-journées, ce qui permet aux équipes soignantes de prendre un nécessaire repos. Au total, 11 200 places d'accueil de jour ont été créées.

Les malades présentant des troubles du comportement modérés sont accueillis dans un des 536 pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ainsi que dans une des 127 unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les malades présentant des troubles plus sévères.

Au-delà de cette amélioration très significative de l'offre de soins, le plan a prévu des initiatives en termes de recherche clinique. Le Rapporteur spécial a par exemple visité l'institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (IM<sup>2</sup>A) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Un diagnostic précoce et plus sûr est un pré-requis indispensable pour la recherche et le développement de nouveaux traitements. Le centre propose pour cela un plateau technique exceptionnel. Toutes les informations collectées alimentent une base de données indispensable au travail de recherche. Les équipes de l'IM<sup>2</sup>A travaillent avec toutes les équipes présentes sur le site hospitalier et notamment avec celles de l'institut du cerveau et de la moelle (ICM).

Le statut d'institut hospitalo-universitaire de l'ICM, financé par le grand emprunt, constitue à ce titre un avantage déterminant et donne aux équipes les moyens de progresser. Ces instituts ont vocation à stimuler la recherche biomédicale dans des secteurs porteurs, à assurer la promotion d'innovations et à faciliter leur exploitation dans le cadre de partenariats industriels jusqu'à leurs transferts dans la pratique de soins. Ils visent à accroître la compétitivité de la France et à permettre aux patients de bénéficier le plus tôt possible des avancées thérapeutiques.

#### *b) Le plan Cancer*

Dans le cadre de son questionnaire, le Rapporteur spécial avait demandé au ministère de la Santé un bilan du plan Cancer. Il ne peut que regretter que cette question soit demeurée sans réponse. Seul l'institut du cancer (INCa) lui a transmis des éléments à ce sujet.

Le plan 2009-2013 s'organise autour de 199 actions avec un budget total de 1,9 milliard d'euros. Sur les trois premières années du plan, environ 90 % des crédits ont été consommés et seules sept actions sont en retard par rapport au programme établi.

### **Le cancer en France**

En 2011, le nombre de nouveaux cas de cancers est estimé à 365 500 (207 000 hommes et 158 500 femmes). Plus de la moitié des cas sont diagnostiqués chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les moins de 65 ans, le nombre de nouveaux cas de cancer dans l'année s'élève à environ 153 000 personnes.

La mortalité a diminué au cours des vingt dernières années grâce aux progrès thérapeutiques et à des diagnostics plus précoces. Le tabac reste la première cause de décès lié au cancer en France, comme dans le reste du monde.

Les projections de survie des adultes montrent que 50 % des patients avec un diagnostic de cancer seront vivants après cinq ans et 38 % seront guéris. Ces données cachent cependant des différences fortes selon les types de cancers et le stade de la maladie au moment du diagnostic. Si pour 40 % des nouveaux cas de cancers, la survie après cinq ans est égale ou supérieure à 80 % (prostate, sein, mélanome...), en revanche pour 17 % des nouveaux cas, la survie est inférieure à 20 % (poumon-plèvre, foie, pancréas...).

*Source : La situation du cancer en France en 2011, INCa.*

Les données statistiques montrent que le cancer reste une maladie très présente sur notre territoire. Si le taux de mortalité baisse, c'est grâce aux efforts et aux investissements engagés ces dernières années. Le plan cancer constitue à ce titre une réussite incontestable.

En termes de recherche, on peut noter plusieurs progrès enregistrés avec le deuxième plan cancer. La recherche translationnelle accélère par exemple le nombre de patients participant aux essais cliniques, la participation ayant augmenté de 63 % depuis 2008. En 2010, 6 100 patients ont bénéficié de tests de génétique moléculaire, soit deux fois plus qu'en 2008. En outre sept tumeurs font désormais l'objet d'un suivi médical personnalisé. La visibilité internationale de la recherche française contre le cancer s'est également accrue avec la participation au programme ICGC (*International Cancer Genome Consortium*) visant à séquencer les génomes des principaux types de cancer. Par ailleurs, les sept cancéropoles ont permis de renforcer le *continuum* entre recherche fondamentale et recherche clinique.

L'INCa a contracté des engagements pluriannuels allant jusqu'en 2016, notamment en matière de recherche. Il ne sera pas en mesure de les financer sur ses fonds propres sauf à préempter l'ensemble de ses ressources, seuls les crédits liés à un nouveau plan pourront y pourvoir. Le Président de la République a indiqué vouloir engager un troisième plan cancer mais à ce stade aucun arbitrage n'a encore été rendu.

Le Rapporteur spécial invite très fortement le Gouvernement à prolonger cette action. L'INCa est d'ailleurs par définition voué à porter de telles initiatives puisqu'il s'agit d'un groupement d'intérêt public (GIP) réunissant l'ensemble des acteurs du domaine.

### *c) Le plan maladies rares*

Le deuxième plan maladies rares 2011-2014 s'inscrit dans la continuité du plan national maladies rares 2005-2008. Il est le fruit d'une coopération interministérielle et des expertises croisées de l'ensemble des directions concernées. Les associations de patients (AFM, Alliance maladies rares, ELA, EURORDIS et Vaincre la mucoviscidose) sont par ailleurs parties prenantes au projet.

Doté de 180 millions d'euros, ce deuxième plan s'articule autour de trois axes, 15 mesures, 47 actions et quatre focus. Les trois axes portent sur l'amélioration de la prise en charge du patient, le développement de la recherche sur les maladies rares et l'amplification des coopérations européennes et internationales.

Le dispositif de suivi et d'évaluation s'organise autour d'un comité de suivi et de prospective auquel est confié le pilotage stratégique, de deux vice-présidents scientifiques (respectivement « recherche » et « santé ») qui sont les garants de la coordination et de la cohérence des actions menées dans leurs domaines respectifs, d'un secrétaire général chargé de la mise en œuvre du plan, et des agences régionales de santé.

De ce cadre, le projet RADICO reçoit un financement de plus 10 millions d'euros. Il s'agit de fédérer des cohortes de patients atteints de maladies rares. Il sera ainsi possible de sélectionner des « *données patients* » nécessaires pour les études épidémiologiques et de santé publique, assurant ainsi la constitution d'une banque commune de données sur les maladies rares. Le projet vise également à faire émerger des programmes de recherche en lien avec les partenaires industriels et les acteurs socioéconomiques pour accroître la visibilité des actions développées dans le domaine diagnostique et thérapeutique, et pour mieux accompagner les patients et leurs familles. Le projet concernera en France 250 000 personnes. On estime que les maladies rares sont responsables de 25 % des hospitalisations pédiatriques et de plus de 10 % des décès prématurés. Le

projet RADICO permettra le développement de nouvelles thérapies mais les découvertes issues de ce projet pourront également avoir d'autres retombées et devraient contribuer à améliorer le traitement de maladies plus fréquentes.

Le Rapporteur spécial avait souhaité disposer d'un bilan du plan 2005-2008 et d'éléments sur le plan actuel ; ces données ne lui ont pas été transmises.

\*

Le Rapporteur spécial considère qu'il est de bonne pratique de donner de la visibilité à ces projets et d'aller d'un plan à l'autre. Outre les aspects financiers, c'est aussi une reconnaissance du travail accompli et une invitation à poursuivre les efforts engagés.

## 2.- Un principe et des moyens à préserver

Lors de ses auditions, le Rapporteur spécial a été frappé par l'inquiétude de l'ensemble des opérateurs impliqués dans des plans nationaux. Une réflexion d'ensemble sur la pertinence même des plans semble être engagée mais sans y associer les parlementaires. Il semble pourtant que si une telle inflexion devait, hélas, avoir lieu, il conviendrait que cela intervienne après un débat public et sur la base d'arguments objectifs. Cette idée semble guidée par des préoccupations strictement financières ; si elles ne peuvent pas s'abstraire de considérations budgétaires, les questions de santé publique ne sauraient être soumises à une logique aveugle de réduction de leurs crédits. Ce serait à tout le moins préjudiciable pour nos concitoyens et, accessoirement, en totale contradiction avec les engagements de la nouvelle majorité.

À ce stade, le Rapporteur spécial ne dispose d'aucune donnée justifiant d'une quelconque manière l'arrêt des plans nationaux. Au contraire, tous les entretiens qu'il a conduits montrent que cette logique permet d'améliorer les échanges entre acteurs et génère des synergies particulièrement positives. Les opérateurs spécialisés peuvent certes relayer des orientations, mais ils ne pourront jamais donner l'impulsion politique d'un plan national.

\*

Les avancées structurelles engagées ces dernières années visaient à renforcer la lisibilité et l'efficacité du dispositif de santé. Les structures mises en place commencent à être pleinement opérationnelles, engrangeant des premiers résultats très positifs. Cette dynamique est aujourd'hui sinon remise en cause au moins fragilisée par une baisse des moyens budgétaires. Il est indispensable de donner rapidement à l'ensemble des acteurs des orientations claires avec des perspectives financières pluriannuelles.

## II.– LES CRÉDITS CONSACRÉS À L'ORGANISATION ET À L'OFFRE DE SOINS

### A.– LA PREMIÈRE ANNÉE DE PLEIN FONCTIONNEMENT DES ARS

Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi « HPST » du 21 juillet 2009<sup>(1)</sup>. Leur financement est assuré par des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie ainsi que par une subvention de l'État inscrite à l'action 17 du programme 124 Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative de la mission **Solidarité, insertion et égalité des chances**. La mission **Santé** prend quant à elle en charge les dépenses relatives, d'une part, à la sécurité sanitaire et, d'autre part, à la mise en œuvre des politiques de santé publique menées au titre de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé. Elle finance également les actions des ARS relatives aux formations médicales extrahospitalières.

#### 1.– Le fonds d'intervention régional

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 crée le fonds d'intervention régional (FIR). Géré par la caisse nationale d'assurance maladie, il regroupe au sein d'une même enveloppe les crédits qui sont pilotés par les ARS et qui répondent à trois objectifs complémentaires de la politique de santé :

- la permanence des soins ;
- la performance et la qualité des soins ;
- la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires.

Ce fonds vise à procéder à un décloisonnement entre les secteurs de la prévention, ambulatoire, hospitalier et médico-social ainsi qu'à donner aux ARS une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits. Les crédits sont versés globalement au FIR sous forme de crédits d'intervention, afin de concourir à l'ensemble des actions territoriales mises en œuvre par les ARS.

Les ARS reçoivent également, par l'intermédiaire du FIR, la contribution de l'assurance maladie au titre de la prévention. En effet, le FIR met en commun les dotations de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) et en établissements de santé (PDSA et PDSES)<sup>(2)</sup>, du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) et les crédits de prévention qui, selon les cas, sont versés à des tiers ou représentent des charges de l'ARS.

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, op. cit.

(2) PDSA : permanence des soins ambulatoires.

PDSES : permanence des soins en établissement de santé.

Il appartient à chaque ARS de garantir le respect de l'affectation des crédits de prévention à leur finalité initiale, telle que définie par le programme ou le fonds allouant ces enveloppes. Elle doit également en assurer la répartition, conformément aux orientations des plans nationaux de santé publique, ainsi que des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas régionaux de prévention (SRP), pour enfin analyser l'impact des actions déployées.

Jusqu'à l'année dernière, les ARS recevaient directement ces fonds qui étaient donc inscrits au sein du titre 3 (dépenses de fonctionnement). Désormais ils apparaissent parmi les dépenses d'intervention (titre 6). Au total, l'impact financier devrait être nul pour les ARS : les crédits du programme 204 baissent de 18 %, passant de 182,5 millions d'euros en 2012 à 150 millions d'euros en 2013 ; en revanche les crédits du programme 124 progressent de près de 30 millions d'euros.

## 2.– Les dotations de l'État aux ARS

Le tableau suivant retrace l'ensemble des crédits de l'État versés aux ARS.

### CRÉDITS DE L'ÉTAT VERSÉS AUX ARS

(en milliers d'euros)

Action ou programme intéressé ou nature de la dépense	LFI 2012		PLF 2013	
	Autorisations d'engagement	Crédit de paiement	Autorisations d'engagement	Crédits de paiement
<b>Programme 124 : Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative</b>	<b>561 183</b>	<b>561 183</b>	<b>591 125</b>	<b>591 125</b>
<i>Action n° 7 : Financement des Agences régionales de santé</i>	<b>561 183</b>	<b>561 183</b>	<b>591 125</b>	<b>591 125</b>
Subventions pour charges de service public	561 183	561 183	591 125	591 125
<b>Programme 162 : Interventions territoriales de l'État</b>	<b>1 400</b>	<b>1 400</b>	<b>1 315</b>	<b>1 315</b>
Transferts	1 400	1 400	1 315	1 315
<b>Programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins</b>	<b>314 714</b>	<b>314 714</b>	<b>127 000</b>	<b>127 000</b>
Subventions pour charges de service public	182 464	182 464		
Transferts (formation médicale rurale)	132 250	132 250	127 000	127 000
<b>Total</b>	<b>877 297</b>	<b>877 297</b>	<b>719 440</b>	<b>719 440</b>

Source : PLF 2013

Les ARS participent néanmoins à l'effort collectif avec une baisse assez significative de leurs effectifs, comme le montre le tableau suivant.

## ÉVOLUTION DES EMPLOIS DES ARS

(en équivalents temps plein)

	LFI 2012	PLF 2013
Emplois (ETP) rémunérés par l'opérateur	9 281	9 038
– sous plafond	9 281	9 038
Autres emplois (ETPT) en fonction dans l'opérateur	189	189
rémunérés par d'autres collectivités ou organismes	189	189

Source : PLF 2013

Cette tendance ne saurait se poursuivre sans remettre en cause la capacité des agences à assurer l'ensemble de leurs missions.

### B.– LA FORMATION MÉDICALE

#### 1.– La formation médicale initiale

Les crédits inscrits à l'action 19 *Modernisation de l'offre de soins* servent à financer :

- les stages extra-hospitaliers des internes pendant lesquels leur CHU de rattachement leur assure le versement des émoluments forfaitaires, des charges sociales et, le cas échéant, des indemnités compensatrices d'avantages en nature. Lorsqu'elles sont réglementairement prévues, ces dépenses font l'objet d'un remboursement au CHU par le budget du ministère chargé de la Santé ;

- les stages des internes en médecine générale chez les médecins généralistes agréés. Pendant ces six mois à temps plein, les internes sont rémunérés selon les mêmes modalités que pour les stages extra-hospitaliers des internes de spécialité, cette rémunération étant remboursée aux CHU sur les crédits figurant au budget du ministère de la Santé ;

- les indemnités des maîtres de stages ;

- l'année-recherche des étudiants en médecine, en pharmacie et en odontologie les mieux classés de l'internat. Ils peuvent effectuer une année de recherche médicale ou biomédicale financée par l'État dans le cadre d'un master de recherche ;

- le stage de 2<sup>e</sup> cycle des études médicales chez un médecin généraliste agréé. Ce dispositif a été créé par le plan de démographie médicale en date du 25 janvier 2006. Il concerne les étudiants de première ou de deuxième année de la deuxième partie du deuxième cycle qui effectuent un stage chez un médecin généraliste agréé, d'une durée de deux mois maximum.

Le montant de l'enveloppe pour 2013 a été déterminé en fonction du nombre d'étudiants sur la base de l'évolution du *numerus clausus*. Au total 127 millions d'euros sont prévus en 2013 dont 23,7 millions pour l'indemnisation des maîtres de stage, 6,56 millions pour l'année de recherche et près de 97 millions pour l'indemnisation des stagiaires. Le tableau ci-après détaille le nombre d'étudiants concernés et le coût moyen de chaque dispositif.



**MONTANT DES INDEMNITÉS DES STAGES DE FORMATION MÉDICALE INITIALE**

	<b>Nombre de stagiaires</b>	<b>coût moyen par stage (en €)</b>	<b>coût total (en euros)</b>
Stages extrahospitaliers hors internes de médecine général et ambulatoire	461	38 324 €/an x 6 mois	8 833 682
Rémunération des internes de médecine générale en stage	3 087	35 218 €/an x 6 mois	54 358 983
Rémunération des internes de médecine générale en stage libéral de pédiatrie et/ou gynécologie	444	31 820 €/an x 6 mois	7 064 040
Rémunération des internes (hors médecine générale) en stage extra-hospitalier (péd.gyneco)	70	38 324 €/an x 6 mois	1 341 340
Rémunération des internes ou résidents en 6 <sup>e</sup> semestre	1 243	35 487 €/an x 6 mois	22 055 171
Rémunération des stagiaires de 2 <sup>e</sup> cycle	6 785	nd	3 104 138
<b>Total des indemnités des stagiaires</b>	<b>12 090</b>	<b>nd</b>	<b>96 757 354</b>

Source : PLF 2013

**2.– La formation continue**

L'article 59 de la loi HPST <sup>(1)</sup> a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles. Il prévoit également la création d'un fonds de financement de la formation professionnelle continue. L'objectif est de regrouper dans un même dispositif les 209 000 médecins, les 40 930 chirurgiens dentistes, les 74 059 pharmaciens, les 19 208 sages-femmes ainsi que les auxiliaires paramédicaux.

Le groupement d'intérêt public de « l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu » (GIP OGDPC) est chargé de gérer les sommes affectées au DPC, d'enregistrer les organismes qui assurent la formation et de veiller au fonctionnement des commissions scientifiques indépendantes créées pour chacune des professions concernées.

En 2010 et 2011, les textes d'application avaient pris du retard ; dès lors tous les crédits n'avaient pas été versés, les structures n'étant pas en mesure de les consommer. Sur ces exercices, l'État a néanmoins versé 1,65 million d'euros à la fédération des spécialités médicales (FSM) pour la mise en place du développement professionnel continu. Cet organisme qui fédère plus de quarante spécialités médicales et chirurgicales a passé une convention avec l'État pour contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, par la promotion d'un travail collégial approfondi et par l'animation d'un dialogue inter-spécialités et transversal aux différents modes d'exercice.

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, op. cit.

L'arrêté du 19 avril 2012 <sup>(1)</sup> a approuvé la convention constitutive du GIP OGDPC qui reçoit désormais les financements de l'État ainsi qu'une contribution de 115,4 millions d'euros versée par l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

En 2013, le financement du DPC sera assuré par une contribution des caisses d'assurance maladie, ainsi que par une fraction du produit de la taxe pharmaceutique prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

### 3.- Les crédits de l'EHESP

Établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel, constitué sous la forme d'un grand établissement, l'école des hautes études en santé publique (EHESP) assure la formation des personnels ayant à exercer des fonctions de direction, d'inspection ou de contrôle. Il délivre un enseignement supérieur en matière de santé publique avec un réseau national. Il contribue aux activités de recherche et développe des relations internationales dans l'ensemble de ces domaines, notamment par des échanges avec les autres établissements d'enseignement.

Le nouveau contrat d'objectif et de performance (COP) pour les années 2012-2013 s'organise autour de quatre objectifs :

- faire évoluer la gouvernance pour améliorer l'efficacité de la gestion ;
- assurer une offre de formation ouverte et adaptée à l'évolution des compétences attendues ;
- promouvoir la recherche, l'expertise et la mobilisation des connaissances au service des missions de formation ;
- développer la politique internationale de l'école.

La dotation versée par le programme 204 tient compte de ces objectifs puisqu'elle est maintenue à un niveau comparable à celui de l'année dernière. Lors de son audition, le directeur de l'école a toutefois indiqué que les marges de manœuvre sont aujourd'hui très étroites et qu'il doit composer avec une structure de ses ressources humaines peu adaptée à ses besoins. Il souffre ainsi d'un véritable déficit de compétences comptables et financières, ainsi qu'en matière de ressources humaines. De même, un arrêté prévoit que l'EHESP assure la formation des attachés d'administration hospitalière mais sans moyen associé.

---

(1) Arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Organisme gestionnaire du développement professionnel continu ».

Les comptes de l'école doivent par ailleurs faire l'objet d'une certification en 2013, comme l'ensemble des grands établissements. Cette évolution risque d'avoir, au moins transitoirement, un impact important sur les ressources de l'école qui pourrait avoir à inscrire un montant conséquent au titre des amortissements.

L'école disposait enfin de locaux parisiens mis à sa disposition par l'AP-HP à titre gracieux. Désormais elle devra acquitter un loyer au cours du marché. Faute de pouvoir faire face à cette nouvelle dépense, elle a réduit son implantation à deux sites au lieu de quatre. L'EHESP devra, à moyens constants et après avoir déjà réduit toutes ses dépenses de fonctionnement et de soutien, dégager des ressources pour faire face à ce surcoût.

### C.- LES AUTRES FINANCEMENTS DE L'ACTION

L'action 19 retrace également les dotations de l'État au profit de la haute autorité de santé et de l'agence pour le développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP). Ces sommes ne représentent qu'une partie des ressources de ces opérateurs qui reçoivent pour l'essentiel des dotations des organismes de sécurité sociale.

Les subventions pour charge de service public du centre national de gestion (CNG) et de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) relèvent également de l'action 19.

- Créé en 2005, le CNG prend en charge la gestion du personnel hospitalier (directeur d'hôpital, d'établissement sanitaire et social, directeur de soins, praticien hospitalier...), l'organisation des concours pour ces professions ainsi que pour les attachés d'administration hospitalière, les internes et les praticiens diplômés hors de l'Union européenne. La loi HPST a étendu ses missions en lui confiant notamment la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des directeurs de soins, la gestion des personnels en surnombre et la mise en œuvre des contrats d'engagement de service public pour les étudiants ou les internes qui s'engagent à exercer dans des régions en sous-densité hospitalière. Il est également en charge des sept internats de médecine. Aujourd'hui le CNG gère environ 60 000 personnels, organise quelque 20 concours annuels et pilote, en lien avec les conseils des ordres, les 44 commissions nationales d'autorisation d'exercice aux professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme.

Ces missions constamment élargies depuis la création du centre seront encore étendues en 2013 avec la prise en charge de la partie hospitalière de la gestion des personnels enseignants et hospitaliers des disciplines médicales, pharmaceutiques et odontologiques, soit 7 000 personnels de plus. Depuis le

quatrième trimestre 2012, le CNG prend également en compte le nouveau dispositif de contrat d'engagement de service public relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice.

Malgré ces nouvelles missions, les moyens étatiques du CNG sont en baisse, la subvention de l'État passant de 5,2 millions en 2012 à 3,8 millions d'euros en 2013. Le tableau suivant détaille l'évolution des ressources de l'opérateur.

#### ÉVOLUTION DES RESSOURCES DU CNG

(en euros)

Dotations et contributions	Budget 2012	Prévision 2013	Évolution en %
État	5 087 201	3 800 000	- 25,3 %
Assurance maladie	19 500 000	18 500 000	- 5,1 %
Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics	16 168 000	16 696 574	+ 3,3 %
<b>Total</b>	<b>40 755 201</b>	<b>38 806 574</b>	<b>- 4,3 %</b>

Source : CNG

L'équilibre sera atteint par un nouveau prélèvement sur le fonds de roulement qui ne représenterait plus que 2,52 mois d'activité (contre 3,83 mois en 2012). S'il est légitime de limiter les montants du fonds de roulement, il serait dangereux de le réduire plus encore.

● Établissement public administratif créé en 2000, l'ATIH est l'opérateur de référence pour la collecte de données sur l'activité et les coûts des établissements ; il constitue également un centre de production des outils de régulation tarifaire et un pôle de production d'informations sur la performance médicale et économique des établissements. À ce titre, l'agence entretient une relation privilégiée avec les ARS avec quatre principaux de coopération :

– une restitution et une exploitation des données collectées dans tous les établissements. Ses correspondants régionaux accompagnent d'ailleurs les ARS pour exploiter et contrôler ces données ;

– une articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux ;

– la production de documents de synthèse comme par exemple sur la chirurgie ambulatoire en intégrant des comparaisons régionales assez poussées ;

– la publication mensuelle d'une note de conjoncture nationale et régionale précisant notamment si l'ONDAM est bien respecté.

L'ATIH reçoit une subvention de l'État et de la caisse nationale d'assurance maladie. Elle dispose en outre de ressources propres tirées de la vente de produits informatiques et de la cession de bases de données. En 2012, la dotation de l'État atteignait 3,5 millions d'euros ; elle sera ramenée à 3,4 millions d'euros en 2013. Cette réduction n'apparaît pas délicate à condition que l'agence parvienne à stabiliser ses ressources propres qui représentent 1,6 million d'euros.

• L'action prend également en charge le financement de l'agence de santé de Wallis et Futuna à hauteur de 25,97 millions d'euros. Établissement public national administratif, l'agence a été créée par l'ordonnance du 13 janvier 2000 <sup>(1)</sup>. Elle regroupe deux hôpitaux et plusieurs dispensaires et prend en charge l'ensemble du système de santé local. Elle ne dispose d'aucune ressource propre ; elle est totalement dépendante des subsides que l'État lui octroie. Il convient également de souligner qu'il n'existe aucun autre système de santé sur le territoire. De ce fait, l'agence assure non seulement l'ensemble des missions d'hospitalisation mais elle élabore également le programme de santé de la zone, assure la mise en œuvre du plan de la médecine, curative et préventive, et veille à la délivrance de médicaments.

### III.– LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE RÉPONSE AUX CRISES

Les politiques d'éducation et de prévention relèvent des actions 12 à 15 du programme 204 ; la gestion des événements graves est quant à elle financée par l'action 16 *Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires*.

#### A.– LES POLITIQUES DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Le tableau suivant détaille l'évolution des crédits consacrés aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

#### ÉVOLUTION DES CRÉDITS CONSACRÉS À LA PRÉVENTION ET À L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

(en millions d'euros)

	AE			CP		
	2012	2013	Évolution	2012	2013	Évolution
Accès à la santé et éducation à la santé	30,7	25,9	– 15,7 %	30,7	26,1	– 15,1 %
Prévention des risques infectieux	9,7	9,8	0,9 %	9,7	9,8	0,9 %
Prévention des maladies chroniques	67,3	66,7	– 0,9 %	67,3	66,5	– 1,2 %
Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	21,6	21,6	– 0,4 %	21,6	21,6	– 0,4 %
<b>Total</b>	<b>129,4</b>	<b>123,9</b>	<b>– 25,3 %</b>	<b>129,4</b>	<b>123,9</b>	<b>– 25,3 %</b>

Source : PLF 2013

Il est regrettable que les opérations de prévention fassent l'objet d'arbitrages négatifs : ce choix risque de rompre le travail de fond engagé depuis de longues années. L'ensemble des personnes auditionnées ont rappelé que l'effet de la prévention ne peut s'apprécier que sur le long terme et qu'il est déterminant de maintenir un effort constant sur toute la période.

(1) Ordonnance n° 2000-29 du 13 janvier 2000 portant création d'une agence de santé et extension ou adaptation de certaines dispositions du code de la santé publique aux îles Wallis et Futuna.

L'étude ESCAPAD pilotée par l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a ainsi montré que, entre 2008 et 2011, les expérimentations de tabac et d'alcool ont poursuivi leur diminution et que celle du cannabis s'est stabilisée. Dans le même temps les usages réguliers de tabac et d'alcool ont progressé. Les comportements d'alcoolisation ponctuelle excessive (API) ou les ivresses répétées et régulières sont également en hausse. À ce jour, les premières ivresses se produisent en moyenne à 15,3 ans.

#### 1.– Les politiques de prévention

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) voit sa subvention pour charge de service public passer de 29 à 24,2 millions d'euros. Malgré ces moyens réduits, le ministère a indiqué au Rapporteur spécial vouloir maintenir les moyens consacrés à plusieurs actions de grande ampleur.

- Les moyens alloués au plan national de lutte contre le VIH-SIDA-IST seraient maintenus à un niveau de 7,44 millions d'euros en 2013, répartis en 7,1 millions pour les dépenses d'intervention et 0,34 million pour les dépenses de fonctionnement. Ces crédits serviront au fonctionnement des comités de suivi des plans nationaux VIH et hépatites, et de celui du conseil national du sida. Ils permettront également le soutien à différentes études et recherches dans le domaine du VIH/IST et des hépatites. Suite au rapport de la Cour des comptes de 2009, la gouvernance du plan a été améliorée avec notamment l'installation d'un comité interinstitutionnel pour l'élaboration et le suivi du plan. De même la prévention en direction des groupes de population les plus touchés (homosexuels et migrants) a été renforcée. Le dépistage a enfin été étendu avec par exemple une campagne nationale de banalisation du dépistage.

- La lutte anti-vectorielle doit permettre aux départements et territoires d'Outre-mer (Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint Martin et Saint Barthélémy) de lutter contre les épidémies de maladies à transmission vectorielle auxquelles ils sont régulièrement confrontés. L'objectif est également de protéger la métropole d'une épidémie de chikungunya ou de dengue. En 2012, la fréquence des flambées épidémiques de dengue s'est poursuivie dans les départements français d'Amérique (DFA) qui sont dotés d'un programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies de dengue. Dans l'Océan Indien, à Mayotte en particulier, des cas de chikungunya et de dengue ont été recensés en 2012. S'agissant de la métropole, le moustique *Aedes albopictus*, vecteur de la dengue et du chikungunya, poursuit son expansion.

Un montant annuel de l'ordre de 425 000 euros est consacré à la surveillance des moustiques exotiques et à toute intervention en cas de propagation. Pour 2013 au niveau local, la subvention pour charge de service public allouée aux ARS vise notamment à :

– financer la lutte contre les arboviroses. Les départements concernés sont la Réunion et, dans une moindre mesure, Mayotte, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et la Corse ;

– accroître la surveillance par le renforcement des moyens en entomologie ;

– consolider la mise en place de la prévention ;

– préparer les systèmes d’alerte, équiper les laboratoires, lutter contre les moustiques par l’achat d’insecticides et de répulsifs ;

– évaluer la couverture et l’efficacité des interventions.

## 2.– La politique de vigilance sanitaire

Établissement public sous la tutelle du ministre de la Santé, l’institut de veille sanitaire (INVS) est chargé de la surveillance et de l’observation permanentes de l’état de santé de la population. Il lui appartient également de rassembler, d’analyser et d’actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution, de détecter de façon prospective les facteurs de risques et enfin d’étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles.

Un nouveau contrat d’objectifs et de performance devrait être signé pour la période 2013-2016. Il comprendra notamment :

– le déploiement du système « Sursaud », système de surveillance en temps réel des pathologies et des décès ;

– l’enquête bio-surveillance (Esteban) qui vise à mesurer l’imprégnation à des contaminants de l’environnement ;

– le déploiement de la surveillance des expositions et des pathologies d’origine professionnelle ;

– la régionalisation de la surveillance épidémiologique.

Dans ce cadre, les crédits de l’INVS passeront de 55,4 à 56,6 millions d’euros en 2013, soit 2 % de plus.

La dotation de l’agence nationale de sécurité sanitaire, de l’alimentation, de l’environnement et du travail (Anses) sera également reconduite à hauteur de 13,7 millions d’euros.

## B.– LA GESTION DES CRISES ET URGENCES SANITAIRES

Institué par la loi du 5 mars 2007 <sup>(1)</sup>, l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) assure, sous la tutelle du ministère de la Santé, la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves, tant du point de vue humain (réserve sanitaire) qu'au plan matériel (produits de santé). Il appartient également à l'EPRUS d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de stocker et de distribuer des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Pour ce faire, il gère les stocks de produits et traitements acquis ou confiés par l'État constitués principalement par des médicaments et des dispositifs médicaux. Il fournit l'expertise logistique nécessaire à la préparation et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces sanitaires graves. Il gère enfin les matériels de l'État nécessaires à la lutte contre les menaces nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC).

### 1.– La réserve sanitaire

Pour remplir ses missions, l'EPRUS s'appuie sur la réserve sanitaire. L'article L. 3132-1 du code de la santé publique prévoit que la réserve sanitaire a *« pour objet de compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales, des agences régionales de santé, des établissements de santé et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile »*. Les remarques formulées par la Cour des comptes et le Parlement sur la gestion de la pandémie grippale A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) de 2009 ont été prises en compte pour assouplir le dispositif. La loi HPST améliore l'articulation de la réserve sanitaire avec les autres dispositifs territoriaux de mobilisation existants, notamment le plan blanc élargi, et renforce les liens avec les agences régionales de santé (ARS). Il s'agit notamment d'activer régulièrement le vivier de la réserve, ce qui contribuera à la rendre plus attractive. Parallèlement, une campagne de communication nationale a été menée en 2012, ce qui a permis d'accroître sensiblement les effectifs de la réserve sanitaire.

Actuellement, 5 975 réservistes sont recensés avec 24 % de médecins, 47 % d'infirmiers, 10 % d'aides-soignants, 10 % de personnels administratifs et 9 % d'autres professions sanitaires. Le budget de fonctionnement de la réserve sanitaire est stabilisé à 1,6 million d'euros à partir de 2013. Ces dépenses couvrent notamment la gestion des équipements d'intervention des réservistes, leurs formations individuelles et la rémunération de leurs périodes de formation.

En 2012, la réserve sanitaire a été sollicitée pour deux missions de renfort sur le territoire national :

– médicalisation des maraudes sociales dans les principales agglomérations métropolitaines dans le cadre du plan grand froid ;

---

(1) Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.



– renforcement du système de santé mis en place dans la région Nord-Pas de Calais, à l’occasion des Jeux Olympiques au Royaume-Uni. Cet événement a en effet généré un afflux de population dans la zone, dépassant le périmètre du seul système britannique.

S’y ajoutent deux missions d’aide médicale d’urgence à l’étranger situées au Congo et en Côte d’Ivoire.

## 2.– Les stocks de produits de santé

L’EPRUS met en œuvre depuis 2011 un schéma rationalisé de stockage et de distribution des produits de santé. Il a contribué à réduire sensiblement le nombre de sites de stockage passés de 36 à 22 au 31 août 2012, répartis en 15 plateformes nationales, dont deux relèvent du service de santé des armées, et sept plateformes zonales.

Le dispositif final s’articule autour d’un site de stockage national, en cours de construction, et des sept plateformes zonales. L’entrepôt de stockage central localisé sur la commune de Marolles-Vitry-le-François, dont la plus importante phase d’investissement sera réalisée au cours de l’année 2013, aura une capacité d’accueil de 80 % des stocks et permettra de finaliser l’opération de réduction des plateformes nationales. Une réduction des coûts annuels de stockage est attendue dès la livraison de ce site en 2014. L’investissement initial sera amorti en deux ou trois ans grâce aux économies sur les coûts de location des autres sites. Par ailleurs le site de Vitry accueille déjà un établissement du service de santé des armées (SSA). Une convention est en préparation entre l’EPRUS et le SSA pour envisager toutes les mutualisations possibles. Le Rapporteur spécial ne peut que saluer cette démarche interministérielle de colocalisation de sites stratégiques.

L’EPRUS a également défini un plan rationalisé de renouvellement des stocks stratégiques. Dans ce cadre, le programme d’achats pluriannuel consiste désormais à lisser les acquisitions de produits de santé sur plusieurs exercices et d’optimiser la programmation budgétaire de l’établissement, tout en maintenant le même niveau de protection des populations face aux menaces sanitaires graves. Depuis l’exercice 2011, la programmation de l’EPRUS prévoit ainsi un étalement des commandes sur la période de validité maximale des produits, afin de fractionner dans le temps les dates de péremption et de garantir à tout moment la disponibilité de produits en pleine validité. Ces principes commandent la politique que l’opérateur développera à partir de 2013 dans le cadre du nouveau triennal 2013-2015, pour le renouvellement partiel ou intégral des produits de santé.

Par ailleurs, l’EPRUS a recours autant que de possible aux produits génériques afin d’optimiser les coûts d’achats et aux possibilités offertes par le code des marchés publics pour la dynamisation de la gestion de ces stocks.

En 2013, les prévisions de dépenses liées aux produits de santé sont arrêtées à 26,5 millions d'euros dont 12,8 millions pour le renouvellement des produits et 13,7 millions pour leur stockage et distribution. Il s'agit principalement de renouveler les antibiotiques et les antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan pirate-NRBC, ainsi que les produits du plan gouvernemental pandémie grippale 2011 arrivés à péremption.

### 3.– Les orientations de l'EPRUS en 2013

Le plafond d'emplois de l'établissement est globalement stable (un ETP de moins en 2013). En revanche la subvention pour charge de service public est significativement réduite, passant de 26,3 millions à 19,4 millions d'euros, soit une baisse de 27 %. Le budget de l'établissement retrouvera ainsi un niveau comparable à celui de 2011.

L'activité de l'EPRUS en 2013 sera notamment centrée sur :

- l'actualisation des doctrines d'emploi de la réserve sanitaire afin d'adapter les modalités de recrutement, de formation et de mobilisation des réservistes ;

- l'accompagnement des ARS pour la mise en œuvre de leur plan de distribution des produits de santé en situation d'urgence ;

- la poursuite de la construction de l'entrepôt de stockage central et son articulation avec l'ensemble des plateformes logistiques ;

- la mise en œuvre de son programme d'achat et poursuite de la stratégie de lissage et de rationalisation de renouvellement des stocks de produits de santé.

Par ailleurs, deux commissions consultatives composées de représentants des professionnels de santé seront mises en place auprès de l'EPRUS. Elles auront vocation à lui fournir des recommandations techniques et opérationnelles sur les modalités d'intervention et de formation afin de préparer le système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles.

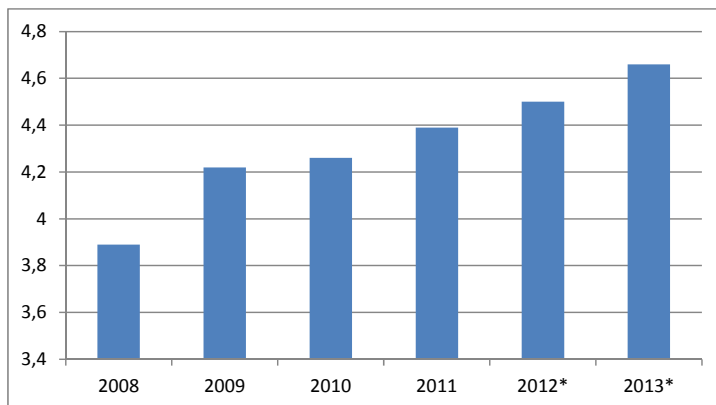
## DEUXIÈME PARTIE : LE PROGRAMME PROTECTION MALADIE

### I.- LE NOUVEAU FINANCEMENT DU FONDS CMU

Le nombre de bénéficiaires du système de couverture maladie universelle (CMU) est intimement lié au contexte économique de notre pays puisque ce dispositif vient compenser l'absence d'un mécanisme de couverture associé à une activité professionnelle. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc) a augmenté en 2011 en raison des premières répercussions de la crise financière de 2008. Les effets d'un choc économique sur le fonds CMU sont en effet décalés dans le temps : il faut que les personnes aient épuisé tous leurs droits avant de bénéficier de ce régime, ce qui représente un laps de temps de 18 à 24 mois. Comme le montre le graphique ci-après, la hausse devrait se poursuivre en 2013 de façon assez significative, le fonds anticipant 166 000 bénéficiaires supplémentaires.

#### ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

(en millions de personnes)



\* prévisions

Source : ministère de la Santé

#### A.- L'ARTICLE 38 DU PLF ET L'ARTICLE 21 DU PLFSS

● L'article 38 du PLF modifie les modalités de financement du fonds CMU. L'actuel article L. 862-3 du code de la sécurité sociale dispose que les recettes du fonds sont constituées de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire (prévue par l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale) et d'une dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer le fonds. En pratique, la dotation de

l'État est nulle et l'assurance maladie enregistre un reste à charge qui, si la dynamique actuelle se poursuit, atteindrait 500 millions d'euros en 2016. Ce mode de financement apparaît insatisfaisant, les assurances ayant le sentiment de financer seules les dépenses de CMU, ce qui n'est pas sans générer certaines tensions.

Une hausse des ressources du fonds CMU permettrait d'augmenter le forfait sur la base duquel les organismes de sécurité sociale sont remboursés. Une diversification de ses ressources permettrait également de sortir du dialogue univoque avec les complémentaires.

Partant de ce constat, le PLF affecte l'intégralité de la taxe sur les boissons sucrées et les édulcorants au fonds, ce qui représente un surplus de l'ordre de 367 millions d'euros. Compte tenu de ces modifications, le programme 183 ne prévoit plus aucun financement pour le fonds CMU en 2013. Cette action devrait d'ailleurs disparaître des crédits de la mission à compter de l'année prochaine. Le suivi de crédits ne sera plus effectué qu'au travers des ressources affectées.

Par ailleurs l'article 38 recrée un compte de concours de financiers intitulé « *Avance aux organismes de sécurité sociale* » qui retrace les versements à l'ACOSS et les remboursements des avances sur le montant des recettes affectées aux caisses et régimes de sécurité sociale. Ce support permettra d'assurer un suivi budgétaire clair et transparent de la fraction de TVA affectée aux organismes de sécurité sociale. Ce compte permettra également d'assurer une plus grande prévisibilité sur les montants et les dates de versements de la recette affectée.

Les recettes sont constituées d'une part de 0,33 % de TVA nette au titre de la compensation des exonérations de charges patronales maintenues par la seconde loi de finances rectificative pour 2012 et, d'autre part, de 5,88 % de TVA nette. Ces opérations représentent respectivement 500 millions et 8,8 milliards d'euros.

• L'article 21 du PLFSS prévoit quant à lui une revalorisation du versement du fonds à la caisse nationale d'assurance maladie. Comme le montre le tableau suivant, cette hausse permettra de rattraper partiellement le décrochage existant entre le montant du forfait et la dépense moyenne constatée dans les différents régimes.

#### ÉVOLUTION DES DÉPENSES ANNUELLES MOYENNES DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

(en euros)

Dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire	2009	2010	2011	2012*	2013*
CNAMTS	417	430	445	458	472
CCMSA	370	366	380	391	403
RSI	334	314	330	340	350

\* prévisions

Source : étude d'impact du PLFSS 2013

L'article 21 prévoit en outre une majoration du versement à la caisse nationale d'assurance maladie de façon à ce que le fonds affiche un résultat nul tant que la CNAMTS enregistre un reste à charge au titre de la gestion du dispositif CMU. En d'autres termes les excédents du fonds viendront systématiquement abonder la caisse d'assurance maladie, réduisant encore le reste à charge.

## B.- LE FINANCEMENT DE L'ACS

En complément du dispositif de CMU complémentaire (CMUc), la loi du 13 août 2004 <sup>(1)</sup> a instauré une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) pour les foyers disposant de ressources supérieures au plafond de la CMU mais inférieurs à une certaine somme. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, le plafond a été fixé à 135 % du plafond de ressources de la CMUc, soit 10 710 euros par an pour une personne seule. Le montant de l'aide accordée varie selon l'âge des personnes concernées. Cette variation prend en compte le fait que le reste à charge augmente mécaniquement avec l'âge. Le tableau suivant détaille le montant de l'ACS selon les catégories.

MONTANT DE L'ACS

Âge	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 €
De 16 à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
À partir de 60 ans	500 €

Source : PLF 2013

De façon globale, l'aide représente environ 46 % du coût du contrat. Il existe par ailleurs des aides versées par les conseils généraux qui viennent en complément.

Aujourd'hui quelque 994 000 personnes recourent à l'ACS, soit seulement 25 % de la population cible, la majorité des personnes pouvant bénéficier du dispositif n'en faisant pas la demande. En revanche le taux d'utilisation des chèques santé atteint 85 %, ce qui est très satisfaisant pour un dispositif social. La faiblesse du recours à l'ACS s'explique en partie par la méconnaissance du dispositif ; le fonds CMU a engagé des actions d'information, notamment à destination des professionnels de santé et des assistants sociaux.

---

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

## II.- L'ABANDON DES MOYENS DE CONTRÔLE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT

Entrée en vigueur en janvier 2000, l'aide médicale de l'État (AME) concerne les personnes étrangères résidant en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois mais ne remplissant pas les conditions de régularité du séjour exigées pour le bénéfice de couverture maladie universelle et dont les ressources sont inférieures au plafond de ressources de la CMUc. L'État rembourse aux organismes de sécurité sociale les frais médicaux pour ces personnes, ce qui correspond à plusieurs types de dépenses :

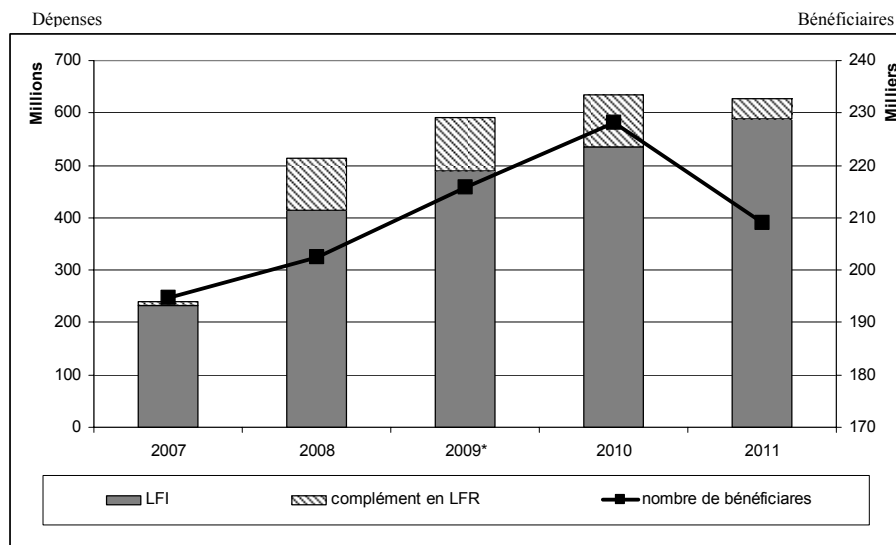
- l'aide médicale de droit commun qui est accordée pour un an renouvelable et qui représente 92 % de la dépense totale ;

- les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé. Ils sont assurés par les hôpitaux et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire de l'État ;

- d'autres dispositifs plus marginaux comme l'AME humanitaire en vertu de laquelle le ministre compétent peut admettre pour des soins hospitaliers ponctuels des personnes étrangères ne résidant pas France, comme les évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte vers la Réunion ou vers la métropole ou comme l'aide médicale pour les personnes gardées à vue.

Le tableau suivant présente l'évolution du nombre de bénéficiaires et des dépenses de l'AME.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AME



En 2011, le nombre de bénéficiaires avait significativement baissé mais le montant total des dépenses n'avait pas pu être réduit. En 2013, les crédits prévus pour l'AME devraient représenter un effort de 588 millions d'euros. Pour l'aide de droit commun, la tendance naturelle devrait se ralentir avec une progression de 3,5 %. S'il convient de se réjouir de l'infléchissement de la tendance, les efforts doivent être poursuivis pour contenir plus encore cette évolution.

#### A.– LA SUPPRESSION DES NÉCESSAIRES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE DE LA DÉPENSE

Face à la hausse constante des dépenses d'AME et à la progression du nombre de bénéficiaires, le précédent Gouvernement avait mis en place plusieurs mesures de contrôle. La loi de finances rectificative du 29 décembre 2010 prévoyait ainsi :

– l'instauration d'un droit annuel forfaitaire de 30 euros conditionnant le bénéfice de l'AME pour les majeurs ;

– la délégation donnée aux caisses d'assurance maladie pour ester en justice aux fins de récupération des indus ;

– la restriction de la définition des ayants droit des demandeurs d'AME, les ascendants et collatéraux devant désormais formuler une demande à titre personnel ;

– la restriction du champ de prise en charge par l'AME des actes, produits et prestations, à ceux exclusivement destinés au traitement ou à la prévention d'une maladie ;

– l'instauration d'une procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux programmés ;

– l'instauration d'une condition de stabilité de résidence pour bénéficier des prestations en cours d'année de droit.

La seconde loi de finances rectificative pour 2012 a supprimé les mesures relatives au droit de timbre, au fonds national de l'aide médicale de l'État et à l'agrément préalable pour soins coûteux. Le Rapporteur spécial condamne avec fermeté ces modifications. Comme le soulignait le co-rapporteur de la mission d'information sur l'AME, M. Claude Goasguen, « *l'effort financier que ce paiement nécessite de la part des bénéficiaires de l'AME reste faible par rapport à l'importance des crédits finançant l'AME. Les premières applications de ce dispositif montrent [d'ailleurs] qu'il n'a pas soulevé dans les populations concernées beaucoup de résistance ou de refus. La faiblesse du montant du droit de timbre rend le système parfaitement opérant. Il est accompagné d'une connotation symbolique qui permet d'éviter que des individus en situation irrégulière soient dispensés de tout effort à la participation de leur couverture sociale, qui nécessite également un effort national de solidarité* »<sup>(1)</sup>.

---

(1) Rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques par MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue.

## B. – REPENSER LE DISPOSITIF

Alors que le Gouvernement demande à l'ensemble de nos compatriotes des efforts fiscaux très importants, il semble anormal de maintenir en l'état le dispositif d'aide médicale de l'État. Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause le principe de l'accès aux soins urgents pour n'importe quel malade. Il apparaît en revanche nécessaire de redonner à notre pacte social tout son sens : chacun doit contribuer en fonction de ses moyens mais ce droit doit s'accompagner de légitimes contreparties.

Il conviendrait de distinguer entre différents niveaux de protection. Le premier concernerait les soins indispensables au maintien de la santé de la population concernée, et notamment ce qui relève :

- des soins urgents,
- des efforts de prévention et de prophylaxie ;
- des soins relatifs aux femmes enceintes,
- de tous les soins aux mineurs.

Seuls les hôpitaux publics et les dispensaires seraient compétents pour ce premier niveau de soins. En l'absence d'hôpitaux publics ou de dispensaires dans la zone géographique immédiate, des centres médicaux, des cliniques privées ou des médecins libéraux accueilleraient les personnes concernées sous réserve qu'elles disposent d'un agrément spécifique.

Le deuxième niveau de soins concernerait un panier de soins supplémentaires, composé des soins dentaires, des dispositifs médicaux, de masso-kinésithérapie et d'optique. Le troisième niveau de soins s'étendrait aux soins dits de confort, dont la prise en charge doit rester exceptionnelle. Pour ces deux derniers niveaux de soins, la médecine libérale et les cliniques privées pourraient intervenir. Ces soins seraient soumis à entente préalable et à l'autorisation expresse de la caisse dédiée.

Les députés du groupe UMP ont d'ailleurs déposé une proposition de loi visant à renforcer le contrôle de l'AME. Malheureusement cette initiative a été rejetée par la majorité. Le Rapporteur spécial regrette la démission du Gouvernement sur cette question pourtant essentielle. Il constate à regret que les crédits de l'AME sont préservés alors même que l'avenir du plan cancer ou du plan Alzheimer est remis en cause. La priorité est donc donnée aux étrangers en situation irrégulière au détriment des Français malades.



### III.- L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de dossiers déposés et de dossiers traités au titre de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

#### NOMBRE DE DOSSIERS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Année	2008	2009	2010	2011	2012 (p)
nombre de dossiers déposés	6 563	6 645	6 010	5 508	6000
nombre de dossiers traités	7 405	6 180	6 844	7 125	7 500

(p) : prévisions

Source : ministère de la Santé

Le montant total des dépenses au 31 décembre 2012 est estimé à 450 millions d'euros, dont 441 millions au titre des indemnisations, provisions incluses. Le résultat de l'exercice serait de – 8 millions d'euros.

Compte tenu des difficultés rencontrées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour respecter les délais de traitement des dossiers, une mission a été diligentée en 2008 afin de réaliser un audit du fonds. Le rapport a mis en évidence notamment un nombre trop important de dossiers en instance et a préconisé la mise en place d'une cellule d'urgence. À cet effet, le budget pour 2009 a dégagé le financement nécessaire pour renforcer l'effectif du FIVA de 15 équivalents temps plein qui ont été reconduits dans le cadre des budgets 2010, 2011 et 2012. Ce renfort a permis de rattraper une partie du retard accumulé.

Compte tenu du niveau important des réserves du fonds, de l'ordre de 340 millions d'euros, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 propose de fixer la contribution de la branche AT-MP à 115 millions d'euros, soit 200 millions d'euros de moins qu'en 2012. La dotation de l'État sera pour sa part réduite à zéro, les autres ressources du fonds (reprises sur provisions, recettes du contentieux subrogatoire) suffisant à équilibrer son budget.

**LES DÉCISIONS DE JUSTICE RELATIVES À LA DOUBLE INDEMNISATION DES VICTIMES  
DE L'AMIANTE**

La cour d'appel de Douai a rendu, le 27 octobre 2011, sur renvoi de la Cour de cassation, une série d'arrêtés revenant sur le niveau des indemnités qu'elle avait allouées dans un premier temps, dans une formation différente, à des victimes de l'amiante ou à leurs ayants droit, les contraignant de ce fait à rembourser une partie de l'indemnité perçue.

Compte tenu des conséquences financières pour les personnes indemnisées, la ministre des Affaires sociales et de la santé et le ministre délégué au Budget ont demandé au FIVA d'accorder pour les victimes concernées par de telles décisions une remise gracieuse totale du supplément d'indemnisation qu'elles avaient perçues initialement de la cour d'appel.

Le chiffrage de l'impact financier de cette mesure n'est pas encore achevé ; toutefois, pour les 104 dossiers pour lesquels il a été d'ores et déjà effectué, une somme de l'ordre de 400 000 euros (correspondant au remboursement de la déduction de la rente versée par la sécurité sociale) serait recouvrée en lieu et place d'un peu plus de un million d'euros versés par le fonds à ces victimes après les arrêtés de la cour d'appel de Douai dans sa formation initiale. Le montant de la remise de dette pour ces 104 premiers dossiers s'élèverait donc à plus de 630 000 euros.

Cette remise ne concerne pas les sommes dues par les victimes à raison de l'imputation sur la rente d'incapacité due par le FIVA des prestations versées par la sécurité sociale à raison du même préjudice. La décision du Gouvernement ne conduit en aucune façon à une double indemnisation des victimes, lesquelles seront prochainement informées par courrier des montants des sommes dont elles restent redevables et de celles dont elles sont exemptées du remboursement en application de la décision ministérielle.

## TROISIÈME PARTIE : LE DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

En application de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances <sup>(1)</sup>, la commission des Finances a demandé en janvier 2012 à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur « *le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place* ». Les conclusions de la haute juridiction ont été transmises à l'Assemblée nationale en juillet dernier, la commission chargeant le Rapporteur spécial de leur analyse.

Il ressort de l'étude de la Cour des comptes que le projet de dossier médical personnel (DMP) a rencontré des obstacles techniques importants, entraînant des retards de déploiement. Les magistrats ont également cherché à évaluer le coût induit par cette opération ainsi que les éventuelles économies dégagées. Ils ont enfin étudié plusieurs exemples étrangers, montrant que la situation française est globalement comparable à celle de ses principaux partenaires. Pour compléter son étude, le Rapporteur spécial a entendu les responsables de l'ASIP et a intégré leurs observations à son commentaire.

### I.- UN DISPOSITIF COMPLEXE ET LONG À METTRE EN PLACE

#### A.- LES PRINCIPALES ÉTAPES DU DÉPLOIEMENT

Institué par la loi du 13 août 2004 <sup>(2)</sup>, le dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, créé et consulté par des professionnels de santé à la demande de son titulaire. Il vise à regrouper sur une plateforme dématérialisée l'ensemble des informations personnelles nécessaires au suivi et à la coordination des soins. Le dossier est créé à la demande du patient qui peut y accéder à tout moment. Les données peuvent, avec l'accord du patient, être complétées et partagées entre professionnels.

Dans son rapport sur le projet de loi, Jean-Michel Dubernard notait qu'il a « *pour finalité première d'améliorer la qualité des soins donnés à l'assuré et d'éviter des actes redondants, source de gaspillages et de dégradation de la qualité des soins (retards, prescriptions inadaptées...)*. Il [devait permettre] le *décloisonnement entre la médecine de ville et l'hospitalisation [... et faciliter] le travail en réseau* » <sup>(3)</sup>.

Le projet affichait des objectifs ambitieux puisque 61 millions de patients et 500 000 professionnels devaient accéder au DMP d'ici à 2011. Dès 2005, le Sénat considérait que « *le projet français est à l'évidence le plus ambitieux puisqu'il prétend faire au moins aussi bien que les programmes américains et*

---

(1) Loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances.

(2) Article 3 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(3) Rapport n° 1703 fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi (n° 1675) relatif à l'assurance maladie, M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, 24 juin 2004.

*anglais en trois fois moins de temps et avec infiniment moins d'argent* »<sup>(1)</sup>. En 2007, le Gouvernement espérait pouvoir expérimenter le système dès 2009 pour un déploiement définitif d'ici à 2012. Ce schéma n'a pas pu être respecté : face aux difficultés, il a même fallu changer le statut du gestionnaire du DMP : en 2009 le groupement d'intérêt public (GIP) est ainsi devenu l'agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP). Grâce aux efforts de la nouvelle structure, le DMP est accessible nationalement sur internet depuis 2011.

À la mi-juin 2012, 156 000 DMP avaient été créés avec un rythme d'environ 1 000 créations par jour (soit 2 000 documents), essentiellement par des établissements de santé. Cette situation globale masque cependant des disparités importantes de contenu des DMP, la Cour notant que la plupart des dossiers contient *« moins de deux documents »*.

Si des progrès doivent encore être faits, il faut souligner que le dispositif est aujourd'hui pleinement opérationnel dans quatre régions (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté et Picardie). Toutes les difficultés techniques ont été levées et l'ASIP est en mesure de poursuivre le déploiement sur l'ensemble du territoire. L'avenir du DMP n'est plus lié à des considérations techniques, il ne dépend plus que d'une impulsion politique.

## B.— LE DIFFICILE CHIFFRAGE DU COÛT

La Cour des comptes a isolé trois sources de dépenses liées au DMP : les sommes consommées par le GIP, les dépenses des régions et des services déconcentrés et les investissements complémentaires engagés en parallèle du DMP au sens strict.

### 1.— Les ressources affectées au GIP

Le tableau suivant récapitule l'évolution des versements au GIP (devenu ASIP) depuis 2005. L'intégralité de ces sommes n'a pas été consacrée au seul projet DMP, l'État ayant confié des missions nouvelles à l'ASIP sans pour autant prévoir les financements liés.

---

(1) Rapport d'information n° 62 sur l'informatisation dans le secteur de la santé, M. Jean-Jacques Jégou, 3 novembre 2005.

**ÉVOLUTION DES RESSOURCES DU GIP DMP DEPUIS 2005**

(en millions d'euros)

	Sommes versées au GIP par le fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQS) de l'assurance maladie			Part affectée au seul DMP
	Décision initiale	Montant révisé	Montant net versé	
<b>2005</b>	15	15	0	6
<b>2006</b>	58	41	31	25
<b>2007</b>	120	28	22	22
<b>2008</b>	32	nd	15	17
<b>2009</b>	44	24	24	20
<b>2010</b>	60	44	40	30
<b>2011</b>	56	49	49	30
<b>total</b>	<b>385</b>	<b>201</b>	<b>181</b>	<b>150</b>
<b>prévisions 2012</b>	53	47,5	nd	24

Source : agence comptable de la CNAMTS et comptes financiers du GIP cités par la Cour des comptes

En six ans, le DMP a représenté un effort total de 150 millions d'euros, étant entendu qu'il s'agit essentiellement d'un ordre de grandeur puisqu'il n'a pas été possible d'isoler avec certitude les dépenses liées au seul DMP.

Lors de leur audition, les responsables de l'ASIP ont confirmé cette estimation mais ont souhaité indiquer que cette dépense correspond :

– aux coûts des expérimentations de 2005 à 2009, pour un montant de 90 millions d'euros. L'agence reconnaît que « ces expérimentations n'ont pas été réalisées dans des conditions satisfaisantes ». Comme le relève la Cour, « cette phase a toutefois permis de clarifier une quantité considérable de problèmes juridiques, organisationnels et techniques, dans les régions comme au niveau national »<sup>(1)</sup> ;

– aux coûts de conception, réalisation et déploiement du DMP actuel à due concurrence de 200 000 DMP créés, pour un montant de 60 millions d'euros de 2009 à 2011, sous l'égide de l'ASIP Santé.

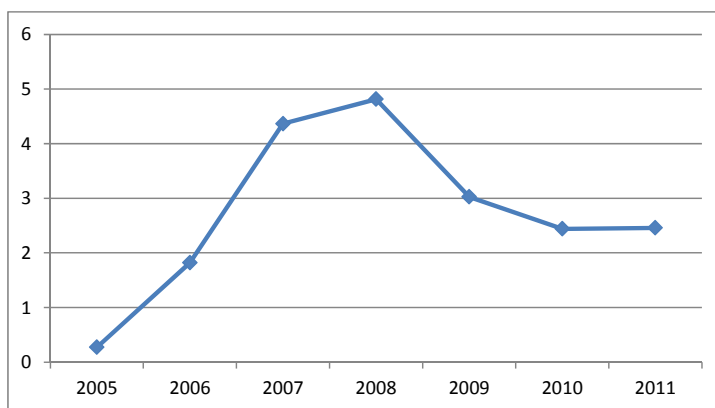
En sus, la Cour note que le GIP a bénéficié d'apports en nature sous la forme de 153 mois/agent pour des durées diverses entre 2005 et 2007. Elle estime ce complément à environ 1,3 million d'euros dont les deux tiers ont été versés avant 2008.

L'essentiel des dépenses a consisté en prestations de services et en frais de personnel. Le graphique ci-après montre l'évolution de la masse salariale consacrée au DMP.

(1) Contribution écrite de l'ASIP.

## ÉVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE AFFECTÉE AU DMP

(en millions d'euros)



Source : GIP DMP cité par la Cour des comptes

La baisse constatée en 2009 s'explique par l'externalisation d'une partie de la charge de travail. Comme le souligne la Cour des comptes, « *l'inconvénient est que cette stratégie, dont l'ASIP conserve certes la maîtrise d'ouvrage, et le choix du prestataire ne sont pas aisément, ou économiquement, réversibles* »<sup>(1)</sup>.

### 2.– Les projets concomitants

● Le succès du DMP suppose la réalisation d'opérations complémentaires. La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, aujourd'hui intégrée à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements (ANAP), a par exemple dépensé 3,5 millions d'euros pour mobiliser ses chargés de mission régionaux sur le DMP. Le groupement d'intérêt économique (GIE) SESAM Vitale considère qu'un de ses emplois à temps plein a travaillé au profit du DMP en 2010 et 2011.

À la demande du ministre de la Santé en 2006, la Caisse des dépôts et consignations a élaboré un projet de portail unique d'accès au DMP. Après un accord transactionnel, le GIP a versé près de 4 millions d'euros pour obtenir la documentation technique et les droits afférents sans pour autant utiliser le portail. Si le GIP le retient finalement, il devra verser à la CDC 3,5 millions d'euros supplémentaires ; à ce jour cette somme représente un effort à la seule charge de la Caisse.

Afin d'améliorer la continuité et la qualité des soins, le « dossier communicant cancérologie » (DCC) s'intégrera à terme au DMP. Pour ce faire la responsabilité technique du DCC a été transférée à l'ASIP en 2010. Depuis 2011

---

(1) Communication de la Cour des comptes à la commission des finances.

l'ASIP assume donc des missions nouvelles définies par un « cadre national DCC/DMP ». L'intégration devrait intervenir en plusieurs phases avec sept régions concernées en 2012. Ce déploiement représente un effort de 8 millions d'euros.

Comme le montre le tableau suivant, les projets concomitants au DMP ont généré une dépense connexe d'environ 17 millions d'euros.

**FINANCEMENTS DES PROJETS CONCOMITANTS AU DMP**

*(en millions d'euros)*

<b>Projet</b>	<b>Montant</b>
ANAP	3,5
GIE SESAM VITALE	1
caisse des dépôts	3,5
INCa (crédits d'État)	8
Apports en nature	1,3
<b>Total</b>	<b>17,3</b>

*Source : ANAP, ASIP, CNAMTS, INCa cité par la Cour des comptes*

● L'ASIP conteste cette analyse, considérant que ces projets n'ont pas modifié l'économie générale du projet et n'ont qu'un lien distant avec le DMP proprement dit. Elle estime ainsi que les « 3,5 millions d'euros qui auraient été consacrés par l'ANAP à la rémunération de chargés de missions auprès des ARH pour des mi-temps consacrés au DMP » sont « à considérer avec précaution », l'ASIP n'ayant pas constaté « l'effectivité » de ce rôle. De même, l'agence souligne que le dossier communicant de cancérologie est totalement distinct du DMP et doit plutôt être rapproché des « nombreux dispositifs régionaux »<sup>(1)</sup>.

### 3.– Les dépenses régionales

Le déploiement du DMP a conduit à la mobilisation des services déconcentrés et des administrations locales. L'assurance maladie a ainsi versé aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puis aux agences régionales de santé (ARS) quelque 27 millions d'euros. Le fonds européen de développement régional a également été sollicité à hauteur de 3 millions d'euros. Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces dépenses.

---

(1) Contribution écrite de l'ASIP.

### FINANCEMENTS EN RÉGION DU DMP (2005-2011)

(en millions d'euros)

Assurance maladie	27
Conseils régionaux	3
Fonds européen de développement régional (FEDER)	3
Ressources diverses	8
Ressources non identifiées par les ARS (ajustement effectué par la Cour)	3
<b>Total</b>	<b>44</b>

Source : Cour des comptes

La Cour appelle toutefois à de la prudence sur ces chiffres ; il n'a pas été possible de collecter toutes les données faute d'une suffisante traçabilité des dépenses. L'enquête effectuée donne toutefois « *un ordre de grandeur plausible* »<sup>(1)</sup>.

L'ASIP souligne pour sa part que « *le DMP est appelé à se substituer à ces dispositifs régionaux expérimentaux, et à faire disparaître de tels centres de coûts. Aussi ces dépenses, non seulement ne peuvent être imputées au DMP, mais encore constituent autant de sources d'économies que le DMP permettra de réaliser* »<sup>(2)</sup>.

#### 4.– Les investissements complémentaires

Lors du lancement du DMP, plusieurs projets étaient soit lancés, soit en cours de développement. Bien qu'ils n'entrent pas dans son champ, ils ont vocation à être associés au DMP à terme. En d'autres termes, s'ils n'avaient pas été prévus auparavant, il aurait fallu les intégrer au projet DMP. La Cour a donc tenté d'évaluer les dépenses induites par ces opérations afin d'ajouter ces sommes au budget du DMP.

L'informatisation des dossiers de patients a été lancée par de nombreux hôpitaux dans le cadre du plan Hôpital 2007. Entre 2002 et 2007, 395 millions d'euros de subventions ont été accordés à 518 opérations informatiques. Entre 2008 et 2010, l'effort a fortement augmenté avec un subventionnement moyen de 48 % pour un coût total de 4,6 milliards d'euros. La Cour n'a pas réussi à isoler les dépenses précisément mais estime qu'elles sont de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros.

Par ailleurs plusieurs établissements ont décidé de lancer des projets de dématérialisation et de stockage des dossiers personnels. En 2011 la commission nationale informatique et libertés (CNIL) a ainsi autorisé une trentaine de systèmes de dossiers individuels gérés par des réseaux de soins.

---

(1) Ibid.

(2) Contribution écrite de l'ASIP.



\*

La Cour considère qu'entre 2005 et 2011, les dépenses associées au DMP ont été au minimum de 210 millions d'euros auxquels il faut ajouter plusieurs centaines de millions d'euros pour les systèmes de dossiers de patients hospitaliers qui ont vocation à l'alimenter.

### C.- DES INCERTITUDES SUR LE FONCTIONNEMENT DU DMP

La Cour regrette que le décret fixant le contenu, les conditions d'ouverture et d'application du DMP n'ait pas été publié mi 2012. C'est à la demande de l'ASIP que cette publication a été retardée : le décret devant contenir des dispositions très précises, il convient de pouvoir s'appuyer sur un premier retour d'expérience avant de déterminer définitivement les éléments qui doivent figurer dans le dossier. Cette situation n'a nullement pesé sur le développement du projet ni sur les conditions de son déploiement.

Au-delà de cette interrogation juridique, la Cour estime que le projet a généré d'autres dépenses indirectes, sans qu'il soit pour autant possible de les évaluer précisément.

#### 1.- Des dépenses indirectes mal identifiées

La Cour note qu'aucune étude n'a mesuré le temps de création et d'alimentation des DMP par les professionnels de santé. Néanmoins si l'investissement initial pour la création et le temps nécessaire au bon fonctionnement du système ne sont pas à négliger, ils doivent être mis en regard des possibles économies d'échelle générées par le système. Le praticien pourra par exemple connaître tout l'historique de consultation et de prescription du patient sans avoir à l'interroger parfois longuement. Dans son analyse, la Cour privilégie une approche juridique séparant les différentes étapes du projet alors qu'une approche économique globale serait plus pertinente.

Pour atteindre les objectifs d'économies d'échelle, il importe que le plus grand nombre de professionnels utilisent le DMP ; pour ce faire, ils doivent être équipés des postes de travail et des logiciels adaptés. L'absence d'une politique claire d'homologation ou de certification des logiciels conduit à une « *dispersion onéreuse des offres* »<sup>(1)</sup>. Une rationalisation des achats permettrait de diminuer les prix unitaires et faciliterait le déploiement du DMP. Si cet objectif apparaît identifié, peu de mesures semblent prises et lorsqu'elles existent, elles fixent des objectifs trop éloignés dans le temps. Un effort pourrait être engagé sur ce terrain, en lien avec les agences chargées d'améliorer la qualité et le parcours des soins comme l'ANAP ou la HAS.

---

(1) Ibid.

La sécurisation et la préservation de la confidentialité des données constituent des enjeux plus majeurs dans un contexte de piratage croissant. Faute d'une anticipation suffisante de ces problèmes et en l'absence d'une stratégie efficace, l'assurance maladie risque de devoir financer des dépenses additionnelles pour mieux sécuriser l'usage du DMP. À ce stade, la Cour considère qu'il n'est possible ni d'estimer le montant de cet effort ni quand il interviendra.

La loi du 30 janvier 2007 <sup>(1)</sup> prévoit la création d'un identifiant national de santé (INS) pour chaque prise en charge par un professionnel ou un établissement de santé. Les travaux préparatoires ont été confiés au GIP DMP en 2007 et la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du projet en 2009. Cinq années après le lancement, le projet n'a toutefois pas abouti, le ministère ayant validé le recours à un dispositif transitoire, ce qui a « porté un nouveau coup à l'image du DMP » <sup>(2)</sup>. Les coûts induits sont jugés négligeables par l'ASIP. Néanmoins en ne parvenant pas à articuler l'INS et le DMP, l'ASIP a montré la faiblesse du pilotage stratégique et son incapacité à opérer des regroupements d'échelle.

La faiblesse d'un pilotage d'ensemble se traduit d'ailleurs par l'absence du DMP dans les objectifs de la nouvelle convention médicale du 26 juillet 2011. De même les régimes complémentaires ont été totalement exclus des travaux relatifs au DMP.

## 2.– Le coût de l'interopérabilité

En créant le GIP DMP puis l'ASIP, les pouvoirs publics ont marqué leur volonté de développer l'interopérabilité des systèmes d'information. La Cour relève d'ailleurs que le « P » de DMP doit également s'entendre au sens de « partagé ». L'ASIP a élaboré en 2007 un « cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé » (CI-SIS) et l'a diffusé à partir de 2009. L'élaboration de ce référentiel a coûté 2,4 millions d'euros.

Malgré ce document, les rapprochements restent insuffisants. La CNAMTS, le GIE SESAM-Vitale et l'ASIP n'entretiennent que des relations informelles. De même, la délégation à la stratégie des systèmes d'information (DSSIS) n'a engagé une réflexion sur ce sujet qu'en 2012, annonçant une concertation auprès des professionnels et des établissements de santé. La technicité de ce dossier explique ces retards ; ils s'expliquent également par la volonté du ministère de veiller à la concertation avec les très nombreux acteurs impliqués. Les orientations étant désormais fixées, il importe de progresser rapidement sur ce projet.

---

(1) Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

(2) Communication de la Cour, op. cit.

### 3.– Des gains encore très potentiels

Faute d'indicateurs économiques, la Cour n'a pu vérifier que le déploiement du DMP génère des économies ou des gains de temps. Comme le relève l'ANAP, « *le gain net n'apparaît que tardivement car il est lié à l'adoption des outils par les professionnels et aux transformations organisationnelles qui en découlent. En moyenne, les gains nets apparaissent quatre ans après le début du projet et au moins huit ans pour les dossiers patients électroniques* »<sup>(1)</sup>.

Plus globalement des économies d'échelle devraient apparaître avec la disparition de doublons de développement et de gestion, notamment au niveau régional. Le DMP devrait également réduire les dépenses postales et les temps de communication.

Des indicateurs doivent aujourd'hui être mis en place sans tarder pour évaluer ces économies potentielles.

### D.– LA FAIBLESSE DU PILOTAGE ET DE LA STRATÉGIE

Le DMP constitue un projet ambitieux et complexe à mettre en œuvre : il cherche à regrouper sur une plateforme unique des informations disparates, à en faciliter le partage tout en veillant scrupuleusement à la sécurité et à la confidentialité des données. En outre le projet doit rassembler des acteurs divers qu'il s'agisse des caisses, des administrations ou des professionnels de santé.

Pour autant, ces données ne suffisent pas à expliquer « *la multiplication d'expérimentations sans lendemain* », « *la production parallèle de deux normes d'interopérabilité* » ou « *le retard pour définir une méthode d'évaluation médico-économique* »<sup>(2)</sup>. Le ministère reconnaît lui-même qu'il faut « *renforcer la gouvernance [...] pour définir la stratégie d'ensemble, le calendrier, les moyens nécessaires, et le rôle de chacun* »<sup>(3)</sup>. Comme le souligne la Cour, la constitution de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) fin 2011 pourrait contribuer à améliorer le pilotage et à donner de la cohérence à cette opération.

---

(1) ANAP, *Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé, 2010, p. 20.*

(2) *Communication de la Cour, op. cit.*

(3) *Réponse de la ministre de la Santé aux recommandations de la Cour des comptes en 2009, cité par la communication de la Cour, op. cit.*

## II.– UNE COMPARAISON INTERNATIONALE NON DÉFAVORABLE À LA FRANCE

Dans sa communication, la Cour des comptes a étudié le déploiement de systèmes informatisés de santé dans plusieurs pays occidentaux. Les éléments collectés montrent la complexité d'un tel projet et font état de dépenses associées conséquentes. Dans cet environnement, la France n'apparaît pas comme particulièrement en retard ni dépensière sans pour autant être vertueuse dans le déploiement de son DMP.

### A.– L'EXEMPLE BRITANNIQUE

#### 1.– Un programme ancien rapidement revu à la baisse

• Lancé en 2002, le programme national d'informatique de santé britannique (*National Programme for IT – NPFiT*) affichait des ambitions très larges et un budget en conséquence de 11 milliards de livres. Une agence du ministère de la Santé, la *NHS Connecting for Health*, a été chargée du projet. Le NPFiT devait fédérer dans un système unique :

– le *Summary Care Record (SCR)* : dossier de synthèse avec un contenu équivalent à celui du DMP ;

– le *Detailed Care Record (DCR)* : dossier médical détaillé équivalent du dossier français non interopérable de patient hospitalier ;

– le *Choose and Book* : prise de rendez-vous par internet ;

– l'*Electronic Prescription Service* : transmission électronique des prescriptions aux pharmacies ;

– le *NHSmail* : messagerie électronique universelle et sécurisée.

Rapidement le champ du NPFiT a été considérablement réduit et recentré sur le seul SCR. En 2010, soit huit ans après le lancement du projet, le ministère a très sensiblement modifié le contenu du SCR en donnant au patient un rôle plus actif dans l'usage de son dossier. Compte tenu des ajustements, le SCR n'a été déployé qu'en mars 2007 avec une généralisation fin 2008.

• Le Royaume-Uni a confié le projet à deux sociétés de services informatiques qui ont rapidement fait face à des difficultés structurelles. L'une d'entre elles a décidé de revoir son programme entièrement alors même que le projet était déjà lancé. À ce jour, elle tente toujours de déployer son nouveau système dans le premier hôpital. La seconde entreprise a finalement considéré qu'elle n'était pas en mesure de répondre aux exigences du programme et s'est retirée du projet. À cette occasion, la société Cerner a relancé le projet, réussissant à déployer le système dans une centaine d'hôpitaux.

### **Quels enseignements tirer de l'expérience anglaise ?**

« Sur la base de notre expérience au Royaume-Uni et de la mise en œuvre de nos systèmes dans 23 pays différents, voici les cinq enseignements que nous pouvons tirer.

1. Reconnaître que le secteur de la santé est un environnement qui change constamment. Ne créez pas de spécifications d'une rigueur telle qu'elles vous empêchent de réagir face à l'évolution des priorités publiques et politiques, ou d'une spécificité telle au plan national que vous ne pouvez pas bénéficier des développements qui se produisent ailleurs dans le monde.
2. Faire que les bénéfices pour les patients et les professionnels de santé soient une priorité. Si votre programme est encombré d'exigences administratives ou liées à la facturation, vous perdrez le soutien de ceux qui comptent le plus.
3. Ne pas informatiser de mauvaises pratiques de travail. Rappelez-vous que l'informatique est un outil destiné à améliorer le secteur de la santé, non une fin en soi.
4. Assurer l'appropriation du nouveau système au niveau local. Implémenter un système de santé n'est pas facile, quelles que soient vos compétences. Si les responsables locaux ne sont pas engagés dans le projet, ils "accuseront le Gouvernement" lorsque les choses se compliqueront.
5. Imposer des normes cliniques et technologiques rigoureuses, fondées sur les meilleures pratiques internationales. Ceci crée les fondements sur lesquels le secteur et les systèmes de santé locaux peuvent innover en évitant le gaspillage. »

*Point de vue de Matthew Swindells, Senior Vice President Global Consulting Cerner, cité et traduit in Rapport annuel 2011, ASIP.*

### **2.– Une comparaison financière plutôt favorable à la France**

Le tableau ci-après récapitule les principaux éléments de comparaison entre le DMP et le SCR.

COMPARAISON ENTRE LE DMP ET LE SCR

Élément	DMP	SCR
Coût	210 millions d'euros à fin 2011 <sup>1</sup>	180 millions d'euros (150 millions £)
Unités de compte	Euros courants 2005-2011	Euros 2004-2005
Usagers potentiels	65 millions	52 millions
Dossiers ouverts, fin mars 2012	0,1 million	13,1 millions
Consentement du patient	Le DMP est un dispositif auquel il faut s'inscrire.	Inscription automatique au SCR avec possibilité de s'en faire radier.
Fournisseurs du logiciel compatible	Plusieurs dizaines d'éditeurs homologués ou demandant à l'être.	4 éditeurs couvrent 95 % des cabinets de médecin.
Alimentation en données	Manuelle, par internet ou cliquant dans le logiciel professionnel.	Automatique par le logiciel compatible.
Alimentation - qui a le droit de le faire ?	Chaque professionnel de santé, en ville ou en établissement, France entière, sur présentation de la carte Vitale.	Seulement le médecin traitant.
Informations enregistrées	« les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge... » (Article L. 1111-16).	Médicaments récents, allergies, effets médicaux indésirables, enregistrés automatiquement. Informations supplémentaires téléchargées par le GP avec le consentement exprès du patient.
Consultation	En tous lieux sur présentation de la carte Vitale du patient, ou sans son accord en cas d'extrême urgence. Dispositif national et unique.	Tous les professionnels NHS, avec la présence et l'accord du patient, ou sans son accord en cas d'urgence. Le pays est divisé en trois régions, sans interopérabilité.

1) Hors partie hospitalière non subventionnée par l'ASIP.

Source : communication de la Cour des comptes à la commission des Finances

Le nombre de dossiers ouverts en SCR est très nettement supérieur aux DMP mais il convient de souligner que l'inscription au SCR est automatique alors que le DMP n'est créé que sur demande.

Si les coûts apparaissent comparables, le Rapporteur spécial souligne que le modèle britannique, d'une part, a dû revoir à la baisse ses ambitions, ce qui a généré des retards très importants, et, d'autre part, que le contenu du SCR reste limité aux seuls médecins traitants quand le DMP s'adresse à tous les professionnels de santé. La Cour le relève bien, rappelant que « *le champ et l'usage du SCR sont plus limités que celui du DMP* »<sup>(1)</sup>.

B.- L'EXEMPLE AUSTRALIEN

Depuis 2010, l'Australie s'est lancée dans un projet de dossier médical personnel avec une architecture quasi identique à celle retenue en France. Le Gouvernement a confié la gestion du dossier à une agence, la *National E-Health*

(1) Communication de la Cour, op. cit.

*Transition Authority* (NEHTA), et a retenu un hébergeur unique dudit dossier (le consortium Accenture en l'espèce). En moins de deux ans, il a été possible de déployer un système opérationnel. Depuis juillet 2012, tout Australien peut, s'il y consent, disposer d'un *Personally Controlled Electronic Health Record* (PCEHR).

La création d'un dossier peut se faire auprès d'un professionnel de santé sur présentation de sa carte médicale. Le patient peut également créer son dossier en ligne en répondant à un certain nombre de questions. Dès sa création, le dossier est alimenté, avec l'accord du patient, de deux ans d'historique de données comprenant notamment des éléments sur les médicaments et reprenant celles de la base d'immunisation des enfants et de la base des dons d'organes. Il reste accessible à tout moment pour le patient.

Il appartient aux médecins généralistes d'alimenter le PCEHR au travers de la « synthèse médicale », partie qui existe déjà en pratique. En contrepartie de leur implication, les médecins ne reçoivent pas de rémunération mais ils bénéficient des ressources d'un fonds d'incitation à l'informatisation.

Le déploiement du PCEHR a visé prioritairement les personnes âgées, les personnes atteintes d'affections de longue durée, les nouveaux-nés et leurs mères, les aborigènes ainsi que les populations isolées. L'agence nationale assure la formation, la communication et l'ensemble des fonctions support mais laisse ses relais locaux assurer le déploiement effectif auprès de l'ensemble des professionnels. Toutes les communautés de santé sont associées, surtout celles qui traitent de populations spécifiques comme les aborigènes, les vétérans ou les patients touchés par le cancer. Entre juillet 2011 et l'ouverture de la plateforme nationale en juillet 2012, 12 sites pilotes ont expérimenté le système pour un coût d'environ 52 millions d'euros.

Au total, en deux ans, l'Australie a investi environ 370 millions d'euros comprenant notamment 71 millions d'euros pour le développement du système, 52 millions pour son expérimentation et 27,5 millions pour accompagner son adoption par les professionnels. Un budget annuel de plus de 63 millions d'euros est prévu pour faire fonctionner le système et en assurer la mise à jour. S'y ajouteront les investissements que devront faire les régions pour mettre en conformité les systèmes informatiques des hôpitaux avec le PCEHR.

Le cas australien est particulièrement intéressant car il est très proche de l'architecture française, aussi bien en termes d'organisation des structures que de contenu du dispositif. Il convient d'ailleurs de souligner que les échanges entre l'ASIP et la NEHTA sont réguliers, nos partenaires tirant profit de notre expérience. Les montants en jeu sont néanmoins sans commune mesure alors même que la population cible est trois fois moindre en Australie.

## C.– LES AUTRES EXEMPLES EUROPÉENS

En 1994, le Danemark a lancé l'initiative *The Danish Health Data Network* qui réunit dans un GIP le ministère de la Santé et les collectivités territoriales. Le coût final du projet est estimé à 1,4 milliard d'euros. Le déploiement des dossiers électroniques a commencé en 2004 à Copenhague, soit dix ans après le lancement de l'opération, et a été généralisé en 2007 dans les autres régions. Les Danois accèdent à leur dossier en ligne et sont informés lorsqu'un professionnel y accède. Ils peuvent prendre rendez-vous ou demander des conseils en ligne. En termes de gain de temps et de partage des informations, ce site aurait généré 12 millions d'euros d'économies en 2009 pour un coût de mise en place de 7,5 millions d'euros et un coût de fonctionnement annuel de 8 millions d'euros. Combiné aux autres systèmes de télémédecine, ce dispositif permettrait d'économiser 50 minutes par jour et par médecin avec une baisse de 66 % des appels téléphoniques de patients.

Dans le cadre d'une « stratégie nationale de l'e-santé », la Suède a créé un dossier médical personnel, le NPÖ, utilisé par environ 500 000 patients. Une plate-forme rassemble les données médicales dans un dossier de synthèse partagé entre les professionnels, mais sans que les patients y aient accès. Le Parlement suédois a estimé que l'utilisation de ces dossiers éviterait chaque année 370 000 consultations redondantes et 5 500 cas d'iatrogénie médicamenteuse, soit des économies de l'ordre de 31,7 millions d'euros. Le gouvernement suédois estime que les régions ont consacré en 2010 quelque 700 millions d'euros aux multiples dispositifs d'informatique de santé, ce qui dépasse largement le champ du seul DMP.

Dans les autres pays, des tentatives ont vu le jour récemment, avec par exemple le lancement du DMP espagnol en 2012 ou le dépôt d'un projet de loi créant un DMP national en Italie en 2011 <sup>(1)</sup>. Dans tous les cas, le déploiement d'un tel projet est long et difficile. Aux Pays-Bas, il existe même une réticence de principe à la création d'un tel système ; en 2010, le Sénat a ainsi rejeté une proposition de loi instaurant un dossier électronique de santé obligatoire.

## D.– LES EXEMPLES NORD-AMÉRICAINS

### 1.– Le Canada

Dans le cadre d'une approche globale de l'informatique, appelée INFOROUTE SANTÉ, chaque province et chaque territoire développe et actualise son propre système de santé électronique (DES) en vue d'une harmonisation sur l'ensemble du territoire du Canada. Le Québec a ainsi créé le « dossier de santé Québec » (DSQ) avec trois domaines d'intervention : médicament, laboratoire et imagerie. Les dépenses engagées s'élevaient fin 2010 à 308 millions de dollars

---

(1) Le projet de loi instituant un DMP national, le Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a été adopté par la Chambres des députés en 2011 mais pas encore par le Sénat.



canadiens, soit 55 % du budget initial. La Vérificatrice générale du Québec, sorte d'équivalent de la Cour des comptes, conclut à « l'échec » du projet « sous sa forme définie à l'origine ». Elle relève que « l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux ne repose plus sur un partage d'informations entre toutes les régions du Québec au moyen du même outil informatique tel qu'il a été conçu et appelé au départ, le DSQ. Le ministère a changé de stratégie pour permettre, avec des outils informatiques différents, le partage d'informations entre des sites d'une même région d'abord, reportant ainsi l'interopérabilité provinciale. Il n'est pas étonnant que le ministère en reporte encore l'échéance et qu'il indique seulement que l'informatisation du réseau ne sera pas terminée avant 2016 »<sup>(1)</sup>.

## 2.– Les États-Unis

Le ministère des Anciens combattants américain a mis en place un DMP national pour ses seuls ressortissants. En parallèle le projet d'un DMP national a été engagé avec un objectif de déploiement en 2016. Par ailleurs plusieurs offres commerciales de DMP existent, avec des succès relatifs.

L'administration des Anciens combattants dépense chaque année 48 milliards de dollars en soins pour 6 millions de patients, somme qui vient en sus des dépenses d'action sociale, de retraites, d'entretien des cimetières... Des initiatives ont été prises depuis 25 ans pour informatiser le plus possible les dossiers médicaux. En avril 2009, le président Obama a lancé un projet de DMP commun aux Anciens combattants et au ministère de la Défense. Après un échec de la fusion des systèmes existants, un nouveau projet est expérimenté depuis 2011 dans 12 sites pilotes. Fin mars 2012, 1 081 DMP avaient été créés pour un objectif de 171 000 bénéficiaires

Lancé en 2009, le *Health Information Technology of Economic and Clinical Health (HITECH Act)* est un très ambitieux programme de développement de solutions informatiques. Deux milliards de dollars ont été affectés à la réalisation de cette opération. Le déploiement s'opère en plusieurs phases : entre 2010 et 2012 l'informatisation des données est faite par les prestataires de santé sans normes nationales ni interopérabilité. Depuis le printemps 2012, les industriels sont incités à développer des solutions interopérables et des normes régionales. À partir de 2016 sera mis en place un dispositif interconnecté de DMP dont les caractéristiques restent à définir.

À ce stade, il n'existe pas de statistiques sur les gains générés par ce système. En termes de coût comparatif par habitant, la Cour considère « qu'il ne paraît pas devoir être très éloigné de celui du DMP »<sup>(2)</sup>.

---

(1) Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011, tome II, chapitre 3, Vigie relative au Dossier de santé du Québec, cité par la communication de la Cour, op. cit.

(2) Communication de la Cour, op. cit.

Des entreprises privées ont enfin essayé de diffuser un DMP sur clé USB à partir de 2005. Si des essais portant sur 150 clés semblent avoir été concluants, toutes les tentatives de généralisation ont échoué, les établissements hospitaliers étant rétifs à utiliser les clés en raison des risques d'attaques virales.

### III.– DONNER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE AU PROJET

#### A.– LES RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES

En matière d'identification et de maîtrise des coûts :

*1) charger la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé, en lien avec l'ASIP et les ARS, de rendre compte annuellement des dépenses effectuées pour la mise en place du DMP et de leur financement ;*

*2) veiller étroitement à la convergence entre le DMP et les derniers dispositifs de dossiers médicaux régionaux, ou, à défaut, de mettre un terme à tout financement direct ou indirect de ces derniers par l'assurance maladie ;*

*3) conclure avec l'ordre des pharmaciens et l'ASIP un protocole et un calendrier de rapprochement entre le DMP et le dossier pharmaceutique ;*

*4) développer une stratégie homogène d'homologation ou de certification pour établissements et professionnels de santé incluant le DMP et diffuser des études comparatives de leurs caractéristiques et de leurs prix ;*

En matière de démarche stratégique :

*5) mettre en œuvre une stratégie globale des systèmes d'information de santé, en y associant l'ensemble des acteurs concernés (recommandation de 2008, réitérée) ;*

*6) publier dans les plus brefs délais le décret définissant le contenu et le champ du DMP ;*

*7) conclure avec le GIP ASIP une convention pluriannuelle, accompagnée d'objectifs de déploiement du DMP, notamment en termes de ciblage de certaines catégories de patients, et de moyens réalistes à leur égard, et suivis par activité (recommandation de 2008, réitérée) ;*

*8) impliquer pleinement la CNAMTS dans le dispositif dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion passée avec elle de manière notamment que le DMP soit systématiquement intégré dans la politique conventionnelle avec les professions libérales de santé ;*

*9) formaliser la stratégie, la méthode et le calendrier d'interopérabilité entre le DMP et les dossiers patients hospitaliers ;*

En matière de pilotage et d'évaluation :

*10) se doter sans délai des méthodes et moyens nécessaires à l'évaluation médico-économique du DMP pour identifier son apport en termes de gains d'efficacité du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie (recommandation de 2008, réitérée), conformément aux propositions de la Haute autorité de santé ;*

*11) inclure l'impact des relations entre DMP et dossiers patients hospitaliers dans l'évaluation de ces derniers dont le résultat est annoncé pour 2016 ;*

*12) publier au plus vite les décrets précisant la politique générale de sécurité et relatif à l'identifiant national de santé ;*

*13) développer sa connaissance des DMP réalisés dans d'autres pays.*

## B.– LES PRÉCONISATIONS DU RAPPORTEUR SPÉCIAL

Le Rapporteur spécial prend bonne note des recommandations de la Cour. Il relève qu'elle ne propose pas d'arrêter le projet mais invite à en repenser les modalités de mise en œuvre et de suivi.

Le Rapporteur spécial tient à rappeler que l'informatisation des fichiers de santé est un processus inévitable, les exemples étrangers montrant bien qu'il s'agit d'un mouvement global. Les critiques portant sur le pilotage du projet ne doivent pas faire oublier que le DMP est aujourd'hui parfaitement opérationnel et qu'il peut être déployé sur l'ensemble du territoire. L'arrêter aujourd'hui serait plus qu'une erreur, ce serait une faute politique et un gâchis financier.

Il n'en reste pas moins que des améliorations doivent être apportées dans la gestion du projet. Un double objectif doit guider cette démarche : rationaliser les pratiques et optimiser le parcours de soins des patients. Leur déclinaison opérationnelle pourrait ainsi s'inscrire autour de trois axes principaux et de huit préconisations :

### 1.– Redonner de la cohérence et de la lisibilité au dispositif

– établir un contrat d'objectif et de performance avec l'ASIP, en lien avec la CNAMTS. Ce contrat définira précisément le contenu définitif du DMP et les voies de convergence avec les autres systèmes informatisés existants ;

– organiser, sous la tutelle du ministère de la Santé, une réunion trimestrielle de suivi du DMP avec tous les acteurs, y compris les représentants des professionnels et des établissements de santé ;

– intégrer le DMP à la réflexion en cours sur le projet européen de dossier partagé ;

2.– Améliorer le pilotage financier et opérationnel pour mieux maîtriser les coûts

– publier un suivi biannuel des dépenses induites par le DMP en lien avec les ARS pour évaluer les coûts induits dans les régions ;

– établir des indicateurs de suivi médico-économique du DMP ;

– associer la haute autorité de santé (HAS) en charge de l'amélioration des parcours de soins au suivi qualitatif et économique du projet ;

3.– Renforcer la transparence et le suivi qualitatif

– définir des critères qualitatifs de suivi tant pour les professionnels de santé que pour les patients ;

– en lien avec les agences concernées (ANAP, HAS...), établir un programme de promotion du DMP auprès des patients et des professionnels.

## EXAMEN EN COMMISSION

*Après l'audition de Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé, lors de la commission élargie (voir le compte rendu de la réunion du 6 novembre 2012 à 21 heures)<sup>(1)</sup>, la commission des Finances examine les crédits de la mission **Santé**.*

*La Commission est saisie de l'amendement II-CF-158 de MM. Christian Estrosi, Yves Censi et Mme Marie-Christine Dalloz.*

**Mme Marie-Christine Dalloz, suppléant le Rapporteur spécial.** Comme l'a indiqué Christian Estrosi lors de son intervention liminaire, il nous semble nécessaire de mieux contrôler les dépenses liées à l'aide médicale de l'État.

Par ailleurs, nous sommes convaincus que les plans nationaux de santé, je pense notamment au plan Alzheimer, au plan cancer ou au plan maladies rares, doivent être mieux soutenus.

Nous vous proposons donc de réduire de 10 millions d'euros les dépenses de l'aide médicale de l'État (AME) et de les affecter au profit de ces plans.

*La Commission **rejette** cet amendement. Après que la suppléante du rapporteur spécial a émis un avis défavorable, elle **adopte** les crédits de la mission **Santé**.*

*Elle **adopte** également les crédits du compte de concours financiers **Avances aux organismes de sécurité sociale**.*

### **Après l'article 69**

*La Commission est saisie de l'amendement n° II-CF 156 de MM. Christian Estrosi, Yves Censi et Mme Marie-Christine Dalloz.*

**Mme Marie-Christine Dalloz, suppléant le Rapporteur spécial.** Les bénéficiaires de l'AME ne contribuent en rien au financement du dispositif depuis la suppression du droit de timbre en juillet dernier.

---

<sup>(1)</sup> Le compte rendu de la commission élargie est disponible sur le site Internet de l'Assemblée nationale à l'adresse : [http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2013/commissions\\_elargies/cr/](http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2013/commissions_elargies/cr/)

En parallèle, les Français bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) doivent acquitter les franchises médicales alors même qu'ils sont eux aussi dans une situation précaire.

Nous proposons donc de supprimer cette différence de traitement : les bénéficiaires de l'AME doivent eux aussi payer les franchises médicales. Cette contribution modeste marquerait leur volonté de participer au financement du système.

*La commission **rejette** cet amendement puis examine l'amendement n° II-CF 155 de MM. Christian Estrosi, Yves Censi et Mme Marie-Christine Dalloz.*

**Mme Marie-Christine Dalloz, suppléant le Rapporteur spécial.** En 2011, nous avons décidé de soumettre les principaux actes médicaux à une décision d'agrément préalable. Elle concernait notamment les opérations lourdes et prévisibles. Il ne s'agissait en rien de restreindre l'accès aux soins mais bien de vérifier le caractère urgent et strictement nécessaire de chaque acte.

Cette disposition a été supprimée en juillet dernier, ce que nous ne pouvons que regretter.

Dans un souci d'équité et pour maintenir une égalité de traitement, nous proposons de rétablir cet agrément préalable, étant entendu qu'il ne s'applique par exemple pas aux soins délivrés aux mineurs ou aux femmes enceintes.

*La Commission **rejette** cet amendement puis examine l'amendement n° II-CF 157 de MM. Christian Estrosi, Yves Censi et Mme Marie-Christine Dalloz.*

**Mme Marie-Christine Dalloz, suppléant le Rapporteur spécial.** Cet amendement vise à rétablir le principe du guichet unique pour le dépôt des dossiers de demande d'aide médicale de l'État.

Depuis la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, les dossiers étaient obligatoirement constitués par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui avaient par ailleurs charge de les instruire.

La loi de finances rectificative de juillet dernier est revenue sur cette disposition en réintroduisant la possibilité pour les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) et les associations agréées de constituer les dossiers d'AME.

Notre amendement revient sur la suppression du guichet unique. Il s'agit d'éviter que plusieurs dossiers puissent être déposés dans des endroits différents. Le guichet unique permettra en outre d'améliorer et de rendre plus fiables les statistiques sur les demandes d'AME.

La Commission **rejette** cet amendement.

## **AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION**

**Amendement n° II-CF-154 présenté par M. Christian Estrosi, Rapporteur spécial, et M. Yves Censi**

### **ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 69, insérer l'article suivant :**

Après le deuxième alinéa de l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles, insérer l'alinéa suivant :

« En cas de condamnation pour fraude ou fausse déclaration au titre de l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale, le demandeur est exclu par le représentant de l'État ou son délégataire du bénéfice de l'aide médicale de l'État pour une durée d'un an à compter de la date de condamnation. ».

**Amendement n° II-CF-155 présenté par M. Christian Estrosi, Rapporteur spécial, et M. Yves Censi**

### **ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 69, insérer l'article suivant :**

L'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf pour les soins délivrés aux mineurs, aux femmes enceintes, dans un cadre de prévention et de prophylaxie, et pour les soins inopinés délivrés dans les hôpitaux, la prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, pour les soins en médecine de ville, à l'agrément préalable de l'autorité ou organisme mentionné à l'article L. 252-3. Cet agrément est accordé dès lors que la condition de stabilité de la résidence mentionnée à l'article L. 252-3 est respectée, que la condition de ressources mentionnée à l'article L. 251-1 est remplie et que les soins revêtent un caractère fondé et indispensable. La procédure de demande d'agrément est fixée par décret en Conseil d'État. »

**Amendement n° II-CF-156 présenté par M. Christian Estrosi, Rapporteur spécial, et M. Yves Censi**

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 69, insérer l'article suivant :**

Après le sixième alinéa de l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans les cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15°, et 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'AME s'acquittent de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du même code. ».

**Amendement n° II-CF-157 présenté par M. Christian Estrosi, Rapporteur spécial, et M. Yves Censi**

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 69, insérer l'article suivant :**

Les six premiers alinéas de l'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« La demande d'aide médicale d'État est déposée auprès de l'organisme d'assurance maladie du lieu de résidence de l'intéressé. Cet organisme en assure l'instruction par délégation de l'État. »

**Amendement n° II-CF-158 présenté par M. Christian Estrosi, Rapporteur spécial, et M. Yves Censi**

**ARTICLE 46**

**ÉTAT B**

Mission « Santé »

Modifier ainsi les autorisations d'engagement et les crédits de paiement :

(en euros)

Programmes	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	10 000 000	0
Protection maladie	0	10 000 000
TOTAUX	10 000 000	10 000 000
SOLDE	0	



## **EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'avenir des plans nationaux semble aujourd'hui compromis alors même qu'ils ont significativement amélioré la prise en charge des patients et qu'ils ont fait progresser la recherche. L'effort engagé doit être poursuivi, sauf à remettre en cause les investissements des dix dernières années.

Le présent amendement propose donc de réduire les crédits affectés à l'aide médicale de l'État (action 2 du programme 183) à hauteur de 10 millions d'euros et d'augmenter d'autant les crédits de l'action 14 du programme 204 où figurent notamment les dépenses relatives au plan Cancer et au plan Alzheimer.



## **ANNEXE 1: LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LE RAPPORTEUR SPÉCIAL**

Le Rapporteur spécial a successivement entendu :

- M. Thierry Coudert, directeur général de l'établissement public de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), accompagné de Mme Nicole Pelletier, directrice générale adjointe et de M. Bruno Lartigue, responsable du service réserve sanitaire ;
- Dr. Patrick Guérin, président-directeur général de Celtipharm
- Dr. Dominique Debray, président du syndicat de médecine morpho esthétique et anti-âge (SYMEA) ;
- Dr. Lydia Hourri, présidente de la société française de médecine morphologique et anti-âge (SOFMMAA) ;
- M. Jean-François Chadelat, directeur du fonds CMU ;
- M. Dominique Maraninchi, directeur général de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), accompagné de M. François Hébert, directeur général adjoint en charge des opérations et de Mme Béatrice Guéneau-Castilla, directrice générale adjointe en charge des ressources
- M. Housseyni Holla, directeur de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH), accompagné de Mme Sophie Granger, secrétaire générale ;
- Mme Danielle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG), accompagnée de Mme Marie-Claude Chatenay-Rivauday-Marel, directrice générale adjointe et de Mme Marie-Odile Mazoyer, agent comptable de l'établissement
- Mme Véronique Bony, directrice du groupement d'intérêt public (GIP) ADALIS (Alcool info service), accompagnée de Mme Jocelyne Boudot, présidente du conseil d'administration du GIP ADALIS et directrice générale adjointe de l'INPES ;
- Mme Agnès Buzyn, présidente de l'institut national du cancer (INCa), accompagnée de Mme Anne Burstin, directrice générale, Mme Brigitte Jeannot, direction des affaires financières et de M. Guillaume Viaud, direction des affaires financières ;

- M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale, accompagné de M. Damien Vergé, adjoint au sous-directeur du financement de la sécurité sociale
- Mme Thanh Le Luong, directrice de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), accompagnée de M. Philippe de Bruyn, secrétaire général
- M. Dominique Maigne, directeur de la haute autorité de santé (HAS), accompagné de Mme Véronique Chenail, secrétaire générale, du Pr. Jean-Michel Dubernard, président de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) et de M. Jean-Christophe Bras, conseiller du président et du directeur de la HAS
- M. Antoine Flahault, directeur de l'école des hautes études de santé publique (EHESP), accompagné de Catherine Dessein, directrice adjointe ;
- M. Jean-Yves Grall, directeur général de la santé, accompagné de M. Christian Poiret, secrétaire général, chef du service des politiques d'appui au pilotage et de soutien ;
- M. Michel Gagneux, président de l'agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP), accompagné de M. Jean-Yves Robin, directeur.

Il a par ailleurs visité l'institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer (IM<sup>2</sup>A) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière dirigé le Professeur Bruno Dubois.

**ANNEXE 2 :**  
**RAPPORT D'ENQUÊTE DE LA COUR DES COMPTES SUR LE COÛT**  
**DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL DEPUIS SA MISE EN PLACE**  
**(article 58-2° de la LOLF)**





**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES FINANCES DE  
L'ASSEMBLEE NATIONALE**

**ARTICLE 58-2° DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCES DU 1ER AOUT 2001**

**Le coût du dossier médical  
personnel depuis sa mise en  
place**

Juillet 2012





## SOMMAIRE

<b>AVERTISSEMENT .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>9</b>
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE I - LE COUT DE LA MISE EN ŒUVRE DU DMP 19</b>	
<b>I - Les ressources du GIP .....</b>	<b>20</b>
A - Le fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins	20
B - Le fonds national de gestion .....	21
C - Les apports en nature au GIP .....	24
<b>II - Les dépenses consacrées au DMP par le GIP .....</b>	<b>27</b>
A - Des indicateurs insuffisants .....	27
B - Avant 2010, recherche et expérimentations : 90 M€ .....	30
C - La mise en place en 2010-2011 : 60 M€ .....	31
D - Les principales dépenses .....	33
<b>III - Les dépenses liées à des projets nationaux concomitants .....</b>	<b>35</b>
A - La faible implication de l'assurance maladie .....	35
B - L'apport de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) .....	36
C - La contribution du GIE SESAM-VITALE .....	36
D - Des financements de la Caisse des dépôts et consignations .....	37
E - Un investissement de l'État : le dossier communicant cancer .....	37
<b>IV - Les projets régionaux .....</b>	<b>40</b>
A - Les initiatives régionales .....	40
B - La convergence vers le DMP de dossiers de patients hospitaliers .....	49

## **CHAPITRE II - LES INVESTISSEMENTS COMPLEMENTAIRES AU DMP .....55**

**I - Les dossiers de patients informatisés non encore interoperables..... 55**

**II - Un coût collatéral du DMP : l'historique des remboursements..... 57**

**III - Autres dispositifs ..... 58**

## **CHAPITRE III - DES INCERTITUDES SUBSTANTIELLES ..61**

**I - Une incertitude juridique et fonctionnelle..... 61**

**II - Des coûts induits mal identifiés ..... 61**

A - Le temps de création et d'alimentation d'un DMP..... 62

B - Les systèmes et logiciels ..... 63

C - La politique de sécurité : aucune échéance fixée ..... 69

D - L'identifiant provisoire national de santé..... 71

E - L'impact potentiel de la convention médicale..... 73

F - Les régimes complémentaires..... 74

**III - L'exemple du coût de l'interopérabilité ..... 75**

A - Une composante essentielle..... 75

B - Une dépense de 2,4 M€ ..... 75

C - Une cohérence perfectible..... 76

**IV - Le report de l'évaluation médico-économique ..... 78**

A - Le versement de subventions « à l'usage » ..... 78

B - L'absence d'outil prospectif ..... 79

C - Les économies éventuelles ..... 80

D - Les gains de performance professionnelle ..... 81

**V - L'absence persistante de stratégie d'ensemble ..... 81**

**CHAPITRE IV - COMPARAISONS INTERNATIONALES.....83****I - Des attentes similaires chez les médecins de plusieurs continents ..... 84****II - Le développement de dispositifs de DMP à l'étranger ..... 85**

A - Allemagne .....	85
B - Angleterre .....	86
C - Autriche.....	91
D - Canada .....	91
E - États-Unis .....	94
F - Danemark.....	100
G - Les projets en Belgique, Espagne, Italie, Norvège et aux Pays-Bas ..	100
H - Suède .....	102
I - ePSOS .....	102

**CONCLUSION GENERALE..... 103****ANNEXES ..... 107**



## Avertissement

Sur le fondement de l'article 58-2 de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), la Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale par lettre du 7 décembre 2011 d'une demande d'enquête sur « *le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place* »<sup>1</sup>. Une réponse lui a été apportée par lettre en date du 11 janvier 2012<sup>2</sup>. Une rencontre avec M. Gérard BAPT, rapporteur spécial de la mission Santé, a permis de confirmer le 24 janvier 2012 le calendrier et le périmètre des travaux à mener.

L'instruction s'est appuyée sur les travaux effectués dans le cadre d'une enquête notifiée le 27 janvier 2012. Elle a été conduite à partir de l'exploitation des documents existants, des réponses reçues à des questionnaires et d'entretiens conduits auprès des administrations et organismes concernés ; des agences régionales de santé et des opérateurs ont été rencontrés en Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Picardie et Rhône-Alpes. Elle a intégré en outre des éléments issus de rapports consacrés antérieurement par la Cour des comptes à différents sujets relatifs aux systèmes d'information de santé.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé aux administrations concernées le 30 avril 2012. La secrétaire générale des ministères sociaux, le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de l'offre de soins, le directeur du budget, le directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur du groupement d'intérêt public « Agence des systèmes d'information partagés de santé » y ont répondu en mai 2012. D'autres organismes ont répondu aux extraits les mentionnant.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête effectuée, a été délibéré, le 11 juin 2012, par la sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de M. Babusiaux, président de chambre maintenu, Mme Lévy-Rosenwald, MM. Diricq, Piolé, Jamet, Charpy, conseillers maîtres, les rapporteurs étant M. Gillette, conseiller maître, et Mme Emma Townsend, rapporteur, M. Braunstein, conseiller maître, étant contre-rapporteur.

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 1.

<sup>2</sup> Cf. annexe 2.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 25 juin 2012 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, premier président, Bénard, procureur général, Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, Lefas et Briet, présidents de chambre.

## Résumé

L'Assemblée nationale a demandé à la Cour un rapport sur le coût du dossier médical personnel (DMP). Après une longue phase de recherches, d'expérimentations régionales et de développements infructueux lancée en 2005, ce système de dossiers médicaux informatisés est accessible nationalement sur internet depuis 2011. La Cour en a déjà évoqué l'historique et la gestion dans les rapports publics annuels de 2008 et de 2009.

Créé et consulté par des professionnels de santé à la demande de son titulaire, il contient les informations personnelles de santé nécessaires au suivi et à la coordination des soins : analyses de laboratoire, antécédents, certificats, comptes-rendus hospitaliers et de radiologie, traitements... Les professionnels de santé ou le titulaire du DMP les y ajoutent et les partagent. Le patient peut prendre connaissance de l'historique de toutes les actions ainsi effectuées, supprimer des documents, fermer temporairement ou détruire son DMP et en obtenir une copie. Mi-juin 2012, 158 000 DMP étaient ouverts, au rythme quotidien d'un millier de créations et de deux mille dépôts de document.

La première partie du rapport estime à au moins **210 M€** le coût total du DMP entre la loi de 2004 l'ayant instauré et fin 2011, tout en soulignant le caractère incomplet des données régionales en ce domaine. Le quart environ en a été dépensé en expérimentations. Vite abandonnées, elles ont néanmoins permis de clarifier les problèmes juridiques, organisationnels et techniques. Le coût d'autres téléservices de santé qui ont vocation à converger vers le DMP est à prendre aussi en compte, tels que le dossier pharmaceutique de l'ordre des pharmaciens (20 millions de dossiers ouverts, 23 M€ de coûts directs à fin 2011, dont 4 M€ inclus ci-dessus) et le dossier communicant cancer.

Un ralentissement des dépenses dédiées au DMP par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), avec une diminution des ressources humaines qui lui sont affectées, est paradoxalement amorcé depuis 2010, au moment d'un déploiement maintes fois reporté.

La deuxième partie évoque brièvement les dispositifs informatisés de dossiers de patients hospitaliers, qui ont vocation à échanger des données avec le DMP ; plusieurs centaines d'établissements de santé ont entrepris de s'en doter. Le coût du développement et de la mise en place de systèmes de dossiers médicaux personnels, hospitaliers ou nationaux, y compris l'historique des remboursements de la CNAMTS, a vraisemblablement dépassé un demi-milliard d'euros à fin 2011. Cela a

sans doute représenté chaque année moins de 0,05 % des dépenses du régime général d'assurance maladie, mais l'absence de suivi par l'administration de la santé des dépenses en matière de systèmes hospitaliers de dossiers de patient informatisés interdit un chiffrage précis. Cette défaillance de pilotage est très anormale, eu égard au niveau élevé des investissements et des dépenses récurrentes d'utilisation. De surcroît, les écarts de coût et de performance, notamment en termes d'interopérabilité avec le DMP, demeurent inconnus.

La troisième partie du rapport examine à cet égard les principaux facteurs d'incertitude quant aux coûts induits par le DMP. Le report de l'évaluation médico-économique et le retard apporté par l'État à définir une stratégie en matière de systèmes d'information de santé et une politique générale de sécurité sont autant de lacunes. Le décret qui devait déterminer le contenu et les conditions d'utilisation du DMP n'était pas encore paru mi-2012, ce qui contribue à l'absence totale de ciblage en termes de catégories prioritaires de patients devant être incitées à ouvrir un DMP. L'analyse des temps de création et d'alimentation d'un DMP demeure elle aussi insuffisante. Les mises en garde antérieures de la Cour quant à la nécessité d'une standardisation appropriée du poste de travail du professionnel de santé n'ont pas été suivies et son coût pour ce dernier demeure non maîtrisé.

Deux normes d'interopérabilité des systèmes d'information de santé, distinctes quoique proches, au lieu d'une seule, ont été édictées à quelques mois d'intervalle par l'ASIP et par l'assurance maladie. Cette dernière a instauré dans la convention médicale de 2011 un « volet médical de synthèse », sans référence au DMP alors qu'une convergence de ces deux outils serait un gain de temps. Les éditeurs ont donné la priorité à l'informatisation séparée de ce volet, au détriment de développements intégrant le dispositif de DMP dans les logiciels des professionnels de santé. Un dispositif d'homologation de ces logiciels a été mis en place, mais, ainsi que la Cour l'avait recommandé en 2008, une politique de certification, exigeante et opposable, serait de nature à renforcer la fiabilité de ces derniers, et donc le rapport entre leur coût et leurs performances. Une stratégie homogène dans le secteur de la santé serait à définir en ce domaine.

Un même retard est constaté dans la définition d'une politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé, pour laquelle un comité de pilotage associant les acteurs concernés n'a été réuni qu'à partir de mars 2012. La cohérence de tous ces efforts reste à assurer.



Au-delà de l'insuffisance grave de suivi financier qui a accompagné le développement du dossier médical personnel, la Cour souligne ainsi les risques lourds pour son bon aboutissement que comporte l'absence d'analyse des coûts induits par son déploiement et son fonctionnement. Le défaut d'évaluation et d'anticipation en ce domaine peut déboucher sur des impasses financières et des blocages d'autant plus dangereux qu'aucune méthodologie rigoureuse d'évaluation médico-économique des gains de performance pour le système de soins et des économies pour l'assurance maladie n'est à ce stade définie pour permettre de mesurer un retour sur investissement.

Au moment où va s'accélérer sa montée en charge, il est urgent ainsi que l'Etat définisse dans une concertation plus étroite avec tous les acteurs une stratégie d'ensemble pour intégrer le DMP dans une vision globale des systèmes d'information en santé de manière à assurer la cohérence et la convergence de dispositifs à certains égards foisonnants et à éviter une dérive des coûts à venir.

L'exemple d'autres pays qu'analyse la dernière partie peut être à cet égard riche d'enseignements, qu'il s'agisse de conduite de projet - les projets nord-américains paraissent avoir été engagés à certains égards de manière plus prudente et méthodique - ou de moyens : en France, déduction faite des expérimentations abandonnées depuis 2009, les moyens mobilisés pour la mise en place du DMP paraissent inférieurs à ceux des dispositifs en cours de réalisation en Amérique du nord et en Angleterre-, même s'il est encore trop tôt pour faire des comparaisons en termes de coûts.

\*

L'absence de suivi financier précis et l'impossibilité à consolider le montant des fonds publics considérables consacrés, sous de multiples formes par un grand nombre d'acteurs, au DMP n'est pas seulement et très gravement préjudiciable à l'appréciation de son coût réel. Ces défaillances attestent aussi d'une absence particulièrement anormale et préjudiciable de stratégie et d'un grave défaut de continuité de méthode dans la mise en œuvre d'un outil annoncé comme essentiel à la réussite de profondes réformes structurelles. En effet, s'agissant de l'organisation du système de santé, avec notamment l'instauration du médecin traitant et la mise en place d'un parcours de soins coordonnés du patient, il en est attendu des gains majeurs d'efficience et de qualité.

La Cour considère comme particulièrement préoccupant qu'il n'y ait pas encore été remédié alors qu'elle a à plusieurs reprises alerté les autorités compétentes sur les risques d'une telle situation, à la fois en termes de dérive des coûts et d'attente des objectifs espérés.



## **Principales recommandations**

### **En matière d'identification et de maîtrise des coûts**

- 1) *de charger la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé, en lien avec l'ASIP et les ARS, de rendre compte annuellement des dépenses effectuées pour la mise en place du DMP et de leur financement ;*
- 2) *de veiller étroitement à la convergence entre le DMP et les derniers dispositifs de dossiers médicaux régionaux, ou, à défaut, de mettre un terme à tout financement direct ou indirect de ces derniers par l'assurance maladie ;*
- 3) *de conclure avec l'ordre des pharmaciens et l'ASIP un protocole et un calendrier de rapprochement entre le DMP et le dossier pharmaceutique ;*
- 4) *de développer une stratégie homogène d'homologation ou de certification pour établissements et professionnels de santé incluant le DMP et diffuser des études comparatives de leurs caractéristiques et de leurs prix ;*

### **En matière de démarche stratégique**

- 5) *de mettre en œuvre une stratégie globale des systèmes d'information de santé, en y associant l'ensemble des acteurs concernés (recommandation de 2008, réitérée) ;*
- 6) *de publier dans les plus brefs délais le décret définissant le contenu et le champ du DMP ;*
- 7) *de conclure avec le GIP ASIP une convention pluriannuelle, accompagnée d'objectifs de déploiement du DMP, notamment en termes de ciblage de certaines catégories de patients, et de moyens réalistes à leur égard, et suivis par activité (recommandation de 2008, réitérée) ;*
- 8) *d'impliquer pleinement la CNAMTS dans le dispositif dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion passée avec elle de manière notamment que le DMP soit systématiquement*

*intégré dans la politique conventionnelle avec les professions libérales de santé;*

- 9) *de formaliser la stratégie, la méthode et le calendrier d'interopérabilité entre le DMP et les dossiers patients hospitaliers.*

#### **En matière de pilotage et d'évaluation**

- 10) *de se doter sans délai des méthodes et moyens nécessaires à l'évaluation médico-économique du DMP pour identifier son apport en termes de gains d'efficacité du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie (recommandation de 2008, réitérée), conformément aux propositions de la Haute autorité de santé ;*
- 11) *d'inclure l'impact des relations entre DMP et dossiers patients hospitaliers dans l'évaluation de ces derniers dont le résultat est annoncé pour 2016 ;*
- 12) *de publier au plus vite les décrets précisant la politique générale de sécurité et relatif à l'identifiant national de santé ;*
- 13) *de développer sa connaissance des DMP réalisés dans d'autres pays.*

## Introduction

Institué dans son principe par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, créé et consulté par des professionnels de santé à la demande de son titulaire. Il contient les informations personnelles de santé nécessaires au suivi et à la coordination des soins : analyses de laboratoire, antécédents médicaux et chirurgicaux, certificats, comptes-rendus hospitaliers et de radiologie, notes de médecine préventive, traitements... Les professionnels de santé ou le titulaire du DMP les y ajoutent et les partagent avec l'accord de ce dernier, qui peut prendre connaissance de l'historique de toutes les actions ainsi effectuées, supprimer des documents, fermer temporairement ou détruire son DMP et en obtenir une copie.

Après une longue phase de recherches, d'expérimentations régionales et de développements infructueux lancée en 2005, et une succession d'annonces prématurées - ainsi, le ministre de l'époque avait-il annoncé que « *trois milliards d'euros* » en économies annuelles devaient résulter de l'existence en 2007 de 60 millions de DMP, un par patient - un dispositif national et unique a fini par être mis en œuvre depuis fin 2010..La Cour a déjà évoqué l'historique de ce projet et sa gestion initiale dans deux rapports publics. D'une part, « *l'accès en ligne aux dossiers médicaux* » a fait l'objet d'un chapitre dans le rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2008 ; d'autre part, le rapport public annuel 2009 a consacré un chapitre à la gestion du groupement d'intérêt public « *Dossier médical personnel* », devenu en 2009 « *Agence des systèmes d'information partagés de santé* » (ASIP)<sup>3</sup>. Un résumé des constats alors faits figure en annexe 3 de la présente communication qui ne revient pas sur le détail du dispositif et des enjeux alors examinés<sup>4</sup>.

Depuis 2011 le dossier médical personnel est accessible nationalement sur internet. A mi-juin 2012, 156 000 DMP avaient été créés, au rythme d'environ 1 000 créations et 2 000 documents nouveaux par jour, majoritairement par des établissements de santé et dans quatre

---

<sup>4</sup> Depuis l'origine, d'autres instances ont aussi établi des rapports sur le DMP dont les principaux sont mentionnés en annexe 4.

régions. Chacun ne contenait cependant en moyenne que moins de deux documents. L'objectif le plus récent est d'atteindre un million de DMP en 2013.

\*

Pour répondre au mieux à la demande de l'Assemblée nationale d'un chiffrage des coûts exposés pour la mise en place du dossier médical personnel, la Cour a procédé à une enquête aussi approfondie qu'ont pu l'autoriser la disponibilité et la fiabilité des données provenant des différents acteurs. Elle a suivi une démarche analytique que précise l'encadré ci-après.

#### **Méthodologie de l'enquête**

A la demande de la Cour, le ministère et l'ASIP ont entrepris, avec le concours des agences régionales de santé (ARS), d'établir un tableau de synthèse, inexistant jusqu'à la présente investigation, des coûts directs et indirects, régionaux et nationaux.

Le périmètre examiné comprend aussi l'informatisation de dispositifs destinés à alimenter le DMP, centrés sur la médecine de ville (dossiers partagés en réseaux, notamment contre le cancer, dossier pharmaceutique...) et de dossiers de patients hospitaliers interopérables (programme de la période 2007-2011, dit « Hôpital 2012»). Sont prises en compte les dépenses directes d'investissement, de recherche comme de fonctionnement courant, tant du GIP DMP puis ASIP que des autres opérations ayant bénéficié de deniers publics, dans la mesure où leur financement a pu être retracé. Les dépenses indirectes ont été estimées par les opérateurs concernés et un inventaire des coûts induits par le DMP, non valorisés par le ministère ou le GIP mais vraisemblablement engagés, a été esquissé par la Cour. Les chiffrages ont été établis à la fin 2011, les prévisions budgétaires 2012 étant citées quand elles étaient connues.

Aucun jugement n'a été porté sur ces dépenses ou les comptes y afférents. De même, compte-tenu notamment des défaillances ayant affecté jusqu'ici les prévisions statistiques et financières, les dépenses futures n'ont été que sommairement examinées. La dispersion des opérations subventionnées et les restructurations intervenues (disparition ou mutation de multiples groupements comme des ARH devenues ARS, rotation des personnels...), de leurs pièces justificatives n'ont pas permis une vérification approfondie dans le délai imparti.

*Le champ couvert*

Des visites sur place ont été effectuées en Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie et Rhône-Alpes, auprès des ARS, de groupements de coopération sanitaire et de divers établissements ou services de santé. Les procédures normales de la Cour ont été mises en œuvre, notamment en matière de contradiction, afin de valider les données ainsi déclarées par les opérateurs. La Cour considère que les données ainsi validées donnent une image raisonnablement complète des coûts encourus.

S'agissant du principe de l'expérimentation d'un dossier sur clé USB, qui a été adopté en 2011 par le Parlement, le décret d'application nécessaire à sa mise en œuvre n'était pas encore paru au printemps 2012 et aucune dépense de ce type n'a été constatée.

La mise en place d'une stratégie informatique comme celle du DMP, particulièrement dans le champ de la santé publique, repose sur plusieurs composantes primordiales, telles que :

- Une stratégie des systèmes d'information de santé au service d'objectifs de soins et de santé publique clairement définis.
- Une démarche institutionnelle permettant d'adopter, piloter et mettre en œuvre un plan stratégique et d'en évaluer l'impact.
- Une répartition précise des périmètres d'action : acteurs nationaux (directions centrales, opérateurs de l'État, assurance maladie), internationaux (normalisation, coopérations), locaux (agences régionales de santé, établissements, réseaux, groupements sanitaires... et leurs plans régionaux).
- Une stratégie technologique reposant sur des référentiels, voire sur une politique industrielle publique, adaptée à l'évolution des technologies, qui amène à confier, notamment dans le cas du DMP, à des réseaux de serveurs à distance des données et des traitements informatiques jusqu'alors localisés dans des ordinateurs locaux et indépendants, avec des risques de confidentialité dont il convient de vérifier en permanence la maîtrise.
- Des actions de réglementation, de régulation et de contrôle (autorisation, homologation, certification, audit, évaluation...).
- Des maîtres d'ouvrage au sein du secteur public, et des fournisseurs aptes à diffuser des logiciels conformes aux référentiels.
- Un dispositif d'allocation des ressources garantissant que chaque échelon dispose de financements adaptés aux objectifs assignés, et rendant compte des moyens, de leurs coûts, des produits et des résultats qui en découlent. Des défaillances ont été constatées dans ces domaines, mais elles ne sont pas l'objet du présent rapport.

La présente communication cherche ainsi à estimer en un premier temps le montant global des ressources directement et spécifiquement mobilisées pour le DMP de 2005 à 2011 et analyse également le coût direct de dispositifs devant converger à terme vers le DMP, comme cela a été entrepris pour le dossier communicant en cancérologie et le dossier pharmaceutique, comme convenu avec la commission des finances.

Une deuxième partie est plus largement consacrée à une approche des dépenses engagées pour deux autres volets de l'informatique de santé qui se sont développés parallèlement au DMP, car ils ne pourront rester indépendants de ce dispositif : il s'agit d'une part des systèmes de dossiers de patients hospitaliers dont les établissements de santé sont de plus en plus nombreux à se doter, et d'autre part de l'historique des remboursements lancé auprès des médecins par l'assurance maladie. L'intégralité des coûts exposés dans le même champ que le DMP depuis l'origine du projet a été ainsi, autant que possible, retracée, conformément aux échanges avec la commission des finances du 24 janvier 2012. Le périmètre du DMP peut en effet être plus ou moins étroitement circonscrit.

Une troisième partie présente les nombreuses incertitudes qui subsistent et qui sont susceptibles d'avoir un impact financier sur le déploiement du DMP. Leur résolution en renchérit vraisemblablement le coût dans des proportions qui ne peuvent pas actuellement être chiffrées, sans qu'en l'absence d'études, aucune économie prévisionnelle liée à son usage ne soit à ce stade documentée.

Enfin la Cour a cherché dans une dernière partie, en fonction des données qu'elle a pu recueillir, soit directement, soit indirectement, à apporter une information sur le degré de mise en place de dispositifs de dossier médical personnel dans divers pays occidentaux et, chaque fois que possible, sur les financements qui y ont été consacrés.



## Chapitre I

### Le coût de la mise en œuvre du DMP

Cette première partie décrit le niveau des ressources affectées entre 2005 et 2011 au groupement d'intérêt public (GIP) chargé d'en porter le projet<sup>5</sup>, ainsi qu'aux autres intervenants, en particulier régionaux, et les charges qu'elles ont financées.

En 2007, une fois la stratégie initiale définie, le montant du budget d'investissement et de fonctionnement nécessaire au DMP<sup>6</sup> pour les cinq premières années avait été estimé à un milliard d'euros. En 2008, cette prévision avait été réduite de moitié, à raison de 100 M€ par an, sans que d'éventuels coûts induits soient évoqués. La réalité a été de l'ordre d'un tiers de ce dernier chiffre, aux alentours de 30 M€ par an en moyenne de 2005 à 2011, soit 210 M€, hors dispositifs hospitaliers non subventionnés par l'ASIP.

---

<sup>5</sup> Sa dénomination a été « GIP DMP » lors sa création en 2005, puis est devenue « Agence des systèmes d'information partagés de santé » (ASIP Santé), lorsqu'il a absorbé en 2009 l'ancien GIP « Carte de professionnel de santé » et quelques fonctions provenant du ministère de la santé. Il est désigné ici comme « le GIP » lorsque l'analyse couvre l'intégralité de la période, ou « l'ASIP », pour la période écoulée depuis décembre 2009.

<sup>6</sup> Le sigle « DMP » recouvre dans cette partie le dispositif national prévu par la loi, ainsi que les trois phases conduites depuis 2005 à l'instigation du GIP ou avec le soutien des agences régionales : *dossier médical personnel d'accès régional* (DPR), *dossier partagé de réseau* (DPR), et DMP national en place depuis 2011, rattaché à un hébergeur unique, ainsi que les opérations connexes quoique d'une nature différente. On en distingue plus loin les coûts.

## I - Les ressources du GIP

Le GIP a représenté quelque 150 M€ des 210 M€ susvisés, tant en dépenses qu'en recettes correspondantes.

### A - Le fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins

Le ministère et la CNAMTS déterminent les ressources globales du GIP, en amont des décisions budgétaires du conseil d'administration de ce dernier. Les ressources affectées au DMP sont à la charge du fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) de l'assurance maladie.

**Tableau n° 1 : Financement par l'assurance maladie** <sup>7</sup>

Millions €	Subventions Cnamts Faqsv/Fiqcs versées au GIP			Part affectée au DMP, selon l'ASIP
	Décision initiale	Montant révisé	Montant net versé	
2005	15	15		6
2006	58	41	31	25
2007	120	28	22	22
2008	32	nd	15	17
2009	44	24	24	20
2010	60	44	40	30
2011	56	49	49	30
<b>total</b>	<b>385</b>	nd	<b>181</b>	<b>150</b>
2012 prév.	53	47.5 <sup>8</sup>	Néant au 30 mars	24

Sources : Agence comptable de la Cnamts (FAQSV puis FIOCS) et comptes financiers du GIP<sup>9</sup>. Y compris 1,4 M€ affectés aux investissements 2005 et 2006. Un emprunt de courte durée a financé les dépenses 2005.

Les ressources théoriques du GIP pour le DMP ont donc été de 181,6 M€, versés de 2005 à 2011 par le FIQCS.

<sup>7</sup> Le FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville) a été remplacé par le FIQCS en 2007. Ces montants n'incluent pas les financements éventuels déconcentrés et affectés aux acteurs locaux du DMP sur l'enveloppe régionale transférée en 2012 au nouveau fonds d'intervention régional (FIR).

<sup>8</sup> Après déduction d'une « réserve prudentielle » initiale.

<sup>9</sup> Compte tenu de la faible érosion monétaire (moins de 2 % par an) et de données approximatives, les chiffres du présent rapport sont totalisés en euros courants. Il n'y a pas de tableau de bord partagé entre les acteurs concernés.

L'ASIP estime qu'elles ont été « *calibrées de façon manifestement empirique voire aléatoire* » : cette appréciation n'est pas démentie par les faits, en l'absence de tout contrat d'objectifs et de moyens entre l'État et le GIP, maintes fois annoncé au fil des ans et toujours reporté (à 2013 dernièrement).

Le tableau 1 ci-dessus montre que depuis 2009 le dispositif de DMP n'en reçoit plus la totalité. Les ressources que l'ASIP lui alloue sont calculées comme équivalant aux dépenses : en résulte le chiffre de 150 M€ en ressources cumulées à fin 2011 pour le seul DMP (dernière colonne du tableau), au lieu de 181 M€. La différence, soit 31 M€, a été affectée à des actions nouvelles que l'État a confiées à l'ASIP par simples lettres de mission, sans programmation formelle, sans fléchage du financement et sans contribuer significativement à leur financement ni apporter d'autres ressources (plans grippe, « détenus », accident vasculaire-cérébral, défibrillateurs, SAMU, etc.). Les crédits apportés par l'Etat (colonne 4 du tableau 2 suivant) ne suffisaient pas à en financer la totalité. Le risque est que ces redéploiements inorganisés et improvisés vers d'autres activités obèrent le calendrier et l'ampleur de la mise en place du DMP, ainsi que le GIP le souligne. Un financement plus élevé permettrait un déploiement plus rapide, se traduirait par un rapport coût/efficacité du dispositif susceptible de progresser plus vite, et une estimation réaliste des coûts unitaires pourrait être entreprise.

L'exactitude du chiffre de 150 M€ dépend comme on le verra de l'affectation détaillée des dépenses. Cette dernière comporte une marge d'incertitude quant à la fiabilité de la répartition des charges, mais sans en affecter significativement l'ordre de grandeur.

## **B - Le fonds national de gestion**

L'ASIP reçoit hors DMP depuis décembre 2009 un financement du fonds national de gestion (FNG) de l'assurance maladie, pour les activités héritées du GIP CPS : carte de professionnel de santé et répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Pour la bonne compréhension de ce que représente la part du DMP dans le GIP, une évocation rapide de ces autres ressources est utile. Elles ont été marginales jusqu'à sa transformation en ASIP, ce qui a doublé sa taille fin 2009, tant en effectifs provenant principalement du GIP « carte de professionnel de santé » (GIP CPS) liquidé à cette occasion, qu'en budget. Les activités alors transférées sont hors DMP (carte de professionnel de santé, répertoire partagé des professionnels de santé...), tout en bénéficiant pour certaines à sa mise en place actuelle.

Tableau n° 2 : Financement du Gip DMP/ASIP, toutes activités

Origine	1		2		3	4	5	6	7	8	9
	FAQSV puis FIQCS	CNAMTS	FNG <sup>11</sup> (Cps, Rpps)	Autres produits CPS							
2005	<b>5 330 308</b>							11 276	3 000	<b>5 344 584</b>	100 %
2006	<b>25 982 025</b>				4 878			100 529	173 455	<b>27 679 201</b>	94 %
2007	<b>22 431 089</b>				14 635			181 074	322 323	<b>22 949 121</b>	98 %
2008	<b>15 000 000</b>				10 976			187 515	5 283 046	<b>20 481 537</b>	ns
2009	<b>23 569 829</b>				8 734		318 997	108 358	551 354	<b>24 673 977</b>	96 %
2010	<b>40 336 250</b>		19 525 364		1 307 604	731 500	301 867	26 026	135 915	<b>62 364 526</b>	65 %
2011	<b>49 000 000</b>		19 000 000		-87 778	928 295	523 463	215 272	406 701	<b>69 985 953</b>	70 %
<b>total</b>	<b>181 649 500</b>		<b>38 525 364</b>		<b>1 336 532</b>	<b>1 699 019</b>	<b>1 144 327</b>	<b>830 050</b>	<b>6 875 794</b>	<b>232 060 585</b>	ns

Source : ASIP ; ns = non significatif.

<sup>10</sup> Projet européen, évoqué en fin de quatrième partie.

<sup>11</sup> Les recettes totales du GIP CPS pour sa dernière année pleine d'existence s'étaient élevées à 18 M€, dont 1 M€ de l'Etat.

Le tableau 2 ci-contre résume l'évolution des ressources du GIP qui résulte de ce qui précède. Quelques précisions peuvent en éclairer la lecture. Ainsi, pendant qu'apparaissait le financement FNG (colonne 2), la part du financement FIQCS a baissé, à 65 % en 2010 et 70 % en 2011 (colonne 9), le DMP n'en consommant plus qu'une part décroissante comme il vient d'être indiqué. L'État (colonne 4) ne finance quasiment pas le DMP (sauf marginalement via l'INCa, cf. *infra*), et une partie seulement des autres actions demandées par lui. La part des produits financiers (colonne 6) est trop marginale pour que son affectation au DMP soit un enjeu.

Pour l'essentiel, les « autres produits » (colonne 7) résultent d'opérations comptables internes (reprises sur provisions...) et ne sont pas économiquement significatifs.

La règle de non-report à l'exercice suivant des financements apportés par le FIQCS a conduit le GIP à verser, pour ne pas restituer les fonds inutilisés, des subventions juste avant la clôture des comptes, y compris en période complémentaire après le 31 décembre. Cela a minoré de plusieurs millions d'euros le résultat des exercices concernés, alors que le service fait correspondant intervenait l'année suivante.

La méthode de régulation est de surcroît parfois peu conformes à une parfaite orthodoxie budgétaire : le ministère a ainsi majoré les ressources 2011 le 29 décembre, de 3 M€, deux jours avant la fin de l'année. Ces tardives notifications conduisent à des engagements non moins tardifs, qui ne correspondent à un service fait qu'au mieux l'année suivante. Inversement, une réduction de 15 M€ a été notifiée fin 2010 alors que les marchés que cette enveloppe devait financer pour d'autres activités étaient déjà signés. Les crédits de déploiement du DMP sont ainsi devenus une variable d'ajustement à la baisse.

Quelques sondages dans les comptes d'organismes bénéficiaires ont corrélativement montré que des subventions n'ont été intégralement consommées qu'au cours du second exercice suivant.

La CNAMTS a, comme antérieurement la Cour, souligné l'absence de convention d'objectifs pluriannuelle, à laquelle le ministère prévoit une nouvelle fois de remédier prochainement. Ce serait l'occasion de réexaminer la pertinence du principe susvisé de non-report. Ce principe est peu compatible avec celui d'une gestion pluriannuelle de tels projets ou avec les traditionnels retards de versement en début d'exercice déjà relevés par la Cour (fin mars 2012, la CNAMTS n'avait encore rien versé).

La croissance des disponibilités inscrites au bilan dans la période récente est accompagnée en contrepartie d'une progression également rapide des dettes à court terme et n'appelle pas d'observation (cf. tableau 16 résumant le bilan du GIP en annexe 5).

### **C- Les apports en nature au GIP**

En sus des dépenses de fonctionnement inscrites dans les comptes annuels, la Cour avait relevé en 2008 des apports en nature au bénéfice du DMP sous forme de 153 mois/agent, pour des durées diverses, de 2005 à 2007. Ils provenaient de trois ministères (économie et finances, emploi, santé), de la caisse des dépôts et consignations et de la CNAMTS. Cette dernière met à disposition un médecin depuis mai 2005. Un reversement de 0,2 M€ a été très tardivement adressé à la caisse des dépôts fin 2009 pour la période achevée en août 2008. Ces apports n'ont jamais été valorisés et peuvent être estimés à **1,3 M€**, dont les deux-tiers avant 2008.

L'exercice de la tutelle sur le projet de DMP et la participation aux travaux du GIP des administrations centrales - la délégation stratégique aux systèmes d'information de santé (DSSIS) l'estime à au moins deux emplois à temps plein - et d'autres acteurs nationaux ou locaux ne peuvent être chiffrés, hormis quelques dépenses directes identifiées ci-après.

L'ex-GIP CPS, dont les ressources et les moyens ont été transférées au GIP ASIP fin 2009, avait contribué au développement expérimental du DMP, mais sans valorisation du temps de travail ainsi financé par le fonds national de gestion. Les apports des établissements de santé au déploiement du DMP seront, pour leur part évoqués en deuxième partie.

*Page intentionnellement blanche*

Tableau n° 3 : Compte d'exploitation du GIP, Charges, 2005-2011

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		Total « DMP » 2005-2011
	DMP (2005-sev. 2001) puis ASIP (déc. 2009-2011)								Total	Doat DMP	Total	Doat DMP	Total	Doat DMP	
60 ACHATS	16 683	41 079	65 576	35 061	36 888	36 888	36 888	36 888	36 888	36 888	164 664	35 567	138 554	31 433	262 186
61 SERVICES EXTERIEURS	162 683	17 444 259	2 525 782	1 397 648	5 909 670	2 159 540	2 159 540	22 071 587	10 178 248	22 071 587	10 178 248	26 806 008	11 747 729	45 259 136	
Sous-traitance générale	10 178 413	1 276 933	2 525 782	1 397 648	4 114 057	1 276 933	1 276 933	18 258 183	9 258 000	18 258 183	9 258 000	23 021 066	10 384 665	38 180 258	
Locations immobilières	112 610	538 352	578 083	570 090	504 796	328 544	328 544	1 212 092	225 292	1 212 092	225 292	1 544 306	48 967	2 332 256	
dont															
Etudes et recherches	4 020	8 600	7 441	292 017	207 784	128 150	128 150	1 212 092	225 292	1 212 092	225 292	1 544 306	48 967	1 325 256	
Collaboration générale	34 768	121 245	68 764	102 641	82 741	57 012	57 012	175 227	122 540	175 227	122 540	263 636	157 477	325 335	
62 AUTRES SERV. EXT.	717 299	1 975 010	4 656 927	3 981 854	5 058 932	4 332 216	4 332 216	9 042 765	4 563 639	9 042 765	4 563 639	9 402 419	5 048 292	25 278 337	
Personnel administratif	15 598	103 656	67 559	67 559	238 741	50 323	50 323	50 323	50 323	50 323	50 323	93 782	20 632	257 468	
Honoraires	232 375	463 631	391 808	147 860	432 106	266 544	267 801	238 741	238 741	238 741	238 741	154 182	62 465	1 540 048	
Frais de déplacement	5 460	37 722	143 215	34 725	4 704	3 793	3 793	839 868	641 404	839 868	641 404	362 896	13 419	4 668 520	
Fêtes et expositions															
Forums et expositions															
Catalogues et imprimés	6 375	81 294	93 451	121 601	121 601	121 601	121 601	2 211 000	2 211 805	2 211 805	2 211 805	866 230	2 231 270	1 454 484	
dont															
Divulg.	7 988	32 980	96 812	110 284	99 410	67 081	67 081	130 883	28 058	130 883	28 058	95 587	21 029	364 232	
Réceptions, congrès, sémin.	6 285	36 123	64 365	102 080	89 906	61 415	61 415	110 993	26 693	110 993	26 693	193 056	35 773	332 733	
Formation professionnelle	3 539	15 707	24 563	28 824	29 160	18 982	18 982	91 658	91 658	91 658	91 658	60 995	13 419	2 868 602	
Frais de recrutement	75 707		49 036												
Autres prestations extérieures	365 809	1 207 086	2 353 209	1 711 741	2 753 371	2 348 050	2 348 050	3 159 823	2 117 013	3 159 823	2 117 013	4 664	1 026	12 927 833	
63 IMPOTS ET TAXES	25 823	188 238	432 337	403 001	397 566	277 115	1 040 042	228 809	1 651 300	228 809	1 651 300	231 286	1 786 310	19 200 857	
64 CHARGES PERSONNEL	273 767	1 819 120	4 866 064	4 465 063	3 077 795	3 077 795	11 092 393	2 440 326	11 182 814	2 440 326	11 182 814	2 460 219	19 200 857		
Salaires et appointements	205 409	1 302 920	3 113 277	3 113 277	3 113 277	3 113 277	11 092 393	7 488 724	7 488 724	11 092 393	7 488 724	1 672 073	11 354 260		
dont															
Indemnités diverses	17 618	75 153	70 966	71 044	38 764	27 134	358 895	78 957	358 895	78 957	358 895	66 743	14 683	328 421	
Général soc. Rest.	777	1 788	18 296	16 714	41 907	39 768	332 875	51 232	332 875	51 232	332 875	255 765	56 268	145 075	
65 SUBVENTIONS DÉPLACEMENT	968 000	10 087 796	4 788 798	9 611 812	9 611 812	9 611 812	15 875 925	12 679 858	15 875 925	12 679 858	18 437 114	10 299 954	48 436 318		
67 CHARGES EXECUTION	5 000	8 225	4 681 582	19 581	13 686	1 601	1 601	1 601	1 601	1 601	1 601	3 110	684	4 710 778	
68 DOTATIONS AMORTIS.	198 000	596 956	58 594	461 902	140 752	98 527	365 500	80 410	980 000	80 410	980 000	215 600	1 712 989		
6 CHARGES	1 403 905	23 041 562	22 204 300	20 475 912	25 231 464	19 557 878	60 360 221	30 188 456	68 061 320	30 188 456	68 061 320	30 035 187	146 917 101		

Source : Cour des comptes, d'après comptes financiers ASIP (sauf colonnes DMP 2009-2011 : d'après estimation ASIP). « Doat » = extraits du compte initial en grs. Hors immobilisations.

Environ 4,6 M€ des charges 2006 concernent l'exercice 2005, dont les dépenses tonales ont été estimées à 6 M€.



## **II - Les dépenses consacrées au DMP par le GIP**

L'ASIP estime dans le tableau 3 ci-contre le total des dépenses consacrées au DMP, hors investissements, à **146,9 M€**. Compte tenu des approximations évoquées ci-après, l'écart par rapport aux **150 M€** précités n'est pas significatif. L'objectif n'est pas ici d'en examiner la gestion détaillée, comme la Cour l'avait fait pour la période 2005-septembre 2008 - seul un examen de l'usage que font plusieurs dizaines d'opérateurs des subventions que le GIP leur a attribuées permettrait une analyse fiable de l'exactitude des coûts effectivement imputés aux phases successives du DMP et de leur pertinence, ce qui ne pouvait être fait à l'occasion de cette enquête - mais d'en apprécier la répartition par grands domaines.

Seront ainsi examinés les limites de la comptabilité par destination appliquée par l'ASIP, les dépenses de la période de recherche et d'expérimentation, les dépenses de mise en place du DMP national, les achats de prestations de services et les frais de personnel.

### **A - Des indicateurs insuffisants**

Le recensement des coûts budgétés et constatés est tributaire de trois limitations relatives aux indicateurs de coûts, de moyens et de produits.

#### **1 - Les limites de la comptabilité par destination**

Le tableau 3 ci-contre résume les charges inscrites au compte d'exploitation du GIP de 2005 (premier exercice) à 2011. Leur recensement est de deux natures différentes. D'une part, le DMP ayant été quasiment la seule finalité du GIP jusqu'en novembre 2009, les comptes 2005 à 2008 retracent exactement le coût de la phase d'étude et de développement expérimental de cette période.

D'autre part, l'absorption de l'ancien GIP CPS ayant ensuite diversifié les activités, le tableau résulte à partir du 1er décembre 2009 d'une comptabilité « par destination » tenue depuis lors, d'où les colonnes « dont DMP » à partir de 2009. Les prestations n'y sont identifiées que lorsqu'elles ont été directement attribuables au DMP, qu'il s'agisse de fournisseurs (ligne « sous-traitance générale ») et « autres prestations extérieures », notamment, au compte (62) ou de bénéficiaires de subventions (compte 65).

Les coûts communs à plusieurs activités, en revanche, ne peuvent être identifiés de la sorte : pour répondre à l'enquête de la Cour, le GIP a pallié à l'absence de comptabilité analytique en introduisant des clés de répartition des autres coûts. La principale clé repose logiquement, s'agissant d'une activité tertiaire, sur l'affectation des ressources humaines. Le GIP a estimé de manière non documentée le pourcentage du temps affecté depuis janvier 2009 au DMP à 22 %. Cette clé est aussi celle principalement appliquée aux frais généraux et aux investissements hors DMP *stricto sensu*.

Deux hypothèses peuvent être formulées à propos de ce ratio de 22 % et de la stagnation des dépenses en 2011, première année pleine de déploiement : soit ces données sont sous-estimées, soit, du fait des réductions budgétaires ou de choix stratégiques, elles traduisent une stabilisation qui pourrait apparaître peu cohérente avec l'ambition de généralisation du DMP, ainsi qu'il sera évoqué plus loin à propos des effectifs salariés.

## 2 - L'absence de programme et de budget pluriannuel

L'analyse des coûts et de leur évolution serait facilitée s'ils pouvaient être comparés aux prévisions, et si leur champ était clairement défini. Or, la mise en œuvre du DMP fin 2010 n'a pas été accompagnée, en dépit de la recommandation antérieure de la Cour, d'une programmation pluriannuelle. Ainsi, au début de l'été 2012, aucune stratégie et aucun budget de déploiement n'étaient encore envisagés pour 2013. Seule la définition d'orientations stratégiques était annoncée pour la fin 2012, à propos desquelles une concertation se poursuivait<sup>12</sup>.

La contrepartie de cette prudence est que l'assurance maladie n'est pas assurée de bénéficier rapidement des gains escomptés du DMP (cf. deuxième partie, *infra*). Une telle gestion à très courte vue n'est en effet pas de nature à étendre rapidement le bénéfice du DMP, ni par conséquence à en faire baisser les coûts unitaires. Le ministère continue à partager l'analyse de la Cour « *selon laquelle il importe de veiller à formaliser une méthode et un calendrier de convergence entre le DMP et les divers dispositifs de partage d'information médicale portés par différents acteurs nationaux et régionaux, en y associant pleinement la CNAMTS* », sans annoncer de calendrier à cet effet.

---

<sup>12</sup> Une autre stratégie est celle des États-Unis, avec des coûts très supérieurs sur le terrain, qui a programmé un déploiement sur six ans, avec des moyens cinq à six fois supérieurs par habitant à ceux du DMP français. Elle est évoquée en quatrième partie.

### 3 - L'absence d'inventaire exhaustif des réalisations

La Cour avait noté en 2008 que « *nul n'a encore établi une cartographie des dispositifs qui ouvrirait la voie à une convergence* » avec le DMP (op. cit. page 233). Quatre ans plus tard, cette cartographie n'existe pas encore. Cette lacune empêche d'avoir une connaissance précise de leurs coûts initiaux et de fonctionnement. Elle expose au recours en ordre dispersé à plusieurs dizaines d'hébergeurs dans des conditions économiques hétérogènes.

Aucun tableau de bord ne prend de ce fait en compte, ne serait-ce qu'approximativement, les coûts liés du DMP dans les autres volets, déjà en déploiement, d'une future stratégie d'ensemble : le dossier pharmaceutique, le programme « Hôpital numérique », la stratégie de développement des téléservices de la CNAMTS, les systèmes d'information nécessaires à des plans de santé publique (AVC, maladies rares, etc.), le plan de déploiement de la télémédecine, les programmes des agences régionales de santé (ARS), et le « volet médical de synthèse », principalement.

Ces deux dernières lacunes semblent refléter une approche pragmatique du ministère au regard du niveau de maturité informatique encore faible que l'ASIP dit avoir observé chez nombre d'acteurs concernés. Elles peuvent aussi s'expliquer par le souci de ne pas exposer l'assurance maladie au risque de dépenses inutiles parce que trop rapidement ou trop prématurément engagées. Elles reflètent aussi une insuffisance préoccupante de coordination du pilotage, à laquelle la création au secrétariat général des ministères sociaux en 2011 de la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS), sans moyens nouveaux, est censée remédier.

#### **Le DMP sur clé USB**

La diversité des dispositifs doit par ailleurs être accrue avec l'expérimentation d'un DMP sur clé USB, introduite dans le code de la santé publique par le Parlement en 2011. Le projet de décret d'application, qui devait être publié la même année, a fait l'objet en avril 2012 d'un avis très réservé de la CNIL comme indiqué plus loin. Aucune dépense n'avait été engagée mi-2012 à ce sujet.

La quatrième partie évoquera brièvement d'anciennes et vaines tentatives américaines d'introduire ce type de support.

## **B - Avant 2010, recherche et expérimentations : 90 M€**

De 2005 à 2009, le GIP a consacré 87 M€ à une première phase, limitée aux études et au développement d'expérimentations à court terme, soit quelque **90 M€** en incluant les apports en nature évoqués plus loin, pour son propre fonctionnement et en subventions.

### **Le succès du dossier pharmaceutique**

L'investissement unitaire le plus élevé de cette première phase a bénéficié au seul projet durable lancé à cette époque, et qui relève dorénavant du déploiement, avec 4 M€ versés par le GIP au conseil national de l'ordre des pharmaciens pour le dispositif de « dossier pharmaceutique » (DP), entre juillet 2007 et mars 2010 (inclus au compte 65 du tableau 3). Cet investissement imposé par la tutelle demeurait, début 2012, le seul de tous les coûts encourus par le GIP à avoir un impact national : au printemps 2012, 20 millions de DP étaient ouverts, dont 6,5 millions créés en 2011. Sur les 22 875 officines françaises, 21 580 étaient raccordées. Il n'y a pas d'objectif chiffré pour la suite de son développement.

L'annexe 8 résume cette réalisation et l'absence de synergie, à ce stade, avec le DMP. Il a fallu plus de quatre ans après le premier versement pour que le cabinet du ministre demande au conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) et à l'ASIP, lors d'une réunion en novembre 2011, un programme d'action commun permettant d'assurer l'interopérabilité entre leurs deux applications. Cinq mois plus tard, la date de la première réunion du comité de suivi des travaux d'articulation du DMP et du DP alors décidé, qui devait réunir mensuellement la DSSIS, le CNOP et l'ASIP pendant la durée de réalisation du projet, était encore en cours de détermination.

L'ASIP fait partie d'un comité constitué par la direction générale de l'organisation des soins pour le suivi des accès au DP par des pharmacies internes d'établissements de santé avec l'ordre des pharmaciens. Ce dernier ne l'a en revanche pas associé à son comité scientifique d'évaluation du DP, comme évoqué plus loin.

Certaines expérimentations n'ont pas abouti à une réelle mise en œuvre de DMP, même si elles ont eu comme d'autres des vertus propédeutiques. Au fil des changements de stratégie, la quasi-totalité des DMP successivement établis ont été détruits et les investissements en matériels et en logiciels, largement passés par pertes et profits : il n'y a pas eu de chiffrage du coût des matériels et logiciels réemployés à l'étape suivante, pour la mise en place elle-même du DMP (l'exemple du cadre d'interopérabilité en fournit toutefois plus loin une illustration). Le DMP n'a pas été mis en place en tant que dispositif national et homogène, lors de cette période d'études, d'expérimentation et de développement.

### C - La mise en place en 2010-2011 : 60 M€

Le total des dépenses de mise en place, en 2010-2011, a été de **60,2 M€** selon l'estimation « par destination » de l'ASIP (dont 8 M€ consommés en réalité après 2011). Plusieurs phases sont à distinguer.

En premier lieu, 23 projets « **Émergence 2010-2012** » ont été subventionnés au profit d'équipes régionales de maîtrise d'ouvrage en tous secteurs (DMP, mais aussi télémédecine, etc.): 3,12 M€ ont été mandatés à ce titre en 2010-2011. Le DMP est concerné pour une part indéterminée et variable selon les régions.

En deuxième lieu lancé en avril 2010 le programme dit « **Amorçage** » avait pour objectif de « *favoriser la mutualisation des actions chez les industriels pour le développement de solutions DMP-compatibles et créer les conditions de l'adoption du DMP par les utilisateurs* ». Quatre groupements, en Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie) ont été financés pour un total de 5,4 M€. Ils ont testé le nouveau dispositif dans une vingtaine d'établissements et quelques centaines de cabinets médicaux.

Le programme a pris fin juridiquement en avril 2012. Ces groupements régionaux ont fermé leurs dispositifs et réduit à due proportion leurs coûts de fonctionnement. Les quelques milliers de dossiers précédemment créés sans être interopérables ont comme ailleurs été détruits, en dehors des documents archivés dans quelques cas pour être un jour, si les patients y consentent, transférés dans un DMP.

Le **DMP national** a été lancé fin 2010. L'ASIP en a réalisé, en recourant largement à des prestataires, le socle technique : identifiant national de santé provisoire, cadre d'interopérabilité, « DMP compatibilité »... Le nouveau système a été ouvert en décembre 2010 aux professionnels de santé, sans création significative de DMP cette année-là. Un marché de services national permet dorénavant l'hébergement chez un seul prestataire, contrairement à la dispersion antérieure en « hébergeurs » régionaux, de jusqu'à 5 millions de DMP (sans que ce chiffre constitue un objectif pour une échéance précise), sur la base d'environ un euro par DMP et par an.

L'ASIP finance dans ce cadre définitif, à partir de la fin 2011, à la lumière de l'expérience des régions précitées, le programme « **Déploiement du DMP en région** ». La Cour avait mis en garde en 2008 contre la dispersion onéreuse des expérimentations du DMP et contre leur morcellement incontrôlé, qui présentait notamment le risque d'incompatibilités démobilisatrices. Une stratégie commune n'a été entreprise qu'en 2010 et concrétisée en 2011, disposant d'un site national

d'hébergement des données mais mis en œuvre dans un champ encore ponctuel, limité à des expériences géographiquement circonscrites.

D'une part, quatorze régions ont été retenues pour deux ans de déploiement progressif par bassin de santé et par filière. L'objectif est d'accompagner l'adoption synchrone du DMP par des communautés de professionnels interagissant entre eux au sein des territoires, de sorte à favoriser le développement des usages. Le parti a été pris de subventionner en règle générale 80 % d'une opération, soit un taux exceptionnellement élevé. Fin 2011, 8 M€ avaient été versés, bien que les réalisations doivent principalement démarrer en 2012, et 7,3 M€ devaient être versés de manière échelonnée d'ici la fin 2013.

D'autre part, l'ASIP a entrepris de subventionner 33 établissements de santé pour six mois, pour 100 000 € chacun, soit tout ou partie du coût, qui peut atteindre selon l'ASIP 150 000 € par établissement. Fin 2011, 2,3 M€ avaient déjà été mandatés, bien que les réalisations doivent principalement intervenir en 2012, année au cours de laquelle un solde de 0,99 M€ doit être versé. Hors établissements, le dispositif individuel d'accès est intégré dans les logiciels des postes de travail des professionnels, à charge pour les éditeurs d'en financer l'adaptation et d'en obtenir l'homologation (cf. *infra*), et pour les professionnels, d'en assurer l'investissement et la maintenance.

L'objectif est d'atteindre en 2013 un million de DMP sur 12 mois dans 16 régions (dont une part importante dans les quatre régions précitées de l'amorçage 2010-2011, vitrines du DMP). Il n'y a pas d'objectif à plus long terme. Mi-juin 2012, 158 000 DMP étaient ouverts, au rythme quotidien d'un millier de créations et de deux mille dépôts de document. L'ASIP ayant ouvert en avril 2011 aux patients l'accès par Internet, quelques milliers de connexions par ce moyen ont été depuis lors enregistrées, sans qu'un audit confirme s'il s'agissait de tests ou d'un usage véritable. Le tableau 9, détaillé par région, sera présenté plus loin.

Enfin, l'ASIP a financé deux projets de « Bureautique santé hospitalière » en Aquitaine et en Picardie (5,7 M€ dont un solde de 1,3 M€ en 2012). Son objectif est de développer pour des établissements de santé faiblement équipés des outils produisant automatiquement des documents de santé dans des formats informatiques partageables via le DMP, et de les transmettre par messagerie sécurisée aux autres acteurs de la prise en charge du patient. Une part de ces dépenses, qui figurent plus loin dans la rubrique « divers », participe à la mise en place du DMP.

## D - Les principales dépenses

L'essentiel des dépenses a consisté en prestations de services et en frais de personnel. L'annexe 6 (tableau 17) présente les facturations reçues des 17 premiers fournisseurs de services informatiques ou juridiques par le GIP entre 2005 et 2011.

La Cour n'ayant pas procédé à un nouveau contrôle des comptes et de la gestion du GIP, ce tableau n'appelle pas à ce stade de commentaires, sauf à noter que le plus important fournisseur avait également été choisi par l'ordre des pharmaciens pour l'hébergement initial du « dossier pharmaceutique ».

S'agissant des frais de personnel, l'ASIP imputait directement au DMP 21,5 équivalents temps plein (ETP) au 1er janvier 2011, soit 22 % de la masse salariale et une estimation forfaitaire de 4,07 ETP résultant de l'application de ce dernier pourcentage aux 25 emplois des fonctions transversales, direction comprise.

**Tableau n° 4 : Évolution des effectifs affectés au DMP**

	Masse salariale DMP	Évolution	Effectifs ETP		Évolution ETP DMP
			DMP	Totaux <sup>13</sup>	
2005	273 767				
2006	1 819 120	ns	12,5		Ns
2007	4 366 064	140 %	33,5		168 %
2008	4 813 565	10 %	56,2		68 %
2009	3 027 795	-37 %	41		-27 %
2010	2 440 326	-19 %	26,2	119	-36 %
2011	2 460 219	1 %	21,5	116	-3 %

Source : GIP DMP (2006-2008 : effectifs ETP au 1er janvier, CDD inclus) et ASIP. La part DMP est estimée par l'ASIP à 70 % de la masse salariale totale en 2009 puis à 22 % en 2010 et 2011).

L'ASIP apporte à cette évolution à la baisse d'abord une explication technique. La direction a externalisé une partie de la charge de travail auprès d'un prestataire disposant d'un marché de « services »,

<sup>13</sup> Après avoir atteint 132 agents en 2010, les effectifs ont été réduits fin 2011 à 114 personnes. Le plafond d'emploi 2011 de l'ASIP était de 137 équivalents temps plein (ETP), contre 65 avant 2009 pour le GIP DMP. En 2012, le service de confiance et cryptographie représentait 35 % des effectifs physiques ; les services support et de secrétariat général, 23 % ; les référentiels, l'architecture et la sécurité, 14 % ; les projets et la coordination des soins, 9 % ; la direction, 8 % ; les territoires et le développement des usages, 7 %, et les études et conseil, 4 %.

avec une obligation de résultat. L'avantage est que des emplois d'informaticiens chargés de la maîtrise d'œuvre ont ainsi pu être redéployés ou supprimés. L'inconvénient est que cette stratégie, dont l'ASIP conserve certes la maîtrise d'ouvrage, et le choix du prestataire ne sont pas aisément, ou économiquement, réversibles. L'ASIP souligne aussi qu'une partie du déploiement incombe aux maîtrises d'ouvrage régionales, allégeant de même la pression sur ses effectifs propres. La stratégie d'économies d'échelle qui a justifié le choix d'un hébergeur national et unique n'est, selon elle, pas transposable à la conduite locale du changement, qui appelle un travail de proximité.

D'autres causes se conjuguent vraisemblablement :

1. Les effectifs du GIP DMP étaient sans doute surdimensionnés, bien que n'atteignant pas le plafond de 65 ETP alors autorisé. La vacance stratégique de 2007-2009 lors de la longue remise en cause du projet avait amené à geler une partie des activités. Cela n'est toutefois pas de nature à expliquer l'intégralité de la baisse qui s'en est ensuivie.
2. La fusion CPS-DMP a entraîné des économies d'échelle. Elles ne sont toutefois pas documentées.
3. Une troisième cause - réfutée par l'ASIP - serait que la clé de 22 % sous-estime la part incombant au DMP. Cette sous-estimation est manifeste dans le cas de quelques cadres supérieurs, tels que le directeur du GIP. L'enquête n'a pas cherché à l'évaluer parce que l'enjeu est sur ce point relativement modeste.

Affiner ce ratio de 22 % conduirait en effet peut-être à l'augmenter, mais avec une incidence minime sur le coût global du DMP. La tutelle devrait surtout s'assurer de l'adéquation de cette allocation de ressources humaines aux objectifs du DMP, qui demeurent ambitieux. Il est en tout état de cause dommageable que le changement de périmètre du GIP n'ait pas été accompagné de la mise en place d'un outil approprié de comptabilité analytique. Un tel outil est certes toujours complexe mais la culture informatique des équipes de l'ASIP devrait en faciliter l'usage.

\*

Sous les réserves précitées, il est donc établi que de 2005 à 2011 **les dépenses du seul GIP DMP puis ASIP consacrées au dossier médical personnel *stricto sensu* ont été de l'ordre de 150 M€.**



### III - Les dépenses liées à des projets nationaux concomitants

Une estimation complète du coût du DMP suppose d'inclure aussi des opérations réalisées en dehors du GIP, et ayant donné lieu à des financements nationaux présentés ci-après.

#### A - La faible implication de l'assurance maladie

En dehors du FIQCS, qu'ordonnance en fait largement l'État, et de l'estimation -large- d'un salarié à temps plein sur le sujet, la CNAMTS n'a pas identifié d'autres dépenses significatives effectuées par elle au titre du DMP, ce qui traduit sa faible implication. Elle a certes un siège au conseil d'administration du GIP et est présente dans des groupes de travail, mais elle ne se mobilise pas au-delà. Les quelques caisses primaires interrogées par la Cour n'ont eu aucune information sur les expérimentations puis sur la mise en place du DMP dans leur ressort.

Demeurent en particulier à l'écart du processus de mise en place les quelque mille délégués de l'assurance maladie, alors qu'ils se déplacent pour conseiller les professionnels de santé en vue de « *soigner mieux en dépensant mieux* ». Or, le même objectif a amené le législateur à inscrire le DMP dans la loi et la CNAMTS reconnaît que ces délégués pourraient faciliter le déploiement du DMP.

L'État partage la responsabilité de cette faible implication : il n'a pas inscrit le rôle du DMP dans les conventions d'objectifs et de gestion signées avec la CNAMTS, la dernière en 2011 pour 2010-2013. Cette convention assigne pourtant une priorité aux téléservices et aux bases de données concernant les assurés et les professionnels, avec un indicateur de réalisation ad hoc, et elle prévoit un document annuel par médecin – le volet médical de synthèse – qui trouvera sa place dans le DMP<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Cela a amené des professionnels à demander presque immédiatement l'intégration dans le DMP du « volet médical de synthèse » prévu dans la convention et que les médecins devront rédiger pour chaque patient à partir de la fin de l'année 2012. « *À l'heure actuelle, le DMP commence par un volet hospitalier, puis se greffent ensuite des informations renseignées par le médecin traitant. Il faut faire le contraire* » notait ainsi le président de la CSMF en mars 2012.

Il est vrai que la convention ne mentionne pas non plus le dispositif d'historique des remboursements de la CNAMTS, évoqué plus loin<sup>15</sup>.

### **B - L'apport de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)**

A la demande du ministère, le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) et la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) depuis lors intégrés dans l'agence nationale d'appui à la performance des établissements (ANAP), ont effectué de multiples travaux entre 2004 et 2009, financés par l'assurance maladie.

Ils ont pris en charge 1,4 M€ de travaux par appel aux ressources humaines internes et 1,2 M€ sous forme de marchés de prestations techniques.

La MAINH a consacré 9 M€ (2,4 M€ par an), d'octobre 2005 à juin 2009, à rémunérer le réseau de 18 chargés de missions pour les systèmes d'informations (CMSI) en poste dans les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et dont certains sont encore en fonction dans les agences régionales de santé (ARS). Ces chargés de mission auraient consacré entre le dixième et la moitié de leur temps, selon les sources, au DMP et aux dossiers individuels partagés hospitaliers.

Au total, sous ces différentes formes, la contribution de l'ANAP et des institutions qui l'ont précédée au projet de DMP serait ainsi de l'ordre de 3,5 M€.

### **C - La contribution du GIE SESAM-VITALE**

Le GIE a apporté en 2010 et en 2011 une contribution qu'il estime à 1,1 emploi à temps plein (ETP), soit près de 1 M€, financés par les membres du GIP, principalement par la CNAMTS. L'ASIP a souligné qu'une « *dépense plus forte ne serait d'ailleurs pas inutile dès lors*

---

<sup>15</sup> Cf. *infra* et Cour des comptes, 2008, op. cit., pages 234 sqq. Les industriels, entre autres, s'inquiètent du risque de doublons : « *les projets concurrents que constituent, d'une part le DMP prévu par la loi du 13 août 2004, d'autre part le volet informatique du « PAP » de l'assurance maladie brouillent les messages et posent crûment dans l'indifférence politique, la question de l'absence de cohérence* » (citation du président de l'association fédérant « Les entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux » -LESISS-, rapport d'activité 2011 de l'ASIP, page 21).

*qu'elle traduirait une implication plus forte du GIE SV et de sa maîtrise d'ouvrage dans les travaux de convergence nécessaires ».*

### **D - Des financements de la Caisse des dépôts et consignations**

A la suite d'une demande du ministre de la santé en 2006, la Caisse des dépôts et consignations a élaboré un projet de portail unique d'accès au DMP. Après que le GIP eut payé 1,48 M€ en 2007, un accord transactionnel, dont la Cour avait recommandé la conclusion, a amené le GIP à lui rembourser tardivement, en 2010, 2,5 M€ en échange de la documentation technique et de droits y afférents. Le portail ainsi réalisé n'a pas été utilisé. Au cas où le GIP l'adopterait d'ici 2015, il devrait adresser à la caisse un dernier versement de 3,5 M€ TVA comprise, en contrepartie des codes et des droits liés. La Caisse des dépôts avait chiffré à 7,3 M€ hors TVA les dépenses engagées par elle. Sa contribution en nature sur ses ressources propres est donc pour l'instant d'au moins 3,5 M€.

### **E - Un investissement de l'État : le dossier communicant cancer**

La responsabilité technique du « dossier communicant de cancérologie » (DCC) a été transférée à l'ASIP en 2010, en prévision de son intégration au DMP. Le principe en a été prévu dans le code de la santé publique dès 2004 et confirmé dans les deux récents plans « cancer », ainsi que par la loi Hôpital, patients, santé, territoires de juillet 2009 (article L.1111 du code de la santé publique), afin d'améliorer la continuité et la qualité des soins.

Depuis 2011, le GIP inclut ses dépenses relatives au dossier communicant de cancérologie, jusqu'alors inexistantes, dans ses charges. Il a publié un « cadre national DCC/DMP », élaboré avec l'Institut national du cancer (INCa), en octobre 2011, et a subventionné dans 7 régions la préparation de l'intégration après 2012 des dossiers communicants de cancérologie au sein du DMP : Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes. Le coût total est de 2,8 M€, dont début 2012 le dixième restait à verser.

Le coût total de cette première phase pourrait dépasser les 8 M€ indiqués ci-après dans le tableau 6 (ligne 5), en 2012: 1,7 M€ reste en effet à verser, en fonction de leurs rapports financiers et scientifiques à venir, aux organismes dont les financements sont indiqués ci-dessus en caractères maigres dans la dernière colonne, « total net ».

**Un dossier communicant de cancérologie opérationnel depuis 2006, mais en réseaux dispersés**

A la différence du DMP, les systèmes de DCC ont été vite opérationnels. Les 24 réseaux indépendants (cf. tableau 5 ci-après) assurent la mise en commun des documents nécessaires aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les fiches de programme de soins qui en résultent ont déterminé la prise en charge de centaines de milliers de patients depuis 2006. L'INCa estime que plus de 700 000 fiches de RCP ont été conservées de 2006 à fin 2011 pour être intégrées au DMP, moitié environ dans les établissements et moitié en dehors d'eux, tout en soulignant que ces statistiques demeurent perfectibles. En 2010, la progression annuelle a été de 29,9 % dans un échantillon de 15 réseaux.

Le nombre de RCP est l'un des « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » recueillis par la Haute autorité de santé (HAS) depuis 2010. La diversification de leurs documents reflète le potentiel du DMP : ainsi, un réseau alsacien (602 DCC ouverts en 2011, dont 273 utilisés à plusieurs reprises) y ajoute les comptes-rendus d'anatomocytopathologie, saisis dans un format qu'a structuré l'ASIP, ainsi que le programme personnalisé de soins et prévoit une fiche oncogénétique. En Midi-Pyrénées, y a été ajouté en 2011 le suivi régional des analyses de biologie moléculaire.

Les réseaux communiquent peu entre eux. Le Haut comité de la santé publique a donc souligné en 2012 que l'intégration du DCC au DMP « présente l'avantage de faire bénéficier ce dispositif d'un cadre national, notamment en termes d'interopérabilité. Toutefois, ceci le rend tributaire des avancées du déploiement du dossier médical personnel et complexifie son dispositif, ce qui a eu pour effet de générer un retard dans le déploiement du DCC »<sup>16</sup>.

L'INCa souligne que le DCC reste en effet à consolider, tant en termes de taux d'informatisation des réunions de concertation pluridisciplinaire que d'interopérabilité des systèmes développés par les régions.

---

<sup>16</sup> Haut Conseil de la santé publique, Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013, Paris, La documentation française, 2012, page 16.

**Tableau n° 5 : Financement du DCC par l'INCa, 2006-2011**

Organisme / €	2006	2007	2008 et 2009	2010 et 2011	Titres de recette émis	Total net provisoire
Asip Santé				810 000		810 000
Carol (Alsace)	156 000	52 000	52 000	<i>175 000</i>	17 983	<b>417 017</b>
Chru Tours	96 000	32 000	32 000			<b>160 000</b>
Clec Bordeaux Bergonié	108 750	36 250				<b>145 000</b>
Gcs Emosist Franche-Comté	175 000	37 500	37 500			<b>250 000</b>
Gcs Rca Aquitaine			142 500	<i>264 000</i>		406 500
Gie T.O.I. Océan Indien	114 000	38 000				<b>152 000</b>
OncAuvergne	93 000	31 000			124 000	<b>0</b>
Onco Bourgogne		108 000	3 872			<b>111 872</b>
Onco Nord Pas de Calais		190 000	114 000			304 000
Onco Normand	210 000	90 000			59 245	240 755
Onco Pays de La Loire	127 500	42 500	142 500			<b>312 500</b>
Onco Poitou-Charentes		153 000		<i>125 000</i>		278 000
OncoBretagne	157 200	52 400	52 400			<b>262 000</b>
OncoCentre				<i>150 000</i>		150 000
Oncocha Champagne-Ard.		243 000		<i>124 008</i>	46 661	<b>320 347</b>
Oncolie Franche-Comté				<i>315 000</i>		315 000
OncoLimousin	120 000	40 000	40 000		148 803	<b>51 197</b>
OncoLorraine	180 000	60 000	60 000	<i>180 000</i>	4 707	<b>475 293</b>
Oncolr Languedoc-Rouss.			125 000			125 000
Oncomip Midi Pyrénées	126 000	27 000	27 000	<i>526 500</i>		<b>706 500</b>
OncoPaca-Corse		720 000			34 357	<b>685 643</b>
OncoPicardie		234 000	26 000	<i>175 000</i>		<b>435 000</b>
Oncora Rhône-Alpes	280 000	120 000				<b>400 000</b>
Oncorif Ile de France		350 000	210 000			560 000
<b>Total provisoire</b>	<b>1 943 450</b>	<b>2 656 650</b>	<b>1 064 772</b>	<b>2 844 508</b>	<b>435 756</b>	<b>8 073 624</b>

Source : INCa. Colonne 2010 & 2011 : en italiques, subventions affectées en partie à d'autres activités. Colonne « titres » : cumul des titres émis au 31 décembre 2011 par l'INCa pour reversement de soldes inutilisés. Colonne « total » : les chiffres en gras sont définitifs.

L'ASIP considère pour sa part que les dépenses consenties antérieurement à la fusion des dossiers communicants avec le DMP pour de tels réseaux ne devraient pas être imputées au DMP et que leur montant serait plutôt à considérer comme chiffrant l'économie qui sera

obtenue une fois leurs opérations transférées sur ce dernier. Leur nature n'est toutefois guère différente de celles des opérations ciblées plus directement sur la préparation du DMP et antérieures à la mise en place actuelle.

\*

Au total, en sus des 150M€ provenant du GIP DMP puis ASIP, les autres ressources mobilisées directement par les opérateurs nationaux pour le développement et la mise en place du DMP, au sens large, se sont élevées à 17 M€, soit au total un minimum de **167 M€** entre 2005 et 2011, dont 154,5 M€ de l'assurance maladie.

**Tableau n° 6 : Financements nationaux du DMP, 2005-2011**

1. FAQVS puis FIQCS : recherche et expérimentations (90 M€) puis mise en place (60 M€)	150
2. ANAP (ex-GMSIH et MAINH, financement assurance maladie)	3,5
3. GIE SESAM VITALE (idem)	1
4. Caisse des dépôts	3,5
5. INCa (crédits d'État)	8
6. Apports en nature (Etat)	1,3
<b>Sous-total arrondi</b>	<b>167</b>

*Source : ANAP, ASIP, CNAMTS, INCa. Millions €.*

## IV - Les projets régionaux

La Cour a cherché à procéder à une estimation des ressources affectées, en sus de celles du GIP et des contributions d'autres institutions à caractère national, à l'expérimentation puis à la mise en œuvre, d'une part, du DMP et de dispositifs similaires à l'initiative des ARH puis des ARS ou en liaison avec elles et, d'autre part, à la convergence vers le DMP de dossiers de patients hospitaliers.

### A - Les initiatives régionales

A la demande de la Cour, le ministère a obtenu en 2012 des ARS les montants (par année, origine des financements et nature des dépenses) des opérations identifiées par elles comme se rattachant au DMP. Cette enquête n'avait jamais été effectuée.

### 1 - 44 M€ de ressources complémentaires mobilisées au niveau régional

Les ressources déconcentrées ou locales se seraient élevées à 74 M€, mais celles-ci incluent 33 M€ déjà pris en compte dans les financements nationaux précités : après corrections par la Cour, seuls 44 M€ (ligne 12) doivent être ajoutés au tableau précédent ;

**Tableau n° 7 : Financements en région, DMP, 2005-2011, M€**

7. Assurance maladie	27
8. Conseils régionaux	3
9. Fonds européen de développement régional (FEDER)	3
10. Ressources diverses	8
11. Ressources autres non identifiées par les ARS (ajustement effectué par la Cour)	3
<b>12. Total des financements déconcentrés et locaux, selon les ARS, hors GIP et hors INCa</b>	<b>44</b>
13. Pour mémoire : GIP, selon ARS	26
14. Pour mémoire : INCa (DCC), selon les ARS	4
<b>Total</b>	<b>74</b>

Source : Cour des comptes d'après DSSIS et ARS. Ligne 10 : établissements, unions de professionnels de santé, fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, financé par l'assurance maladie), etc.

Quelque 27 M€ de financements issus de l'assurance maladie ont été apportés hors apports du GIP par les ARH puis les ARS (ligne 7), parfois avant la création du GIP DMP. Ils proviennent du FAQSV puis du FIQCS (10M€), de la dotation régionale au développement des réseaux (DRDR, 4,5 M€) et d'autres dotations de l'assurance maladie aux établissements (MIGAC, etc.). Une partie des « ressources diverses » (ligne 10) a les mêmes origines.

Parmi les subventions provenant de conseils régionaux, celle de la région Rhône-Alpes représente 70 % de la ligne 8 ci-dessus, aux côtés de contributions des régions Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées et Pays de Loire. Le FEDER (ligne 9) a bénéficié à l'Auvergne, la Basse-Normandie, Picardie et, pour près de la moitié, à la Martinique. La ligne 11 est un ajustement effectué par la Cour pour tenir compte des dépenses retracées par les ARS, supérieures de 3 M€ aux ressources recensées. Pour mémoire et afin d'éviter tout double compte, les lignes 13 et 14 mentionnent des ressources incluses dans les données évoquées plus haut (le total des versements de l'INCa est par ailleurs sous-estimé de

quelques millions d'euros par les ARS, mais il est inclus *supra* dans les données nationales). Des ressources de l'ordre de 3,1 M€ en moyenne par région concernée ont ainsi été affectées aux DMP et DCC, y compris les « passerelles » avec les établissements évoquées plus loin. Des soldes encore inutilisés demeuraient fin 2011 dans les comptes des organismes destinataires, sans être recensés.

Les sondages effectués par la Cour dans cinq régions incitent à prendre en considération avec prudence les chiffres ainsi recueillis. L'archivage de dossiers et les mouvements de personnel lors de la création des ARS ont quelque peu altéré la mémoire collective. De surcroît, les ressources, d'origines multiples, ont été réparties entre de nombreux projets d'inégale importance.

On ne peut de ce fait écarter deux risques : d'une part, celui d'une sous-estimation des ressources collectées comme des coûts, faute de traçabilité, d'autre part, celui d'une surestimation de leur affectation au DMP, certaines ayant pu être utilisées pour d'autres opérations de télésanté. Néanmoins, l'enquête ainsi effectuée donne un ordre de grandeur plausible.

S'agissant de l'usage de ces financements, les équipes régionales, souvent alliées dans un groupement de coopération sanitaire, ont spécifié leurs propres solutions et fait développer leur propre application relevant du concept de DMP, avant qu'un référentiel national ait été élaboré. Ces développements, rarement partagés entre plusieurs équipes, ont été encouragés par le GIP jusqu'en 2008, malgré l'absence de perspective de pérennité et de maintenance. La mobilisation additionnelle d'autres ressources, principalement de l'assurance maladie, à l'initiative des ARH puis des ARS, a accentué cette démultiplication des coûts et des solutions - généralement incompatibles entre elles - contre laquelle la Cour avait mis en garde.

Après les rapports établis en 2007-2008, le ministère et le GIP ont finalement estimé que de tels projets régionaux n'étaient pas viables. Les allocations régionales de ressources se sont néanmoins poursuivies jusqu'en 2011, voire au-delà, pour éviter la dissolution des équipes et faire évoluer leurs dispositifs vers le DMP national qui se mettait en place.

Quant aux résultats ainsi obtenus, des communiqués de presse et des nombres invérifiables d'utilisateurs ont parfois tenu lieu d'évaluation, en dehors des programmes maîtrisés par le GIP. Le seul indicateur national et fiable est cependant le nombre de DMP actuellement ouverts et alimentés.



## 2 - Une grande dispersion initiale des initiatives régionales

Le tableau 8 ci-après, également inédit, résume les dépenses recensées par les ARS. Il reflète la dispersion initiale des initiatives périphériques au dispositif national porté par l'Etat. Comme indiqué plus haut, l'exhaustivité et la précision de ces données sont sujettes à caution, mais elles apportent une image au moins approchée de la répartition des dépenses, toutes ressources confondues - hors téléservices de la CNAMTS, télémédecine et dossiers de patients hospitaliers.

Le tableau 9 *infra* permet de rapprocher par région les dépenses avec le nombre de DMP créés et alimentés au 28 mai 2012. Une assez forte corrélation apparaît entre dépenses et nombre de DMP actuellement ouverts. Ainsi, l'Alsace, l'Aquitaine, la Franche-Comté, Midi-Pyrénées et la Picardie, qui ont bénéficié de la majorité des financements du déploiement en 2010-2011, ont concentré 36 % des dépenses : elles représentent 69 % des DMP ouverts comme des DMP alimentés.

De bons résultats ou un démarrage du déploiement sur des bases crédibles en 2012 sont constatés dans certaines régions. Cela résulte de la motivation des groupements de coopération sanitaire qui s'y sont spontanément développés et de la part que des établissements publics de santé y ont prise. De fait, les positionnements régionaux sont très contrastés.

Tableau n° 8 : Dépenses en région, 2005-2011

Montants en milliers d'euros	DMR/DMP	Messageries sécurisées	Dossier communic. cancer	Passerelles & connecteurs	Acc. du changement	Serveurs d'identité	Hébergement de données	Divers	TOTAL
Alsace	6 528		260						6 788
Aquitaine	5 839						87	376	6 302
Auvergne		240			27		74	1 134	1 588
Basse-Normandie	810							253	1 063
Bourgogne			223					129	352
Bretagne			300		40	238	75	470	1 530
Centre			145					1 446	1 591
Champ.-Arden.			600					1 026	1 626
Corse									
Guadeloupe								114	114
Franche-Com.	1 746		825	1 337	788	150	253	266	5 632
Hte-Normandie	323		153					492	969
Île-de-France		6 951						955	7 906
Languedoc-R.	1 892							672	2 564
Limousin	475		49			83	39	217	1 221
Martinique	2 232	73	0	53	141	577	797	328	4 369
Lorraine			315		2		44	605	967
Midi-Pyrénées	726		735	934	369	30	256	759	3 809
Nord-Pas-de-C.	83								83
La Réunion	893	42				103		847	1 923
PACA			1 153						1 153
Pays-de-Loire	410		492				389	153	1 445
Picardie	4 773		315					2 016	7 577
Poitou-Charen.	203								203
Rhône-Alpes	5 254			2 065	1 507	1 111	250	3 347	13 534
<b>TOTAL</b>	<b>31 445</b>	<b>7 306</b>	<b>5 566</b>	<b>4 389</b>	<b>2 874</b>	<b>2 292</b>	<b>2 265</b>	<b>15 016</b>	<b>74 309</b>

Source : Cour des comptes, d'après DSSIS, ASIP et ARS.

Tableau n° 9 : DMP créés et alimentés, juin 2012

DMP au 19 juin 2012	Créés	Alimentés <sup>17</sup>	Alimen./créés
<b>Alsace</b>	<b>24 938</b>	<b>10 807</b>	<b>43 %</b>
<b>Aquitaine</b>	21 873	7 857	36 %
Auvergne	95	46	48 %
Basse-Normandie	106	77	73 %
Bourgogne	5 006	3 587	72 %
Bretagne	1 758	774	44 %
Centre	6 285	2 967	47 %
Champagne-Ardenne	7 928	2 926	37 %
Corse	2	3	150 %
<b>Franche-Comté</b>	<b>14 103</b>	<b>4 503</b>	<b>32 %</b>
Guadeloupe	554	379	68 %
Guyane	3	1	33 %
Haute-Normandie	1 137	182	16 %
Île-de-France	1 498	806	54 %
Languedoc-Roussillon	3 800	2 380	63 %
Limousin	3 688	751	20 %
Lorraine	1 665	420	25 %
Martinique	400	245	61 %
Midi-Pyrénées	3 766	1 568	42 %
Nord-Pas-de-Calais	6 029	959	16 %
Pays-de-la-Loire	8 746	1 512	17 %
<b>Picardie</b>	<b>29 230</b>	<b>16 234</b>	<b>56 %</b>
Poitou-Charentes	757	405	54 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 268	1 163	36 %
Réunion	16	13	81 %
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>11 212</b>	<b>7 931</b>	<b>71 %</b>
<b>Total au 19 juin 2012</b>	<b>157 863</b>	<b>68 366</b>	<b>43 %</b>

Source : ASIP ; total : y compris quelques DMP dont la région n'est pas connue.

<sup>17</sup> Dont 61% de DMP créés par 127 établissements de santé, situés principalement en Picardie (24), Franche-Comté (16), Aquitaine (10) et Midi-Pyrénées (10).

A été ainsi mis en œuvre en **Rhône-Alpes** dans le cadre des expérimentations régionales initiales un dispositif de « dossier patient partagé et réparti » (DPPR). Entre 2001 et 2011, plus de 9,4 M€ (dont un quart avant la création du GIP DMP) y ont été affectés. Ce dossier patient a le mérite d'être opérationnel, mais son architecture et ses usages restent largement en dehors du cadre d'interopérabilité national entériné par le ministère en juin 2009 et stabilisé à partir de novembre 2010. Le tiers du financement a été apporté par le GIP, qui y a mis un terme en 2011, un cinquième l'a été par le conseil régional, et près de la moitié par l'ARH puis l'ARS sur divers fonds provenant de l'assurance maladie.

L'absence de cahier des charges national au stade de l'expérimentation a permis un développement largement autonome, dans un contexte conflictuel que le ministère a laissé se poursuivre. Malgré l'affirmation d'une perspective de fusion avec le DMP quand celui-ci monterait en charge et bien que 37 « passerelles compatibles DMP » aient été financées et mises en service, la première en avril 2011, ces dernières n'avaient encore conduit à aucune création de DMP un an plus tard. Le dispositif donnait début 2012 accès à moins de deux documents pour chacun des 17 302 patients dotés d'un dossier régional (à titre d'exemple, 1 262 professionnels de santé s'y sont raccordés en janvier 2012), hors dossier communicant en cancérologie.

Quelque 7 millions de documents étaient certes archivés dans les établissements raccordés (données vitales, comptes rendus de consultation, d'imagerie, etc.) mais ils étaient inaccessibles en l'absence d'accord des intéressés pour une consultation régionale ou un transfert dans un DMP. Des fonds de l'assurance maladie ont été ainsi utilisés, depuis 2009, à des fins locales en dehors du cadre résultant des dispositifs législatifs régissant le DMP, et du programme de déploiement du DMP lancé en 2011, sauf pour un site limité et géré directement de Paris. Au printemps 2012, à la suite de ce constat et après l'échec d'une tentative de synthèse avec l'ASIP, la DSISS et l'ARS ont réitéré leur volonté de faire converger le dispositif vers le DMP, mais sans encore à ce stade aucun progrès en ce sens.

En **Martinique** ont été dépensés plus de 4,3 M€ sans ouvrir un seul DMP, mais commence l'expérimentation d'un « dossier patient partagé régional Martinique » (DPPR) autorisé par la CNIL en 2011 et annoncé comme conforme aux exigences du DMP (ce dont le ministère devrait s'assurer sans tarder), avec un service d'annuaires encore incomplet (établissements, professionnels, patients), une messagerie sécurisée - et un budget prévisionnel de 3 M€ en 2012.

En **Île-de-France** n'a encore été créé aucun DMP. Or, dans la perspective d'une alimentation du DMP par messagerie, le GIP et des établissements de santé (donc principalement l'assurance maladie) ont consacré au moins 7,3 M€ à des expériences de messageries sécurisées, avec annuaires régionaux de leurs utilisateurs et « plateformes d'interopérabilité ».

L'association régionale pour le déploiement des outils communicants (ARDOC) et l'association pour la généralisation du DMP (AG-DMP) en ont eu la charge à partir de 2007, la première auprès des établissements de santé, la seconde auprès des médecins libéraux. Le GIP a versé 2,2M € à l'ARDOC, qui avaient été quasi-intégralement consommés début 2012, et l'Union régionale des médecins libéraux a de son côté apporté 2,1 M€ (l'ARDOC estime en sus à un million d'euros le temps non rémunéré consacré par 2 000 médecins à la formation et à la « conduite du changement » y afférents).

Le GIP a aussi versé à l'AG-DMP – Ile-de-France 1,7 M€, consommés à 80 % début 2012, pendant que les 44 établissements de santé dotés de cette messagerie y consacraient un temps de travail estimé par cette association à 5,2 M€. Le GIP a toutefois renoncé en 2008 à expérimenter le DMP en Ile de France, tout en finançant jusqu'en 2010 ces deux projets qui en dépendaient.

Les 1,8 M€, dont 95 000 € provenant du GIP, identifiés dans d'autres régions comme ayant financé des annuaires régionaux de professionnels ont connu le même sort. Dans l'attente de l'arrivée tardive du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) - en 2011 - ces annuaires étaient considérés indispensables à la mise en œuvre de plateformes régionales de services dans lesquelles des ARH s'étaient engagées. Leur sort sera similaire à celui des expérimentations du DMP : un nouveau service de messagerie interopérable a fait l'objet d'un appel d'offres de l'ASIP fin 2011, et conduira vraisemblablement à devoir remplacer les logiciels standards alors adoptés.

L'absence de stratégie cohérente a là aussi entraîné une dépense d'une très éphémère utilité.

Inversement, l'expérience en **Midi-Pyrénées** est typique de celle des régions motivées et les mieux financées, qui annoncent le prochain développement du nombre de DMP. Le groupement de coopération sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées rassemble autour du DMP 10 établissements de santé publics et 11 établissements privés, 5 réseaux ou fédération de réseaux (cancer, diabète, périnatalité...), l'union régionale des médecins libéraux et le collectif interassociatif sur la santé qui représente les patients. En 2006, 6 établissements et quelques médecins avaient ouvert 599 dossiers médicaux régionaux, expérience éphémère mais qualifiée de fortement structurante par ses acteurs. Le groupement de coopération sanitaire, par ailleurs actif dans des secteurs tels que la télémédecine, accompagne depuis 2010 la mise en place du DMP par une assistance technique solidement structurée. Il en va de même dans les régions aidées par l'ASIP au titre du programme « d'amorçage » : **Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie**.

#### Un fléchissement des dépenses en 2011

Une analyse transversale des dépenses ainsi engagées régionalement, que retrace le tableau 10 ci-après fait apparaître plus globalement que leur croissance a été continue jusqu'en 2010. Un fléchissement sensible est paradoxalement intervenu en 2011, année de la mise en place effective du DMP national. Ce fléchissement devrait retenir l'attention s'il se poursuivait en 2012 comme l'anticipe l'ASIP.

La réalisation des multiples expérimentations de **DMP régionaux** (« DMR ») puis la mise en place du DMP à partir de 2010 représentent logiquement la part la plus importante de la dépense (la ligne « DMP » compte d'ultimes dépenses de liquidation de la période antérieure).

La messagerie sécurisée vient après les DMP en montant au tableau 10: techniquement, elle ne relève pas du DMP stricto sensu, mais le GIP l'a souvent présentée comme un complément indispensable. Stratégiquement, le GIP a subventionné ces opérations pour soutenir des équipes destinées à mettre ensuite en œuvre le DMP, dont elles relèvent de ce fait, et cela malgré le caractère éphémère des solutions mises en œuvre qui ne sont pas conformes à des normes retenues peu après (cf. *supra*).

Les passerelles et connecteurs recouvrent les logiciels permettant le partage du DMP entre médecine de ville et hôpital : un audit technique serait nécessaire pour déterminer la part qui en aura été récupérée. Il en va de même pour les serveurs d'identité de patients, qui ne sont plus utiles dans le dispositif national actuel et les dispositifs d'annuaires régionaux des professionnels de santé.

**Tableau n° 10 : Dépenses régionales par année et par secteur**

Milliers €	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
DMP régionaux	1 006	935	4 861	5 478	5 496	5 569	2 522	<b>25 867</b>
DMP national						2 109	3 922	<b>6 031</b>
Messagerie sécurisée		21	35	2 460	2 027	1 992	767	<b>7 306</b>
DCC	318	1 340	568	909	741	829	858	<b>5 566</b>
Passerelles, connect.	1 077	289	27	510	420	1 622	444	<b>4 389</b>
Accomp. du chang.	250	150	164	317	341	1 017	635	<b>2 874</b>
Serveur d'identité	564	5 962	1 583	291	508	477	285	<b>2 292</b>
Hébergeurs données	0	110	150	226	1 088	398	293	<b>2 265</b>
Annuaire des PS	0	21	294	227	242	377	662	<b>1 825</b>
Divers	624	1 229	2 210	2 332	2 401	3 889	2 917	<b>15 016</b>
<b>Total</b>	<b>3 839</b>	<b>4 103</b>	<b>8 470</b>	<b>12 753</b>	<b>13 266</b>	<b>18 282</b>	<b>13 310</b>	<b>74 023</b>

Source : Cour des comptes, d'après DSSIS et ARS. Le léger écart avec le tableau 8 provient d'arrondis.

L'accompagnement du changement, investissement largement immatériel (personnels, formations, information...), a préparé les équipes en vue de la mise en place du DMP national sans pour autant que les personnels concernés soient toujours encore en fonctions pour ce faire.

Les dépenses d'hébergement ont été utiles à hauteur de l'utilisation des données concernées, et devraient désormais être uniquement celles payées par l'ASIP à l'unique prestataire national. La rubrique « divers », enfin, englobe quantité d'initiatives en tous genres, appuyées par les ARH puis les ARS, fréquemment pilotées par les mêmes équipes que le GIP subventionnait pour les expérimentations du DMP. Leur lien avec ce dernier est parfois distant. Il s'agit principalement de réseaux régionaux, notamment pour la prise en charge du diabète, de soins palliatifs, d'accompagnement du DMP auprès de la médecine libérale, ainsi que d'aides à la bureautique de santé. Aucun inventaire méthodique et raisonné n'en a été réalisé, et leur degré de convergence ultime vers le DMP national n'est pas quantifié.

## **B - La convergence vers le DMP de dossiers de patients hospitaliers**

Aux 44 M€ de ressources mobilisées régionalement en complément des financements nationaux, se sont ajoutées des ressources hospitalières affectées aux « passerelles » ou « connecteurs », qui sont des logiciels permettant le partage du DMP entre médecine de ville et hôpital. Le DMP est en effet aussi mis en place, depuis 2011, dans un nombre

croissant d'établissements de santé, de manière complémentaire aux systèmes informatisés de dossiers de patient.

De ce fait, malgré l'accent mis sur la médecine de ville, 59 % des DMP créés au 28 mai 2012 l'ont été par 119 établissements de santé, ainsi répartis :

- 51 % de centres hospitaliers,
- 15 % de cliniques privées,
- 9 % de centres hospitaliers universitaires,
- 8 % d'établissements de soins de suite et réadaptation,
- 7 % d'établissements de santé mentale (7 publics, 1 privé),
- 3 % d'hospitalisation à domicile,
- 2 % de centre de lutte contre le cancer,
- 3 % d'autres

Ces établissements sont dispersés sur l'ensemble du territoire métropolitain, 56 (47 %) étant dans les quatre régions participant au déploiement soutenu par l'ASIP. Les documents contenus dans le DMP en proviennent majoritairement : comptes-rendus de consultation (35 %), comptes-rendus de séjour ou lettres de sortie (15 %), comptes-rendus d'examen et d'actes (31 %).

La direction générale de l'offre de soins a partiellement financé le développement de dossiers patient dans les systèmes d'information hospitaliers (SIH) dès les plans Hôpital 2007, antérieur au DMP, et Hôpital 2012. Elle a ensuite élaboré à partir de 2010 le plan Hôpital numérique dont la réalisation s'échelonne de 2012 à 2017. Le « dossier patient hospitalier informatisé en version interopérable » (DPII) est dans ce cadre prévu comme étant au minimum compatible avec le DMP. Ses caractéristiques sont résumées dans l'encadré ci-après.

Le calendrier de la convergence entre le DMP et ces systèmes a glissé. La circulaire DHOS/E3 n° 2006-281 du 28 juin 2006 relative à la mise en œuvre du DMP avait prescrit que, avec l'aide financière du GIP DMP et du plan Hôpital 2007, « la généralisation de la transmission des comptes rendus d'hospitalisation vers le DMP devra être assurée à compter du mois de juin 2007 pour les CHU et du mois de décembre 2007 pour les autres établissements ». Cet objectif a été reporté de près d'une décennie : l'ensemble des établissements hospitaliers n'achèvera probablement cette informatisation qu'aux alentours de 2017. Néanmoins, dès 2006-2007, l'administration centrale a prescrit aux ARH de subventionner les investissements hospitaliers liés à la généralisation du DMP (préparation organisationnelle, assistance à maîtrise d'ouvrage, conduite du changement, acquisition d'applications informatiques...).



**Le dossier de patient hospitalier informatisé et interopérable**

Ce dossier est alimenté par les équipes hospitalières, couplé avec les résumés d'hospitalisation, les prescriptions en temps réel, les résultats d'examens, les images ou un lien pour y accéder, les comptes-rendus (opérateurs, anatomo-pathologique etc.). A un stade plus avancé, il est complété par un dispositif de communication sécurisée vers l'extérieur ainsi qu'une exploitation statistique sur les pratiques médicales, selon des données structurées et une terminologie standardisée, en vue notamment d'une « gestion de la performance des soins » (produire des indicateurs de veille et de prévention sanitaire). Des logiciels dits « connecteurs » ou « passerelles » homologués DMP permettent un accès sans limite géographique pour les patients, les établissements et les professionnels de santé. Reste à standardiser la solution permettant à ces derniers d'accéder au dossier en l'absence du patient dans les mêmes conditions que pour les dossiers traditionnels.

La DGOS estime qu'entre 10 % et 50 % des lits de médecine, chirurgie et obstétrique d'un établissement (15 à 20 % en psychiatrie) disposent d'un tel dossier patient, un dixième seulement étant compatible avec le DMP. Son objectif est qu'à terme 30 % puis la totalité des communications vers l'extérieur soient effectuées par DMP ou messagerie sécurisée. Des indicateurs suivent la progression du nombre de dossiers compatibles avec le DMP, de comptes-rendus saisis, etc. Un groupe de travail a été constitué en 2011 (DSSIS, DGOS, ANAP, ASIP, HAS) pour mettre en place en 2012 un dispositif de référencement et d'homologation.

En 2010, le comité de pilotage en ce domaine constatait que le dossier patient en était encore à un faible niveau de maturité fonctionnelle et architecturale : échecs (cf. l'exemple de Marseille, *infra*), dossiers médicaux informatisés communs incomplets, inégalement « interopérables », situations fréquentes de recopies, de recoupements manuels d'information et de validations, sans méthode commune de mesure des coûts et des bénéfices – en dépit de dépassements quasi-systématiques des coûts et des délais pour les projets à contenu médical. L'interopérabilité du DMP avec les générations successives de systèmes hospitaliers, développées en l'absence d'une norme nationale, ne sera donc que progressivement étendue.

Le ministère a inscrit le dossier du patient informatisé et interopérable en priorité nationale du plan Hôpital numérique 2012-2016, dans le socle minimal de tout système d'information hospitalier, avec de multiples indicateurs de performance qui en conditionneront les subventions (compatibilité avec le DMP, avec homologation par l'ASIP ou passerelle, règles d'accès et d'usage, exigence d'adresser le compte rendu d'hospitalisation à 98 % des patients disposant d'un DMP lors de leur admission, etc.). Des difficultés techniques, notamment de formatage standardisé des données, restent à résoudre.

Le principe d'une compatibilité s'est sans doute imposé aux établissements parfois plus par respect de la stratégie du ministère que par conviction, mais des « passerelles » entre les DMP et les dossiers patients informatisés (DPI) contenant ces comptes-rendus ont commencé à être opérationnelles - quatre ans après la circulaire précitée.

Par ailleurs, le GIP ajoute aux financements issus des plans Hôpital 2012 et Hôpital numérique des subventions aux établissements précurseurs en matière d'interopérabilité de dossiers personnels. Le coût par établissement varie de quelques dizaines à quelques centaines de milliers d'euros selon les systèmes d'information hospitaliers en place, soit au total plusieurs dizaines de millions d'euros. L'annexe 7 montre la répartition géographique des seuls établissements que l'ASIP subventionne ainsi en 2012.

Nul ne tient l'inventaire de l'ensemble de ces dépenses d'interopérabilité avec le DMP, étant précisé que l'ensemble de l'informatisation de la production hospitalière de soins repose sur des dossiers individuels de patients sans connexion à ce stade au DMP.

---

### CONCLUSION

---

*Au total le financement mis en œuvre pour le DMP, au sens large, a été ainsi de l'ordre de :*

- *167 M€ en financements nationaux ;*
- *44 M€ en financements complémentaires mobilisés au niveau régional, et sans doute davantage ;*
- *un montant indéterminé en ressources imputées dans les comptes des établissements de santé, et affectées moitié en achats moitié en frais de personnel, pour assurer la convergence entre dossiers de patients hospitaliers et DMP ;*
- *un montant également indéterminé en coûts pour les professionnels de santé libéraux, d'adaptation au DMP de leurs logiciels, voire de leurs matériels ; l'ASIP estime ce coût à une dizaine d'euros par mois en moyenne, sans calcul détaillé.*

*L'évaluation minimale à fin 2011 des coûts totaux liés au DMP, hors dispositifs hospitaliers pour la partie non subventionnée par l'ASIP, est donc de l'ordre de **210 M€**. Une approche en comptabilité analytique de l'ensemble des dépenses précitées aboutirait à un chiffre plus élevé, sans qu'une fourchette puisse valablement être estimée.*

---

*L'absence de suivi financier précis et l'impossibilité à consolider le montant des fonds publics considérables consacrés, sous de multiples formes et par un grand nombre d'acteurs, au DMP n'est pas seulement très gravement préjudiciable à l'appréciation de son coût réel. Elles traduisent aussi un défaut de stratégie claire et de méthode particulièrement anormal.*

---



## **Chapitre II**

### **Les investissements complémentaires au DMP**

Hors DMP, mais devant à terme y être associés, d'autres investissements, d'importance très variable, ont été également effectués pour informatiser des dossiers individuels de patients. La plupart sont aussi financés par l'assurance maladie

#### **I - Les dossiers de patients informatisés non encore interopérables**

Le ministère a estimé que la moitié des établissements hospitaliers avait investi dans un système de dossiers de patient informatisés (DPI) lors du programme Hôpital 2007, de 2002 à 2007, au cours duquel 395 M€ de subventions ont été affectés à 518 opérations informatiques (tous systèmes confondus).

De 2008 à 2010, la première tranche du programme Hôpital 2012 a ensuite plus que décuplé cet effort, en subventionnant à 48 % en moyenne un total de 4,6 Mds € d'investissements informatiques (tous systèmes confondus). Dans ce cadre, 131 établissements de santé publics et privés ont, selon l'ANAP, reçu 63 M€ d'aides spécifiques pour la mise en place de dossiers de patients informatisés. Ils auraient investi en moyenne de l'ordre de 1 M€, soit au total sur cette base plus de 130 M€ également financés par l'assurance maladie.

**Les leçons à tirer de l'échec d'un ambitieux dossier patient informatisé**

Le rapport public annuel 2012 de la Cour a noté que les établissements de santé recherchent, à travers le DPI, « *une amélioration de la coordination des soins, une meilleure gestion de la tarification et une maîtrise plus efficiente des différentes phases du séjour hospitalier* ».

Cela a notamment été le cas à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, mais, selon un constat de la chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, cet établissement a dépensé en vain, au terme de huit reports de calendrier en trois ans, 9,8 M€ pour un marché de DPI (4,7 M€ en logiciels, fournitures et prestations, et 5,1 M€ en ressources humaines), aux frais de l'assurance-maladie et *in fine* abandonné. Le périmètre en avait été trop ambitieux au regard de la disponibilité des équipes informatiques et de l'expérience du prestataire. L'AP-HM a lancé un nouvel appel d'offres en 2012. Le ministère de la santé a indiqué en réponse que son programme « hôpital numérique » mis en œuvre en 2012 est « *assorti d'un ensemble de leviers (gouvernance rigoureuse, amélioration des compétences, homologation des applications informatiques, augmentation des investissements...)* ainsi que d'un dispositif d'aide au financement » à l'usage, c'est-à-dire non plus *a priori* mais en fonction de l'utilisation effective de l'investissement subventionné<sup>18</sup>.

Cet échec coûteux souligne la nécessité de renforcer le pilotage national et le partage de l'expertise en matière d'interopérabilité entre DPI et DMP, ainsi que de l'information sur les coûts en ce domaine.

En nombre croissant, des établissements se sont dotés de tels systèmes sur ressources internes, sans subvention dans le cadre des programmes de la DGOS ou de l'ASIP, et prévoient leur interopérabilité avec le DMP. En l'absence de tout chiffrage global sur ce point par la direction générale de l'offre de soins, la Cour note que les montants ainsi investis sont estimés par divers acteurs à **plusieurs centaines de millions d'euros**, sans cependant qu'aucune évaluation documentée ne fonde une telle estimation. Le coût des interfaces réalisées dans ce cadre avec le DMP demeure de même inconnu, en dehors de la part financée par l'ASIP. Une plus étroite concertation sous l'égide de la DSSIS entre l'ASIP, la DGOS et les autres acteurs concernés apparaît nécessaire pour en améliorer la connaissance de cette dépense et en renforcer le pilotage.

Cette stratégie est de nature à rendre irréversible la généralisation du DMP. Un ralentissement, un gel ou un abandon du déploiement du

---

<sup>18</sup> Cour des comptes, Rapport public annuel, L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) : l'échec de son projet d'informatisation du dossier du patient, Paris, La documentation française, février 2012, pages 899-938.

DMP pourrait avoir a contrario pour conséquence de centrer durablement les dossiers individuels informatisés sur l'hôpital plus que sur les soins de ville, en perdant les investissements d'interopérabilité effectués, et conduire à un dispositif interhospitalier au prix de dépenses en partie redondantes avec celles déjà effectuées pour le DMP, pour un impact plus circonscrit.

## **II - Un coût collatéral du DMP : l'historique des remboursements**

Le principe de ce téléservice a adopté en 2004 (article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale) parallèlement à l'instauration du DMP. Mis en œuvre en 2008 par la CNAMTS, il a été intégré en 2011 au programme 2 (professionnels de santé) de son schéma directeur des systèmes d'information. Il permet à tout médecin autorisé par un patient de prendre connaissance des soins, médicaments et examens remboursés au cours des 12 derniers mois, hors établissements. N'y figure aucun document (ni compte rendu, ni résultat d'examen, etc.). La base de données est constituée sans l'accord des patients, qui ne peuvent y accéder : elle ne peut être consultée que par un médecin disposant de la carte Vitale du patient.

Depuis 2004, l'usage de ce dispositif a été handicapé par diverses lenteurs, tant d'alimentation (plusieurs jours s'écoulent entre un acte et son apparition à l'écran) que de consultation (jusqu'à plusieurs minutes en raison de limitations techniques). Malgré une incontestable utilité potentielle, notamment pour les consultations hors médecin traitant, il n'a que lentement décollé, ce qui confirme les réserves exprimées par la Cour dans le RALFSS 2008 : moins de trois mille utilisateurs par semaine entre août 2011 et février 2012 (sur 140 000 médecins concernés), moins de trois connexions hebdomadaires par eux en moyenne.

Depuis septembre 2011, soit trois ans après l'échéance initialement annoncée, un médecin peut y accéder plus rapidement si son logiciel l'y connecte directement en « web service », mais six mois après ce nouveau développement, moins de 30 praticiens l'utilisaient mensuellement, et quatre fois en moyenne mensuelle.

Peu de logiciels permettent un tel accès. Les éditeurs attendraient une plus grande visibilité sur l'ensemble des téléservices introduits par la CNAMTS avant d'adapter pour ce faire leurs logiciels, ce que sept seulement d'entre eux avaient réalisé à fin mai 2012. La CNAMTS n'a fourni à la Cour ni le montant à fin 2011 des investissements et

développements ainsi effectués (il était évalué à 10 M€ en 2008), ni le prix de revient unitaire de la connexion utile. Elle souligne que « *l'outil est encore en phase de déploiement initial, avec une montée en charge progressive* ». Il a principalement permis à la caisse nationale d'être présente dans le champ du dossier pharmaceutique (DP), ce dernier étant limité à quatre mois d'historique pharmaceutique, et du DMP, moins richement alimenté en données automatiquement intégrées.

Quatre ans après que la Cour ait critiqué en 2008 « *l'incohérence de l'ensemble de ces projets* »<sup>19</sup>, leur convergence n'a en rien été esquissée, en dépit de contacts inaboutis avec le GIP DMP en 2006 puis en 2008. La CNAMTS est d'avis qu'une solution technique aurait pu être apportée dès cette époque pour y parvenir, mais ni le ministère ni la caisse nationale n'en ont tiré de conséquences concrètes à ce jour.

### III - Autres dispositifs

Il y a lieu enfin d'évoquer divers projets privés qui ont vu le jour, sous forme d'initiatives spontanées au sein ou en dehors d'établissements de soins, et de manière incontrôlée.

C'est le cas par exemple d'une société de stockage de dossiers individuels, connue de la CNIL, dont la Cour a constaté l'une des prestations dans le secteur public sur le site internet d'un conseil départemental de l'ordre des médecins, sous forme d'une invitation à développer ledit projet privé, à l'en-tête de l'Assistance publique/Hôpitaux de Marseille. Cette dernière en a alors découvert la poursuite en son sein, alors qu'elle avait ordonné un an plus tôt qu'il y soit mis fin faute de compatibilité avec le DMP prévu par la loi. L'AP/HM en a tiré les conséquences et restreint l'usage de son logo en de telles circonstances. Pour sa part, l'ordre a retiré cette information de son site internet.

Il n'y a pas d'inventaire de ces projets et leur coût pour l'assurance maladie en temps passé par des personnels hospitaliers autour de telles initiatives n'est pas valorisé. La France est par ailleurs restée à l'écart de la spectaculaire mise en place aux États-Unis du service *Google Health*, service commercial de stockage individuel de données médicales personnelles abandonné mi-2011 après quatre ans d'efforts, faute de performances et de perspectives à la hauteur des ambitions initiales.

---

<sup>19</sup> Cf. annexe 3



Tout projet de base de données de ce type relève de la CNIL et de l'agrément des hébergeurs délivré par le ministre sur avis du comité d'agrément après instruction conjointe par l'ASIP et la CNIL. A fin mars 2012, cette dernière avait rendu 66 avis suite à 84 demandes d'hébergeurs de données de santé, et aussi enregistré 15 425 engagements de conformité émanant de cabinets médicaux et paramédicaux, 22 006 engagements de pharmacies, 2 024 de laboratoires et 2 144 de centres d'optique.

En 2011, elle a autorisé une trentaine de systèmes de dossiers individuels gérés par des réseaux de soins (diabète, insuffisance cardiaque, etc.), effectué une vingtaine de contrôles sur place et adressé un avertissement à un hébergeur défaillant en matière de sécurité. Elle a ainsi constaté le développement de projets de « dispositifs en la possession du patient » : code barre porté par ce dernier et désignant le lieu d'hébergement de son dossier médical, CD-Rom, clé USB.

Sur ce dernier dispositif, la CNIL a rendu en avril 2012 un avis qui indique que le DMP sur clé USB présente « *des risques élevés au regard de la sécurité des patients* » et estime que « *les expérimentations prévues par la loi d'août 2011 devront être strictement limitées* ».

---

### CONCLUSION

---

*De 2005 à 2011, dans le champ des dossiers médicaux individuels, les coûts ont au total été au minimum de l'ordre de 210 M€ pour le DMP, au sens large, et de plusieurs centaines de millions d'euros hors DMP pour des systèmes de dossiers de patients hospitaliers qui ont vocation à l'alimenter, soit probablement beaucoup plus de 500 M€ consacrés au total à l'informatisation des dossiers médicaux individuels.*

*L'absence de suivi permanent et détaillé par l'administration de la santé de l'ensemble des dépenses des établissements en matière de dossiers de patient informatisés interdit un chiffrage précis. Cette défaillance est particulièrement critiquable, eu égard à leur coût élevé pour l'assurance maladie en investissements et en dépenses récurrentes d'utilisation, alors que les difficultés budgétaires des établissements appellent plus que jamais une grande rigueur dans l'optimisation de tels investissements au regard des gains escomptés. Le chiffrage total demeure de ce fait très approximatif. Il convient que le ministère y remédie, en établissant et en pérennisant une méthodologie et une base de données appropriées.*

*De surcroît, les écarts de coût et de performance, notamment en termes d'interopérabilité avec le DMP, entre les solutions choisies demeurent inconnus. Cela rend d'autant plus indispensable que le ministère diligente des analyses comparatives et une évaluation d'ensemble.*

---

## **Chapitre III**

### **Des incertitudes substantielles**

L'estimation du coût du DMP n'est pas seulement approximative : elle est aussi accompagnée d'incertitudes substantielles.

#### **I - Une incertitude juridique et fonctionnelle**

L'ASIP a été chargée fin 2010 de mettre en œuvre le DMP sans qu'ait été publié le décret devant déterminer, en application de l'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale, son contenu ainsi que ses conditions d'ouverture et d'application. Mi-2012, il n'avait pas encore été publié, ce qui a induit une absence de sécurité juridique et de stabilité fonctionnelle. Il en résulte une absence totale de ciblage du déploiement, ce qui est particulièrement préjudiciable à une bonne évaluation de l'apport du DMP sur un plan médico-économique (cf. infra) alors que des catégories spécifiques de patients (comme ceux relevant des affections de longue durée -ALD-) auraient pu être invitées prioritairement à ouvrir un DMP.

#### **II - Des coûts induits mal identifiés**

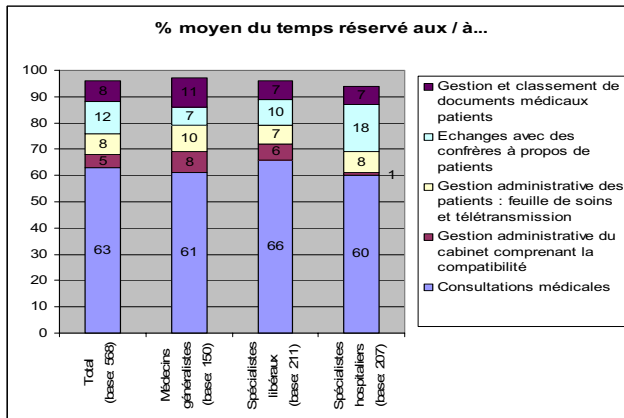
L'expérimentation puis le déploiement ont mobilisé d'autres ressources que celles résumées plus haut, qu'aucune comptabilité ne peut retracer. Une myriade d'acteurs finance des coûts induits, qui sont parfois un préalable sans lequel le DMP ne serait pas viable. Il n'existe pas de méthode de calcul standardisée de calcul des coûts indirects du DMP, ni

de tableaux comparatifs détaillés des expérimentations qui ont été financées. L'absence de méthodologie émanant du GIP et la priorité accordée au déploiement lui-même et à la surveillance des coûts directs l'expliquent. La typologie esquissée ci-après n'est pas exhaustive mais éclaire l'ampleur des questions qui se posent à cet égard.

### A - Le temps de création et d'alimentation d'un DMP

Le temps affecté par un médecin utilisateur à l'utilisation du DMP représentera, multiplié par des millions de créations et d'alimentation, un volume considérable, qui s'analyse au regard de la répartition globale de son temps de travail (graphe 11 ci-dessous).

Tableau n° 11 : Sondage sur le temps de travail médical



Source : ASIP, sondage IPSOS, op. cit, 2011

Le temps d'accès au DMP ne différerait guère de celui nécessaire pour un dossier informatisé ou sur papier, mais il n'y a pas encore d'échantillon suffisant de DMP arrivés à maturité, c'est-à-dire comportant un historique substantiel, pour conclure sur ce point. Un sondage a été effectué en 2012 à la demande de la Cour auprès de 17 médecins alsaciens ayant créé 103 dossiers en une semaine. Il a conclu à une durée moyenne de création de 4 minutes, temps d'explication compris, puis d'une minute par insertion d'un document dans un DMP, et d'une minute et demie par recherche d'information. La tendance serait ensuite, au fil de

l'expérience, à la baisse du temps nécessaire. En Franche-Comté, la création d'un DMP par un agent des admissions d'un établissement demande 5 minutes dans les premiers mois, puis une moyenne de 2 minutes. Des fourchettes comparables ont été citées dans d'autres sites, variables notamment selon l'âge des patients et selon l'ergonomie du poste de travail. Quoique non représentatifs, ces sondages tendent à valider les indications selon lesquelles le DMP peut faciliter le travail médical à un faible coût en temps.

Ces durées sont à comparer à la durée moyenne d'une consultation de médecin généraliste qui, selon une enquête récente, est de seize minutes en secteur 1 et de vingt-deux minutes en secteur 2<sup>20</sup>. A supposer qu'une moyenne de quatre minutes demeure durablement nécessaire, la création de 5 millions de DMP représenterait un investissement de l'ordre de 200 années de travail de professionnel de santé. Quatre minutes de temps annuel d'alimentation et de consultation correspondraient à une charge de travail similaire. Les gains seraient à mettre au regard de telles évaluations (cf. *infra*).

## **B - Les systèmes et logiciels**

### **1 - Les postes de travail**

Sur 139 491 professionnels de santé hors établissements de santé identifiés par le GIE SESAM Vitale au 31 janvier 2012 (ligne 1 du tableau 12 ci-après), 102 332 (73 %) utilisaient leur poste de travail pour la télétransmission de feuilles de soins électroniques (FSE), mais dans des proportions très variables (ligne 5)<sup>21</sup>. Un sur deux disposait de logiciels permettant au moins la consultation, l'alimentation ou/et la création de DMP, dans des proportions très variables selon les métiers (ligne 4).

Certains éditeurs du secteur ambulatoire intègrent le DMP dans leur version standard. D'autres commercialisent un « module téléservices réglementaires » incluant DMP et téléservices de l'assurance maladie pour un abonnement mensuel d'une dizaine d'euros. Cela relève de la

---

<sup>20</sup> Ministère de la santé, DREES, Les emplois du temps des médecins généralistes, Etudes et résultats, n° 797, mars 2012, page 3.

<sup>21</sup> Trois ans après la recommandation de la Cour de sanctionner le non-respect de l'obligation de télétransmission, ce dernier a été ajouté fin 2011 dans la liste des manquements prévus dans la convention médicale. La sanction est la suppression pendant trois mois de la prise en charge des cotisations des médecins de secteur 1, et, en secteur 2, le paiement d'une somme équivalente. La durée de la sanction est doublée en cas de récidive. Le principe, fixé par la loi, de taxation à l'unité des feuilles de soins a été abandonné.

politique de chaque éditeur opérant dans le champ concurrentiel. La charge annuelle pour les acteurs est donc inconnue, tant en investissement qu'en maintenance, du fait de la diversité des configurations, de leur ancienneté comme de la progressivité de l'adhésion au DMP, mais le risque est chiffrable en dizaines de millions d'euros, avec la probabilité de revendications pour que l'assurance maladie subventionne ces dépenses.

**L'impact de l'informatique propre au DMP sur les charges professionnelles des médecins**

Deux hypothèses extrêmes permettent de souligner l'incertitude quant aux coûts pour les professionnels. A titre de simulation théorique, si les quelque 140 000 praticiens concernés optaient pour un abonnement mensuel (120 € par an), leur surcoût serait de 16 M€, répétés chaque année. Alternativement, si les éditeurs choisissaient à défaut de majorer de 120 € le prix de vente de leur logiciel intégrant le DMP, et si les mêmes professionnels l'achetaient ainsi, le surcoût serait toujours de 16 M€, mais une seule fois. La délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé considère comme l'ASIP, qu'il est hasardeux de formuler de telles hypothèses et peu fondé de considérer que l'assurance maladie risquerait d'être amenée à en supporter une part significative.

Le pourcentage de généralistes dotés de logiciels homologués DMP est de 49 % selon l'ASIP (ligne 1 du tableau 12 ci-dessous), ce qui est encourageant, mais la CNAMTS est d'avis que le pourcentage de logiciels homologués DMP effectivement installés est « *très largement inférieur* ».

**Tableau n° 12 : Parc de logiciels agréés et homologués DMP**

	Médecins			Chirur.- dentistes	Infir- miers	Masseurs- kinésith.	Sages- femmes	Laborat. d'analy- ses	Pharma- ciens
	généra- listes	spécia- listes	centres de santé						
1. Nombre	65 010	71 482	2 999	39 738	74 329	60 532	3 980	4 361	23 279
2. Dont télétrans- metteurs.	55 746	45 091	1 495	32 911	65 603	50 199	2 940	3 747	22 965
3. ligne 2/ligne 1	86%	63%	50%	83%	88%	83%	74%	86%	99%
4. Dont homolo- gués DMP	49%	22%	6%	2%	7%	32%	23%		
5. % /télétrans- mission.	89%	77%	41%	89%	95%	91%	97%	27%	87%
6. Dont homolo- gués DMP	58%	36%	12%	3%	8%	39%	31%		

Source : d'après ASIP et GIE SESAM Vitale.

Un long chemin reste ainsi à accomplir pour généraliser le DMP et donc réduire ses coûts unitaires, vu le relativement faible pourcentage d'équipement dans les autres catégories de professionnels (ligne 4, par rapport au total de la ligne 1), y compris par rapport à ceux télétransmettant des FSE (ligne 6). L'ASIP estime que cela ne constitue pas un retard, mais aucun objectif ni calendrier n'ont été fixés en ce domaine.

Une disposition réglementaire, dans le cadre du décret en préparation à propos du DMP, pourrait imposer aux éditeurs un calendrier d'intégration des fonctions nécessaires à ce dernier. Mais il y a ici un conflit calendaire : l'assurance maladie a instauré dans la convention médicale du 26 juillet 2011 un « volet médical de synthèse », sans référence au DMP ni à une convergence de ces deux outils. Les éditeurs ont donné la priorité à ce volet, au détriment du DMP.

## 2 - La dispersion onéreuse des offres

Le foisonnement de l'édition de tels logiciels n'est pas de nature à rendre plus économique les conversions au DMP ni à l'accélérer. Systèmes hospitaliers compris, le GIE SESAM Vitale et l'ASIP dénombrent 460 éditeurs, dont 320 vendent des logiciels référencés pour l'usage de l'indispensable carte de professionnel de santé. Ces éditeurs sont parfois des établissements de santé ou leurs groupements.

Fin janvier 2012, 25 de ces éditeurs vendaient des logiciels homologués pour l'alimentation du DMP, certains logiciels n'étant homologués que pour la création ou la consultation. Un seul éditeur assurait la totalité des fonctions nécessaires à la création, la consultation et l'alimentation d'un DMP; 199 autres étaient à des stades divers en vue de leur homologation<sup>22</sup> pour l'alimentation. Sous cet angle aussi, une politique publique homogène d'homologation ou de certification serait de nature à clarifier l'offre.

---

<sup>22</sup> L'*homologation* est une procédure principalement administrative de reconnaissance de la conformité d'un produit à un ensemble de critères techniques. La *certification* est une procédure technique par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service a été vérifié comme étant conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel qui, en l'espèce, se réfère aux normes internationales.

Un petit nombre d'éditeurs détiennent l'essentiel du marché, ce qui relativise les inconvénients d'une telle dispersion, mais n'est pas nécessairement de nature à soutenir une baisse des prix<sup>23</sup>.

Les spécifications de compatibilité avec le DMP et les plateformes de tests sont disponibles depuis décembre 2010, date à laquelle les premières homologations ont été prononcées sur la base de spécifications provisoires (cf. encadré ci-après). Une stratégie plus constante de l'État aurait permis de ne pas attendre cinq ans avant de franchir cette étape.

La dispersion extrême des 460 entreprises privées et établissements publics concernés dépasse les exigences d'une saine concurrence. Elle a pour inéluctable conséquence des frais généraux redondants à la charge, en dernière analyse, de l'assurance maladie, ainsi qu'un risque de moindre qualité à coût égal.

#### La « DMP Compatibilité »

La « DMP Compatibilité » est une procédure d'homologation. Elle vérifie que les logiciels locaux des professionnels et établissements de santé intègrent les caractéristiques techniques du DMP. Les premiers logiciels DMP-compatibles sont apparus fin 2010. Une équipe interne de l'ASIP, assistée par un « Groupement ATOS/Extelia/La Poste » opère des tests et des vérifications ; elle en présente les conclusions au comité d'homologation interne à l'ASIP, sans participant extérieur. Les logiciels homologués accèdent de façon sécurisée à l'ensemble des fonctionnalités du DMP et assurent la conformité des informations et documents partagés aux normes d'échange informatique nationales. Les éditeurs de logiciels spécialisés et des directions informatiques d'établissements de santé, disposent à cet effet depuis juillet 2010 auprès de l'ASIP, dans le cadre d'un contrat, d'une assistance technique : spécifications et schémas techniques à respecter, éléments de code, environnement de test. Le nombre de produits candidats en test est passé de 29 fin 2010 à 95 fin janvier 2012 (sur 206 éditeurs s'étant identifiés), pour un nombre de familles de produits homologués passés de 5 à 42 (avec 13 % de systèmes d'information hospitaliers, 8 % de logiciels de gestion de cabinet, 4 % de radiologie, des applications générales, etc.). Le dispositif est gratuit pour les éditeurs : son coût est donc intégralement à la charge de l'assurance-maladie.

<sup>23</sup> Ainsi, en Picardie, une des régions où le DMP est le mieux implanté, les médecins libéraux participant à sa mise en place recouraient fin 2011 à 3 éditeurs différents, tous homologués DMP et les établissements concernés, à 9 éditeurs, dont seulement trois homologués DMP. Mais aucun éditeur ne figurait sur les deux listes. Les effets et le coût d'une telle dispersion n'ont pas été évalués.



Seule une politique de certification exigeante et opposable serait à même de réduire ce nombre et de renforcer la fiabilité des logiciels mais, comme le souligne l'ASIP, une telle politique peut avoir pour corolaire un renchérissement des tarifs des éditeurs du fait d'une exigence accrue de qualité et de performance.

### **3 - Des coûts unitaires variables**

La presse professionnelle diffuse parfois des tableaux comparatifs des logiciels professionnels, mais le recours à des hébergeurs multiples et à des expérimentations régionales successives ne s'est pas accompagné de la mise en place d'un groupement des achats ou d'une mercuriale comparant les coûts à financer et permettant de bénéficier d'économies directes ou indirectes.

Plusieurs acteurs ont exprimé lors de l'enquête le regret d'une certaine solitude lors des procédures d'achat de logiciels et de prestations, avec ou sans mise en concurrence selon les cas. Leur conviction est que les prix unitaires ont été parfois supérieurs à ce qu'il serait possible d'obtenir par une organisation plus rationnelle d'achats similaires. Le GIP indique n'avoir aucune mission en ce domaine. Il se donne pour mandat de favoriser le développement de l'offre industrielle, sans se sentir concerné par la demande des utilisateurs-acheteurs qu'il subventionne. Ainsi a-t-il encouragé la production de logiciels «connecteurs» standardisés (six étaient homologués au printemps 2012 et compatibles avec les principaux systèmes d'information hospitaliers), mais sans s'intéresser aux tarifs pratiqués (vente, location, maintenance).

Le GIP a été en contact avec un groupement d'achats hospitaliers, mais il précise n'avoir eu aucun mandat en ces domaines. Suite à la présente enquête, il envisage d'évaluer les coûts induits par le DMP dans les établissements.

Il résulte de cette absence de mise en concurrence que les surcoûts en résultant ont majoré la ponction sur les ressources de l'assurance maladie, au travers du GIP DMP puis ASIP ou des dotations diverses, au détriment d'autres actions. Ils ont parfois nécessité des compléments de financement locaux qui n'avaient pas été recensés avant l'enquête conduite par le ministère en mars 2012 pour les besoins du présent rapport, mais dont le chiffrage est, comme cela a été indiqué, approximatif.

#### 4 - Les ressources nécessaires à la validation des dispositifs

Les procédures de validation déjà évoquées - agrément, certification, homologation, référencement...- sont une charge qui pourrait aller croissante, quoiqu'à des niveaux limités, avec les exigences accrues de sécurité et de fiabilité. Elles sont financées par divers canaux, à commencer par les industriels. Elles sont génératrices à terme d'économies structurelles, en réduisant les risques de surcoûts résultant d'une non-qualité (d'interopérabilité, de temps d'accès, etc.), qui est onéreuse en temps, en parades et qui dissuade nombre de professionnels de s'approprier des novations telles que le DMP. Le rapport coût/performance des postes de travail dépend de la conformité aux spécificités du DMP, de la CPS et de la carte Vitale. La Cour a relevé maintes fois que s'ajoute à l'incohérence du parc de systèmes et de postes de travail, hospitaliers ou non, la persistance de taux diversement étagés d'anomalies, voire d'incompatibilités avec certaines fonctionnalités de la télétransmission et des téléservices d'assurance maladie. Ainsi avait-elle préconisé en 2008 que le ministère de la santé rationalise les procédures d'agrément des logiciels de santé.

Aussi la Cour avait-elle recommandé en 2008 de « *subordonner le financement de téléservices et de plates-formes de services à leur conformité aux bonnes pratiques informatiques, aux cadres nationaux de référence, ainsi qu'à une étude économique détaillée, comportant des indicateurs de performance et une méthode d'évaluation* ». Quatre ans après cette recommandation, ces conditions ne sont que partiellement remplies et aucune méthode d'évaluation n'a encore été préparée (cf. infra).

Le comité d'agrément - tardivement mis en œuvre - des hébergeurs de données de santé et le cadre d'interopérabilité de l'ASIP avec le référentiel d'agrément des hébergeurs constituent un progrès, mais ce dispositif reste incomplet<sup>24</sup>. Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) hérité de l'ex-GIP CPS, le référentiel de DMP-compatibilité, l'INS-C (cf. infra), ainsi que certains cahiers des charges fonctionnels produits avec l'ANAP renforcent la cohérence de

---

<sup>24</sup> La mission de ce comité n'est pas stabilisée. Sont envisagées par lui soit une réécriture du décret du 4 janvier 2006 (pour éviter des redondances avec les instructions menées par la CNIL et permettre l'adaptation aux évolutions technologiques), soit une procédure de certification du type de celle de l'association chargée par le secteur privé de l'accréditation des laboratoires, organismes certificateurs et d'inspection (Cofrac). Le comité statuerait au vu de rapports d'évaluateurs privés, dont les coûts d'instruction seraient supportés par les candidats.

l'ensemble, mais les référentiels majeurs n'ont pas encore tous été rendus opposables par les arrêtés ministériels prévus dans la loi HPST. Demeuraient ainsi en cours d'élaboration mi-2012 les référentiels de sécurité des systèmes d'information de santé<sup>25</sup>, de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation du médicament, ou d'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

Le ministère a engagé en 2012 une réflexion (DGOS, DSSIS, ASIP) sur une procédure d'homologation, voire, à terme, de certification des logiciels médicaux en exercice hospitalier (dans le cadre du programme Hôpital numérique) et libéral. L'objectif est d'orienter la demande vers des logiciels respectant les normes et référentiels (d'interopérabilité, de sécurité, sémantiques...) rendus opposables par lui.

Toutefois, l'aboutissement de cette démarche pourrait être lointain : s'agissant des logiciels d'officine, enjeu moins complexe, le ministère prévoit d'attendre 2015 pour que, à la suite de la loi de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011 (article 32), une de leurs principales fonctions - l'aide à la dispensation - soit obligatoirement soumise à une certification. Le décret d'application n'est pas encore publié.

### **C - La politique de sécurité : aucune échéance fixée**

Ne rentraient pas dans le champ de l'enquête des sujets tels que la protection de la confidentialité d'informations aussi sensibles et convoitées que les données de santé. Des dispositions ont été prises par l'ASIP pour que ne se renouvellent pas les manquements que la CNIL avait soulignés à l'issue de la première expérimentation, mais le DMP n'est pas à l'abri de coûts supplémentaires pour maintenir à jour les sécurités actuellement en œuvre.

Au-delà des mesures appliquées par l'ASIP et son hébergeur national, la sécurisation des données et des accès - pour autant qu'elle soit possible dans le contexte du piratage informatique - entraîne des surcoûts diffus et qui pourraient être croissants. Ils sont nécessaires pour sécuriser le DMP mais il n'y a pas là non plus de suivi de leur montant ni de leur financement pour la part non subventionnée.

La Cour avait aussi recommandé en 2008 de « *stabiliser la stratégie en matière de confidentialité des données médicales et la mettre*

---

<sup>25</sup> Un arrêté interministériel a édicté en 2010 le référentiel général de sécurité (RGS). Il impose aux autorités administratives un ensemble de règles de sécurisation de leurs systèmes d'information (donc DMP inclus), et propose des bonnes pratiques.

*en œuvre* ». Le ministère a attendu trois ans pour charger le 22 septembre 2011 un opérateur, l'ASIP, d'élaborer sous l'autorité de la DSSIS, elle-même mise en place peu après, une politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Six mois se sont encore écoulés avant que soit réuni le 19 mars 2012 un comité de pilotage associant les acteurs concernés<sup>26</sup>. Ce délai a toutefois été mis à profit pour préparer les bases de la politique générale de sécurité annoncée depuis plusieurs années. Le DMP n'introduit en lui-même aucune exigence spécifique de sécurité par rapport à ce qui est attendu de cette dernière, selon l'ASIP.

La mise à niveau de la sécurité des systèmes existants sera à financer par leurs utilisateurs, et donc souvent à travers eux par l'assurance maladie. Elle ne sera mise en œuvre que progressivement, et avec elle la sécurité locale des documents destinés au DMP ou en provenant.

Dans ce cadre, la Cour, pour inciter à assurer économiquement cette sécurité, avait recommandé que le ministère impose « les certificats des cartes Vitale 2 comme partie intégrante du mode d'accès à tout service en ligne de données personnelles de santé ». Une étude menée par le ministère et la CNAMTS en 2009 a écarté cette option, au motif qu'une évolution importante de la carte Vitale serait nécessaire et nécessiterait l'achat d'un lecteur de carte par les patients utilisateurs. Le dispositif retenu pour le patient pour accéder à son DMP ne requiert pourtant qu'un accès Internet sécurisé mais ordinaire. Cette argumentation ne paraît validée ni par le coût d'un lecteur standard désormais adéquat pour la carte Vitale (une dizaine d'euros) ni par l'usage sans support physique de tels certificats de sécurité électroniques, ni encore par le fait qu'à ce stade la consultation directe demeure l'exception.

Trois ans plus tard, le ministère relève que ce rejet est susceptible d'être révisé, en raison de l'évolution des téléservices vers les traitements d'informations médicales, dans le cadre de la prise en charge de pathologies notamment (tel le téléservice Sophia de suivi du diabète, mis en œuvre par la CNAMTS depuis quelques années).

---

<sup>26</sup> Les objectifs sont de « généraliser le strict respect des droits fondamentaux des patients dans le cadre de la gestion de leurs données de santé ; homogénéiser le niveau de sécurité dans l'ensemble des systèmes d'information de santé, au premier rang desquels les logiciels de gestion de cabinet et les systèmes d'information hospitaliers ; mettre en place un cadre réglementaire permettant aux professionnels de santé de se concentrer sur la prise en charge des patients et l'exercice de leur discipline ; créer un espace de confiance numérique favorable à l'essor du partage et des échanges de données médicales personnelles ». De premières publications sont annoncées pour la fin 2012.

L'élaboration en cours d'un schéma stratégique des systèmes d'information de la sécurité sociale ne fera pas l'économie de cette question, mais sans doute attendra-t-on quelques années, jusqu'à la future carte nationale d'identité électronique, qui comportera une fonction d'authentification de son titulaire utilisable pour le DMP, entre autres (ce qui pourrait imposer un lecteur de carte, dans la logique de l'étude précitée<sup>27</sup>).

Une conséquence de ces retards est le risque de devoir financer des dépenses additionnelles, non chiffrées à ce stade, pour mieux sécuriser l'usage du DMP par des systèmes et des postes de travail récemment acquis, subventionnés ou non.

### **D - L'identifiant provisoire national de santé**

La loi du 30 janvier 2007 (article 25) a inséré dans le code de la santé publique un article L.1111-8-1 disposant qu'un identifiant national de santé (INS) des personnes prises en charge par un professionnel ou un établissement de santé, ou dans le cadre d'un réseau de santé, est utilisé dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé. Le code prévoit que cet identifiant est également utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel et du dossier pharmaceutique. La CNIL avait rendu un avis favorable en février 2007, qui n'excluait pas un lien avec le numéro de sécurité sociale, aussi appelé numéro Insee ou numéro d'inscription (NIR) au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

Les travaux préparatoires avaient été confiés au GIP DMP onze mois plus tard, le 12 décembre 2007 ainsi que la maîtrise d'ouvrage opérationnelle deux ans plus tard, le 27 avril 2009. L'ASIP assure la maîtrise d'ouvrage opérationnelle de la conception de l'INS « cible », des services nécessaires à sa mise en œuvre (génération, publication) et du dispositif transitoire. Elle gère le secrétariat d'un comité de pilotage présidé par la DSSIS, associant la CNIL, la CNAMTS et la CNAVTS

---

<sup>27</sup> L'usage de la CPS (hors FSE) a été rendu compatible avec des lecteurs standards du marché d'un prix de l'ordre de 10€. Le dispositif retenu pour que le patient accède à son DMP requière un simple accès internet.

(opérateur du RNIAM et susceptible de gérer la base centrale des INS), ainsi que les directions d'administration centrales<sup>28</sup>.

Cinq ans plus tard, le décret fixant son choix n'est pas encore paru, et là aussi un surcoût - jugé négligeable par l'ASIP, mais non chiffré - en résulte avec cette solution provisoire. Le ministère a validé le recours à un dispositif transitoire, et dans une décision du 2 décembre 2010, la CNIL a autorisé l'utilisation temporaire d'un « INS-C » (C : « calculé »), d'un niveau de sécurité répondant aux critères de l'ASIP, quoique annoncé comme inférieur à celui de l'INS-A. Il sera calculé en mode local à partir de « traits d'identification » portés par la carte Vitale (parmi lesquels le NIR).

Cette option présentait l'avantage d'une mise en œuvre « rapide ». Elle a aussi porté un nouveau coup à l'image du DMP, en ayant l'inconvénient de ne pouvoir créer un INS-C pour les ayant-droits du régime général dont le NIR n'est pas encore inscrit dans la carte de l'ouvrant-droit (environ 15 millions de personnes concernées, dont les mineurs de moins de 16 ans). Au printemps 2012, la décision de lancement de l'INS-A n'était pas encore prise, le ministère s'appropriant à en remettre en cause la conception - pour une solution plus économique liée au NIR - après cinq années de réflexion. Le délai de mise en œuvre était estimé à 18 mois après la prise de décision.

Le ministère considère que les coûts directement engagés pour l'INS-C sont à ce jour très limités (« quelques dizaines de milliers d'euros ») : cela ne prend pas en compte les ressources humaines consacrées au fil des ans à cette version. Le coût des attermoissements susmentionnés n'est pas chiffrable, mais il pourrait ne pas être insignifiant en termes de crédibilité du DMP comme de développement et de mise en œuvre de la solution définitive.

Le ministère n'a pas encore obtenu de la CNAMTS l'inscription du NIR des ayant-droits dans les cartes des ouvrant-droit, ce qui a été fait par les autres régimes, mais qui a un coût. La CNAMTS a proposé à l'ASIP, qui n'y a pas donné suite, un service par Internet qui permettrait l'accès à ces NIR.

Un dixième des logiciels (ville et hôpital) étaient déjà référencés début 2012, comme mentionné plus haut, par le centre national de dépôt

---

<sup>28</sup> L'INS serait non signifiant, non prédictible, « sans doublon ni collision » et ne permettrait pas de remonter au NIR de la personne concernée. Il serait engendré aléatoirement par un système centralisé, et diffusé par un télé-service national, à créer, accessible par les professionnels de santé de manière sécurisée, voire inscrit dans le composant électronique de la carte Vitale.

et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie. Selon l'ASIP, ils représentent l'essentiel du marché.

### **E - L'impact potentiel de la convention médicale**

La nouvelle convention médicale en date du 26 juillet 2011 a notamment pour objectif d'améliorer les échanges d'information entre les médecins et l'assurance maladie. Cela pourrait avoir pour effet de faire baisser les coûts d'équipement en logiciels DMP et les coûts unitaires de ce dernier, mais va aussi augmenter les dépenses brutes de l'assurance maladie. Un complément de rémunération est en effet promis en fonction d'objectifs incluant l'équipement informatique dans le nouveau dispositif de « valorisation de la qualité de la pratique médicale » ou « paiement à la performance ».

La convention précise aussi les obligations des médecins en matière de facturation électronique (SESAM-Vitale) notamment en matière de normes d'agrément des logiciels et d'échanges. La convention prévoit notamment que les médecins produisent un « *justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle* » pour bénéficier du dispositif de « valorisation de la qualité de la pratique médicale » sous forme d'un paiement à la performance en complément de rémunération. Le ministère espère amener les éditeurs de logiciels à faire évoluer leur offre par référence à des obligations précises, renforçant ainsi la convergence et la structuration de l'offre de logiciels. Encore faut-il pour cela fournir un référentiel unique d'interopérabilité comme de sécurité aux industriels.

Le secrétariat général du ministère de la santé (DSSIS et mission l'ayant précédée) a exprimé à plusieurs reprises, verbalement, à la CNAMTS le souhait que soit explicitement pris en compte le DMP dans les objectifs conventionnels assortis d'incitations financières portant sur les systèmes d'information de santé, en particulier en prévoyant le versement de la fiche annuelle de synthèse dans le DMP. Il importe à cet égard que des avenants à la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAMTS et à la convention médicale prennent en compte de manière cohérente le déploiement en cours du DMP.

### **Le volet médical de synthèse (VMS)**

La convention médicale approuvée par l'État en 2011 comprend un volet « médecin traitant et parcours de soins » (art. 12), dans le cadre duquel l'assurance maladie va rémunérer les médecins pour produire un document annuel, le « volet médical de synthèse ». Ce volet sera réalisé automatiquement à partir de 2013 par le médecin traitant s'il se dote d'un composant logiciel intégré dans son logiciel professionnel. L'union régionale des médecins libéraux du Centre, soutenue par l'ARS et subventionnée par l'ASIP, expérimente l'intégration du VMS dans le DMP. L'objectif est que les informations du VMS soient transférées dans le DMP par une simple extraction automatique, sans double saisie. Mais il est singulier d'en rester à un stade expérimental, alors que le DMP devrait être en pleine mise en place. Le résultat est que les éditeurs sont libres de développer le composant VMS indépendamment d'un composant DMP et qu'en pareil cas il en résultera des surcoûts ultérieurs. Conformément aux dispositions législatives qui confèrent d'ores et déjà au médecin traitant une responsabilité dans « la mise en place et la gestion » du DMP (art. L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale), il eût été plus cohérent avec les investissements en cours pour le DMP que la convention de 2011 positionne d'emblée le VMS comme devant être mise en place dans le cadre de ce dernier. Un avenant à la convention serait de nature à mettre un terme à cette nouvelle incohérence.

## **F - Les régimes complémentaires**

Les organismes de protection sociale complémentaires sont d'une part exposés au risque de financer indirectement les surcoûts précités, et d'autre part susceptibles de bénéficier des améliorations des prises en charge grâce au DMP. Ils n'ont pas pour autant été invités à siéger au sein d'instances appropriées de concertation, même s'ils sont peu ou prou tenus informés des travaux en cours.

La Cour avait pourtant recommandé en 2008 d'intégrer « *parmi les membres de plein exercice du GIP ASIP les professions de santé et les organismes de protection sociale complémentaire* ». Le sentiment de l'ASIP demeure que la question de sa gouvernance est distincte de celle de la concertation à conduire avec les organismes en cause. Encore faudrait-il que ces derniers puissent participer à celle-ci dans des conditions appropriées.



### III - L'exemple du coût de l'interopérabilité

L'interopérabilité se situe au cœur de la logique d'économie d'échelle et de partage du DMP. Une insuffisante coordination entre les acteurs peut être à cet égard à l'origine de surcoûts. En l'espèce, le GIP ASIP puis la CNAMTS, qui le finance pourtant, ont produit à quelques mois d'intervalle deux normes d'interopérabilité successives, pour le même objet. Elles sont voisines mais le recours à deux démarches parallèles ne paraît ni rationnel ni économique.

#### A - Une composante essentielle

L'un des motifs de création du GIP a été de favoriser la communication et le partage des informations de santé, et cela de manière sécurisée. Le « P » de « DMP » s'entend aussi bien comme « partagé » que comme « personnel ».

Un DMP doit pouvoir être hébergé, lu ou alimenté par l'ensemble des systèmes, postes de travail et des logiciels conformes aux normes couramment usitées par les établissements et professionnels de santé en France, et cela sans en obérer l'ergonomie, la rapidité des transactions informatiques de toutes natures ni la fiabilité. Une norme commune d'interopérabilité est donc un préalable.

#### B - Une dépense de 2,4 M€

Cette norme est le « cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé » (CI-SIS), ensemble de référentiels élaboré depuis 2007 et diffusé depuis septembre 2010 par l'ASIP. Ces référentiels concernent les aspects techniques (services, flux de données) et sémantiques (contenus). Les industriels doivent s'y conformer pour que leurs logiciels permettent aux professionnels de santé de partager leurs données de santé. A chaque étape de son élaboration, le GIP a recueilli l'assentiment d'organisations représentatives des industriels. Ce référentiel a pris en compte les standards internationaux et a contribué à en élaborer au sein des groupes de normalisation internationaux, notamment IHE et HL7 (à un coût estimé à 157 000 € en temps et frais de réunion et de mission).

Les coûts d'élaboration et de maintenance du CI-SIS ont été répertoriés depuis 2007. Ils ne comprennent pas les coûts d'homologation de la DMP-compatibilité. Les prestations dans le cadre de marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage ont été estimées à 0,4 M€. Les frais de personnel ont représenté 18,2 ETP/an de 2007 à 2011, soit environ

1,8 M€, charges et taxes comprises. Le total est donc de l'ordre de **2,4 M€**. La maintenance et l'évolution de ce cadre, nécessaires à sa longévité, sont évaluées à 3,4 ETP en 2012, soit environ 0,34 M€ par an.

### **C - Une cohérence perfectible**

La CNAMTS a été associée à l'élaboration de ce cadre d'interopérabilité, tant au niveau stratégique (elle siège au conseil d'administration de l'ASIP) que technique. Toutefois, pour le développement de ses téléservices destinés aux mêmes professionnels de santé que le DMP, elle a, parallèlement, adopté quelques mois après la version initiale du CI-SIS son propre cadre d'interopérabilité, avec des choix techniques qui diffèrent en partie de ceux retenus dans les référentiels produits par l'ASIP, plus particulièrement en ce qui concerne l'architecture du poste de travail des professionnels de santé<sup>29</sup>.

Jusqu'en 2010, et parfois au-delà, en l'absence d'un cadre commun ou faute de prendre immédiatement en compte le CI-SIS, des réflexions inégalement coordonnées sur cette interopérabilité ont aussi été multipliées dans les régions, se traduisant par des coûts en temps de travail non estimés, mais toutes à la charge de l'assurance maladie au travers des financements des établissements comme de l'ASIP.

La Cour avait souligné en 2008 que « la CNAMTS est le maître d'ouvrage du futur modèle de poste de travail, sans qu'un accord explicite ait été formalisé pour ce faire entre le ministère, la caisse et leurs autres partenaires », et recommandé de « créer une fonction d'expertise nationale et autonome pour la normalisation et les référentiels en informatique de santé » en subordonnant « le financement de téléservices et de plates-formes de services à leur conformité (...) aux cadres nationaux de référence »<sup>30</sup>.

Ni la CNAMTS ni, en temps utile, le ministère n'ont activement donné suite à cette mise en garde.

---

<sup>29</sup> Une des divergences porte sur le sujet, pourtant ancien, de gestion des cartes CPS et Vitale, pour les téléservices accessibles par Internet. Un exemple est l'utilisation d'un côté par l'assurance maladie, pour son « Espace Pro », d'un composant spécifique (SRVSVCNAM), inconnu hors du dispositif Sesam Vitale, installé sur le poste de travail de l'utilisateur pour le traitement des feuilles de soins électroniques (GALSS, lecteur bi-fente), pendant que, de l'autre côté, l'ASIP a choisi des standards internationaux, avec des fonctionnalités cryptographiques intégrées dans les navigateurs Web (via la CPS) et l'usage « d'applets Java ».

<sup>30</sup> Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, Chapitre VII, L'accès en ligne aux dossiers médicaux, pages 233 et suivantes, septembre 2008.

Le ministère observe que la CNAMTS, administrateur du GIP, n'a jamais contesté la pertinence globale du cadre d'interopérabilité, objet d'un consensus avec les industriels au terme d'une large concertation conduite en 2009. Il ne dispose pas de l'expertise technique permettant d'apprécier la nature et l'impact des éventuelles divergences entre ces deux cadres, dont un premier recensement a été effectué par l'ASIP à la demande de la Cour. Il présume qu'elles sont limitées à des options de court terme d'évolution du poste de travail et de mise en œuvre de téléservices, sans hypothéquer une convergence à plus long terme. Mais à ce stade, la complexité du poste de travail de professionnel de santé est aggravée par l'absence de documents communs à l'assurance maladie et à l'ASIP pour décrire les configurations possibles résultant de leurs divergences.

Des incompatibilités entre ces développements séparés en dégraderaient encore l'usage comme leur perception par les professionnels de santé que ces deux acteurs entendent mobiliser. Leurs réflexions sur d'autres évolutions sont conduites séparément sans qu'un mode de coordination ait été formalisé. Les avatars précédents du DMP et la polémique ancienne entourant les choix de l'assurance maladie relatifs au poste de travail auraient pu inviter à une coordination dès les décisions ministérielles de 2009. Cela aurait permis d'adopter en temps utile un cadre unique promulgué à moindres frais, et d'éviter des situations telles que celles d'industriels tirant argument de divergences pour différer la mise à jour de leurs produits concernés, donc l'impact des investissements ainsi financés par l'assurance maladie pour le DMP et les téléservices, ou pour en augmenter le prix.

Le ministère a engagé tardivement la CNAMTS, le GIE SESAM-Vitale et l'ASIP à rechercher les voies d'une convergence aussi rapide que possible sur ce point comme sur les choix techniques en matière d'évolution des architectures de systèmes d'information et de spécifications des téléservices. Aucun document ni courrier n'a pour autant encore été établi à cet effet, mais une étude menée par la CNAMTS et le GIE SESAM Vitale, dont les premières conclusions montreraient qu'il n'y a pas d'écarts significatifs entre cadres d'interopérabilité, est annoncée pour la mi-2012. La DSSIS prévoit de traiter ce sujet dans son futur plan stratégique, donc quelque cinq années après les recommandations de la Cour.

Début 2012, la délégation à la stratégie des systèmes d'information a aussi engagé une réflexion, en liaison avec la direction générale de l'offre de soins, sur l'intérêt de la mise en œuvre d'une procédure d'homologation, voire, à terme, de certification des logiciels médicaux en exercice hospitalier (dans le cadre du programme « Hôpital numérique »)

mais également en exercice libéral. L'objectif est d'orienter la demande vers des logiciels respectant les normes et référentiels (d'interopérabilité, de sécurité, sémantiques...) rendus opposables par les pouvoirs publics<sup>31</sup>.

Elle annonce une concertation auprès des professionnels et des établissements de santé, ainsi qu'auprès des industriels de l'informatique de santé. Une telle approche est notamment cohérente avec l'un des objectifs de la convention médicale du 26 juillet 2011 précitée.

Cette mise en œuvre par le ministère, également tardive, des recommandations de la Cour en ce domaine suppose que les normes concernées soient rigoureusement unifiées, sauf à engendrer aux dépens de l'assurance maladie comme de ses partenaires de nouvelles dépenses redondantes ou d'impact éphémère.

#### **IV - Le report de l'évaluation médico-économique**

Une autre source d'incertitude affectant les coûts provient du report à une échéance encore non fixée de l'évaluation médico-économique des dépenses déjà effectuées ou programmées.

##### **A - Le versement de subventions « à l'usage »**

S'agissant des établissements, le ministère a introduit à partir de 2012, dans le programme « Hôpital numérique », le versement de subventions « à l'usage » sur la base d'indicateurs de réalisation et d'utilisation des investissements subventionnés, qui est de nature à y développer une culture du résultat. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux (ANAP) promeut à cet effet des méthodes d'évaluation, des bonnes pratiques, des outils d'analyse de la valeur et de gestion des portefeuilles de projets. Elle a toutefois cessé toute implication spécifique au DMP et n'a pas d'outils d'évaluation médico-économique des dispositifs de dossiers de patients qui devraient à terme converger avec lui. Le ministère n'a pas encore conditionné les financements par l'assurance maladie à la conformité aux bonnes pratiques ainsi diffusées.

---

<sup>31</sup> La sécurité des systèmes d'information de santé et du domaine médico-sociale a de même fait l'objet de dispositions éparées et inégalement coordonnées, sans que leur coût soit identifié. La secrétaire générale du ministère du travail et de la santé a chargé en 2011 la DSSIS d'élaborer une politique générale en ce domaine, et l'ASIP d'en assurer la maîtrise d'ouvrage opérationnelle.

## B - L'absence d'outil prospectif

Aucune dépense significative n'a autrement été récemment engagée pour que le ministère ou l'ASIP disposent d'instruments de mesure appropriés. Des estimations avaient précédé l'adoption législative du principe du DMP puis accompagné la création du GIP (un, voire « *trois milliards d'euros par an* »). Elles n'ont pas été étayées par des outils permettant de les vérifier.

Comme la Cour l'a rappelé en 2008, le ministère avait annoncé lors de la création du GIP DMP qu'une indication précise des économies attendues serait faite lors de la phase expérimentale, et il avançait que, « *les investissements initiaux étant peu importants, on peut espérer des effets financiers rapides* »<sup>32</sup>. L'ANAP a, elle, relevé en 2010 que dans les établissements de santé « *le gain net n'apparaît que tardivement car il est lié à l'adoption des outils par les professionnels et aux transformations organisationnelles qui en découlent. En moyenne, les gains nets apparaissent 4 ans après le début du projet et au moins 8 ans pour les dossiers patients électroniques* »<sup>33</sup>. Il sera donc utile que l'évaluation de « *la création de valeur par les systèmes d'information de production de soins* » annoncée en mai 2012 par la DGOS dans le cadre du « programme de recherche sur la performance du système de soins » porte notamment sur l'impact conjugué du DMP et des DPI. Les résultats en sont attendus en 2016.

Quatre ans après les observations de la Cour, les objectifs du DMP ont été confirmés<sup>34</sup>, mais les indicateurs pluriannuels de moyens et de produits n'ont pas encore été construits, aucun indicateur d'économies ou de gains de performance n'a été adopté, ni pendant des expérimentations limitées, ni depuis la mise en place du DMP national.

Le GIP considère impossible d'estimer précisément à ce stade les économies et gains en termes d'efficacité du système de soins pouvant découler de l'usage du DMP, y compris en milieu hospitalier. Des résultats ne pourront en effet être évaluables qu'une fois atteint un nombre significatif de DMP, d'alimentation en données et de

---

<sup>32</sup> Cour des comptes, 2008, op. cit., page 236.

<sup>33</sup> ANAP, Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé, 2010, page 20.

<sup>34</sup> Les objectifs clés étant une meilleure coordination des soins, une amélioration de la qualité des soins dispensés et une meilleure information des assurés.

consultations<sup>35</sup>. Il n'en est pas moins nécessaire de s'y préparer en mettant en place une méthode durable, d'autant que la CNAMTS considère, elle, qu'une étude peut commencer, en l'accompagnant de corrections ultérieurement

Le GIP avait obtenu de la HAS en 2006 des propositions en vue de mesurer l'« *évolution de la fréquence des événements indésirables, hors iatrogénie médicamenteuse dont la redondance, concomitants à la mise en œuvre du DMP* » (annexe 9). Il n'y a été donné aucune suite.

Il est pressant désormais de mettre en place, avec une grande rigueur scientifique, une méthodologie et une base de données permettant de mesurer une trajectoire d'économies et de gains de performance, comme l'ordre des pharmaciens s'est employé de son côté à le faire.

### **C - Les économies éventuelles**

Au moment du lancement du DMP, plusieurs régions utilisaient déjà leurs propres systèmes de dossiers médicaux régionaux (DMR) ou de réseaux par spécialité médicale, qui ne sont pas entrés dans le champ d'intervention du GIP. Ces systèmes souvent incompatibles sont progressivement remplacés par le DMP, à quelques exceptions près à ce stade, telles que le dispositif rhônalpin mentionné par ailleurs.

Une économie d'échelle devrait être obtenue du fait de la disparition de doublons de développement et de gestion, le DMP reposant sur un unique hébergeur national.

La mise en œuvre au niveau national du DMP devrait contribuer directement à la réduction des coûts postaux et des temps de communication. Nombre de résultats et d'informations aux patients continuent à circuler par courrier, ce qui est onéreux (et aisément estimable), voire conduit à différer des traitements dont la prescription est retardée de ce fait. Un nombre croissant de professionnels de santé utilisent une messagerie sécurisée, dont l'ASIP prépare par ailleurs la généralisation à des normes appropriées, mais ces solutions sont également chronophages par rapport à un basculement de document dans un DMP sur un simple clic.

---

<sup>35</sup> La même lacune affecte les dossiers informatisés de patients hospitalisés, l'historique des remboursements de la CNAMTS et le dossier pharmaceutique. Comme indiqué, l'ordre des pharmaciens s'est doté depuis peu d'un comité d'évaluation.

Dans le sondage IPSOS 2011 cité ci-après, 86 % des médecins interrogés sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'hypothèse que le DMP permettrait d'« éviter les redondances d'examens ou de prescriptions ». L'enregistrement des informations clés d'un patient dans un DMP, auxquelles auraient accès tous les professionnels de santé impliqués dans son parcours de soins, réduirait la répétition de procédures médicales et les doublons d'ordonnances. L'assurance maladie, comme les patients pour les dépenses qui restent à leur charge, bénéficieraient ainsi d'un retour concret et effectif sur investissement.

Il apparaît urgent d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole d'évaluation des effets du DMP sur ce point crucial.

### **D - Les gains de performance professionnelle**

L'étude des gains potentiels pour les patients, notamment en années supplémentaires de vie en bonne santé, n'a pas davantage été préparée. L'ASIP a certes identifié des gains non strictement liés aux économies financières, qui pourraient avoir un impact important sur l'efficacité des professionnels de santé, faisant ainsi réaliser indirectement des gains financiers. En l'absence de données concrètes, elle ne dispose cependant que de sondages d'opinion auprès des professionnels, dont un exemple au niveau international est cité plus loin.

### **V - L'absence persistante de stratégie d'ensemble**

Le défaut de suivi des dépenses engagées, la multiplication d'expérimentations sans lendemain jusqu'en 2008, le recoupement partiel des dépenses entre dossier pharmaceutique, historique des remboursements et DMP, souligné sans résultat par la Cour en 2008, la production parallèle de deux normes d'interopérabilité, le retard pour définir une méthode d'évaluation socio-économique, qui constitue une anomalie majeure, traduisent, parmi de multiples autres insuffisances, l'absence de stratégie de l'État. Les échecs et retards successifs du projet de DMP sont pourtant, et de longue date, considérés par le ministère comme révélateurs des insuffisances du pilotage et de la gouvernance de la politique publique en matière d'informatisation du système de santé.

En réponse aux constats et recommandations de la Cour sur ce point, la ministre chargée de la santé avait notamment exprimé en 2009 sa détermination de « renforcer la gouvernance dans le domaine des systèmes d'information de santé, pour définir la stratégie d'ensemble, le calendrier, les moyens nécessaires, et le rôle de chacun », et de

« relancer le dossier médical personnel en se fixant un calendrier réaliste, et en donnant à l'ASIP la pleine responsabilité de sa mission, dans un cadre clarifié et précis »<sup>36</sup>.

Les difficultés qui perdurent et qui ont été relevées dans le cadre de la présente enquête appellent donc, comme le GIP le préconise depuis 2005, une convergence étroite des politiques mises en œuvre par l'État, l'assurance maladie et leurs opérateurs respectifs pour favoriser la coordination des soins à travers les technologies numériques. Les conditions n'en avaient pas jusqu'ici été réunies par le ministère, mais la mise en place de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé fin 2011 pourrait y contribuer.

Après d'autres tentatives, un séminaire du conseil d'administration de l'ASIP a une nouvelle fois esquissé des éléments d'une telle stratégie d'ensemble en mars 2012, qu'il incombe à la délégation, après les missions qui l'avaient précédée avec la même ambition, d'élaborer et de piloter fermement dans sa mise en œuvre.

---

#### CONCLUSION

---

*Sept ans après le démarrage des recherches et expérimentations relatives au DMP, force est ainsi de constater que de nombreuses incertitudes demeurent sur les coûts et les bénéfices en résultant, faute qu'aient été encore construits les outils d'une évaluation rigoureuse de son impact. La France n'est certes pas en retard à cet égard par rapport à d'autres pays, et la montée en charge du DMP permettra de disposer sans doute à compter de 2014 d'une base de données suffisante pour des analyses plus précises. Encore faut-il qu'à l'instar de certains pays, le DMP s'inscrive dans une stratégie d'ensemble, claire, cohérente, continue et fermement pilotée, seule à même de permettre de dégager les gains escomptés.*

---

---

<sup>36</sup> Cour des comptes, op. cit., 2009, page 148.



## Chapitre IV

### Comparaisons internationales

Le ministère a souligné à la Cour que « *la nécessité de disposer d'un dossier patient électronique afin d'améliorer la coordination des soins et les pratiques médicales coopératives, en permettant en particulier de réduire le nombre d'actes redondants ou contraindiqués et d'augmenter le temps médical disponible au service du patient, s'impose comme une évidence dans tous les pays développés* ». La Cour a en conséquence examiné si des comparaisons sont possibles entre le DMP mis en place en France et les expériences menées ce domaine dans d'autres pays.<sup>37</sup>

Des comparaisons de coûts sont difficiles, notamment en raison de contextes institutionnels, culturels et méthodologiques souvent très différents, et prématurées, aucun dispositif de DMP n'étant encore pleinement développé.

Cependant, le tableau 13 ci-après montre qu'en France (colonne 2) comme ailleurs (colonne 1), les attentes sont, quant à elles, fortement similaires et les données recueillies confirment l'analyse précitée du ministère. Des publications médicales anglo-saxonnes, notamment, vont dans le même sens.

---

<sup>37</sup> Cette partie a bénéficié du concours des conseillers sociaux auprès des ambassades de France dans plusieurs des pays cités. L'Organisation mondiale de la santé a recensé 26 pays dotés d'un dispositif de DMP interopérables dans : OMS, Atlas e-Health Country Profiles, Genève, 2009, après enquête auprès de 114 pays.

**Tableau n° 13 : Sondage dans huit pays, nouvelles technologies**

<i>Selon vous, les nouvelles technologies ont-elles un impact positif, négatif, pas d'impact, sur les 10 aspects suivants ?</i>	Pourcentage					
	Positif		3. Négatif	4. Pas d'impact	5. Ne savent pas	Total
	1. Tous pays	2. France				
Meilleur accès des données de qualité pour recherche clinique	71	72,3	2	18	9	100
Meilleure coordination entre établissements et/ou services	69	59,8	2,5	20	8,5	100
Amélioration des processus	68	68,7	2	20	10	100
Réduction des erreurs médicales	67	69,3	3	21	9	100
Meilleure qualité des décisions de traitement	64,5	62,2	2	26	7,5	100
Amélioration des diagnostics	62	58,0	2,5	25,5	10	100
Meilleur résultat pour la santé des patients	60,5	62,9	2,5	27	10	100
Accès plus rapide aux soins	57	58,6	5	28	10	100
Diminution du nombre d'interventions ou procédures inutiles	54,5	41,6	3,5	30	12	100
Diminution du risque d'actions en justice	49	40,0	7	30	14	100

Source : sondage Accenture, août-septembre 2011, 3 727 médecins (200 médecins à Singapour, 500 médecins dans chaque autre pays).

L'opinion internationalement répandue est que de nombreux facteurs militent en faveur d'un retour significatif sur investissement, en gains tant financiers qu'en années supplémentaires de vie en bonne santé. Les dépenses directes et indirectes effectuées ont notamment, comme en France, pour objectif d'en rendre crédible l'hypothèse.

## I - Des attentes similaires chez les médecins de plusieurs continents

Un sondage effectué en 2011 pour le groupe ACCENTURE permet de comparer, entre médecins de huit pays de plusieurs continents, la perception des nouvelles technologies sur des usages coïncidant largement avec ceux attendus du DMP. La France était alors le seul de ces pays à disposer, depuis peu, d'un DMP national. Malgré cet atout, la perception qu'en ont les médecins interrogés n'est meilleure en France que sur la moitié des usages ou impact évoqués : il n'y a pas globalement de différences significatives.

Il n'y a notamment pas, globalement, d'écart notable avec la perception du sujet par les médecins d'Angleterre, où un DMP assez proche est progressivement mis en place, comme on le verra plus loin :

**Tableau n° 14 : Perception d'un impact positif, par pays**

« <i>Impact positif</i> », par pays	FRANCE	Australie	Canada	Angleterre	Allemagne	Singapour	Espagne	États-Unis
Meilleur accès à des données de qualité pour la recherche	72,3	67,3	61,0	71,4	68,1	69,1	81,8	57,5
Réduction des erreurs médicales	59,8	63,9	60,0	64,9	59,7	60,3	71,7	55,2
Meilleure coordination entre établissements et/ou services	68,7	59,9	58,2	67,1	72,6	62,3	82,2	57,9
Amélioration processus	69,3	53,5	58,2	62,9	78,2	58,8	82,0	56,6
Meilleure qualité des décisions	62,2	57,1	54,6	64,7	64,7	66,7	73,9	46,7
Meilleur résultat pour la santé des patients	58,0	60,5	56,2	61,6	55,4	65,2	67,3	44,6
Amélioration des diagnostics	62,9	55,5	53,4	62,7	67,1	67,6	71,7	45,1
Diminution du nb d'interventions ou procédures inutiles	58,6	44,3	47,8	52,0	57,3	68,6	62,7	40,3
Accès plus rapide aux soins	41,6	47,5	39,0	55,3	66,7	65,2	64,9	41,0
Diminution du risque d'actions en justice	40,0	49,1	37,0	44,1	32,5	55,9	53,3	31,7
<b>Score moyen</b>	<b>72,3</b>	<b>55,8</b>	<b>52,5</b>	<b>60,7</b>	<b>62,2</b>	<b>64,0</b>	<b>71,1</b>	<b>47,7</b>

Source : sondage Accenture, août-septembre 2011, 3 727 médecins (200 médecins à Singapour, 500 médecins dans chaque autre pays).

## II - Le développement de dispositifs de DMP à l'étranger

### A - Allemagne

Le système de santé allemand est décentralisé au profit des *Länder* et s'organise autour des caisses d'assurance maladie locales et indépendantes. Une loi pour la modernisation de l'assurance maladie obligatoire a néanmoins prévu en 2004 les fondements de la télésanté et un identifiant national du patient avec une carte de santé électronique. Le DMP, *elektronische Gesundheitsakte* (eGA), n'est pas obligatoire. Il est

mis en œuvre par la caisse d'assurance maladie régionale de chacun des 16 Länder si elle décide de le proposer à ses assurés. L'eGA conserve l'ensemble des données relatives à un patient (y compris actes de kinésithérapie ou prescriptions diététiques). Elles sont accessibles par le patient et les professionnels de santé, de manière sécurisée. L'Allemagne n'en a pas chiffré les dépenses. Elles sont estimées par assuré entre 20 à 100€. L'eGA est géré de manière autonome par chaque caisse, sans être interopérable entre les Länder. Il s'ajoute à l'*elektronische Patientenakte* (ePA), dossier électronique du patient interne à chaque prestataire de soins et dont le patient a le droit de demander communication, droit qui en pratique n'est guère exercé. Des Länder ont commencé le déploiement de la carte de santé électronique et l'installation de lecteurs dans les établissements de santé en 2011.

## B - Angleterre

L'Angleterre a lancé en 2002 un programme national d'informatique de santé. Son montant, initialement estimé à 11 Mds £ a depuis lors été réduit. La part directement affectée à des DMP régionaux est estimée à 180 M€ (valeur 2005) pour la période 2005-2012, auxquels il conviendrait d'ajouter une quote-part des dépenses d'infrastructure informatique d'ensemble. Treize millions de DMP étaient ouverts à fin mars 2012, sur des bases plus limitées que le DMP français.

### 1 - Historique du NPFiT

Le programme national informatique (*National Programme for IT*, NPFiT) est réputé avoir été le plus ambitieux du monde, avec une estimation initiale de 11 Mds £ pour un champ beaucoup plus large que le DMP. Il a été récemment affecté par des réductions budgétaires.

Il a été lancé en Angleterre en 2002 par une agence du ministère de la santé, *NHS Connecting for Health*. Son champ est beaucoup plus étendu que celui du DMP. Le réseau central - le *Spine* (la colonne vertébrale) - devait fédérer à bref délai d'importants modules informatiques :

- *Summary Care Record (SCR)* – dossier de synthèse, avec un contenu équivalent à celui du DMP ;
- *Detailed Care Record (DCR)* – dossier médical détaillé, équivalent du dossier français non interopérable de patient hospitalier (voire d'une partie du DMP quand il sera pleinement développé) ;
- *Choose and Book* – la prise de rendez-vous par internet ;

- *Electronic Prescription Service* – la transmission électronique des prescriptions aux pharmacies ;
- *NHSmil* - la messagerie électronique universelle et sécurisée.

## 2 - L'équivalent anglais du DMP : le SCR

Le programme a été considérablement étalé dans le temps et réduit, notamment en termes d'interopérabilité, mais la mise en place du SCR se poursuit. Son concept initial incluait les comptes-rendus du médecin traitant, ainsi que d'autres comptes-rendus et synthèses de soins : soins d'urgence, soins en dehors des heures ouvrables, consultations avec les spécialistes et correspondances importantes. Ce dossier aurait été disponible au niveau national et automatiquement ouvert pour chaque patient.

Du fait d'interrogations sur l'usage et la sécurisation des données, cette vision initiale n'a été bien accueillie ni par les groupes de professionnels de santé, ni par les groupes de patients. Le débat a culminé en 2010, quand le nouveau ministre de la santé a ouvert une enquête sur le contenu du dossier et le consentement du patient. La conclusion, reproduite dans une lettre ouverte au ministre le 7 octobre 2010, a entraîné un changement considérable pour le SCR.

La principale décision a été de n'utiliser les SCRs en dehors du poste de travail du médecin traitant que dans les situations d'urgence, et de conférer au patient un rôle plus actif dans l'usage de son dossier.

Désormais, le principe de l'« *informed implied consent* » - le consentement éclairé implicite - signifie qu'un SCR ne peut être créé qu'après qu'il ait été notifié au patient, au moins 12 semaines en avance, l'intention de son médecin traitant (le *general practitioner*, GP) de le faire. Cette notification doit prendre la forme d'une lettre personnalisée accompagnée d'un formulaire d'exclusion. Elle doit inclure une explication claire des choix du patient et de sa liberté de se désengager. Le logiciel du GP crée automatiquement le SCR une fois le délai expiré sans refus du patient, et édite de même les courriers lui proposant un SCR ou lui en confirmant l'ouverture.

#### Dossiers résumés et détaillés

**Dossiers résumés (SCR) :** médicaments, allergies et effets médicaux indésirables, données accessibles à tous les médecins et infirmiers du NHS qui traitent le patient en Angleterre. Elles sont téléchargées directement du logiciel du GP (médecin traitant), les autres personnels ne pouvant alimenter le dossier. Le GP garde le droit (rarement utilisé) d'enregistrer plus d'informations avec le consentement exprès du patient : cette option utilisée à ce jour par un patient sur cent, l'objectif primordial est la création du maximum de SCRs.

**Dossiers détaillés (DCR) :** toutes les informations médicales d'un établissement de santé sur le patient, accessibles au GP du patient ainsi qu'au sein de son hôpital local dans le cas où il y serait pris en charge. Le partage régional des données par la création des liens entre les établissements permettra de créer un seul dossier détaillé. Chacune des trois régions d'Angleterre aura son propre réseau DCR. Il ne sera pas interopérable *entre* elles. Donc, un patient pourrait avoir deux ou trois DCR s'il a reçu des soins dans chacune.

### 3 - Les caractéristiques-clés du SCR

Le logiciel du GP doit être compatible avec le SCR. Quatre fournisseurs principaux de logiciels de professionnel de santé couvrent 95 % des cabinets de médecin. Tout logiciel compatible avec le SCR bascule automatiquement, de nuit, les données (création, alimentation), par un réseau privé (pas de connexion par Internet) sur la base de données nationale. Un élargissement du contenu sera envisagé une fois atteint un niveau de confiance suffisant dans le système (au niveau public et professionnel).

Selon un rapport de l'équivalent anglais de la Cour des comptes, le *National Audit Office* (NAO), le coût global du projet SCR s'élève à 150 millions de livres sterling, soit 180 M€<sup>38</sup>. Cette estimation inclut les éléments suivants pour l'investissement initial correspondant à l'ouverture de 50 millions d'usagers :

---

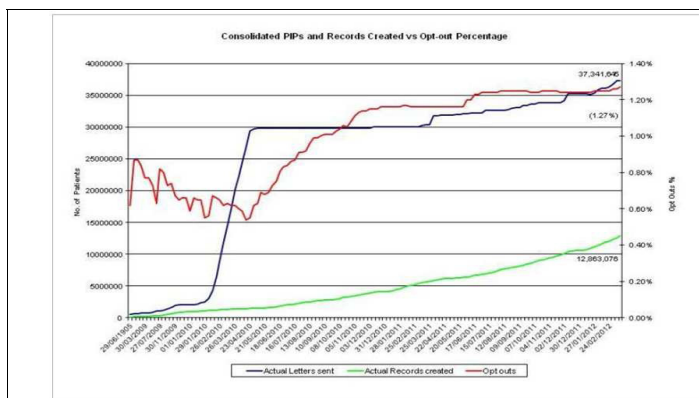
<sup>38</sup> National Audit Office, « *The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems* », Londres, HC 888 Session 2010-2012, mai 2011. Le coût global du *Spine* (aux prix de 2004-05) y est estimé à 902 millions de livres sterling.

- Une partie des coûts du *Spine*, selon une clé de répartition non publiée et donc sans comparaison exacte avec le DMP français ;
- L'envoi de lettres à 37 millions d'anglais (sur 50 millions), avec une interruption de mars 2010 à février 2011, le temps de lever des incertitudes sur l'usage des données et le consentement du patient ;
- Le remplacement ou la mise à niveau des systèmes des 34 000 GPs ;
- Le coût de l'équipe centrale des experts ;
- Les coûts de formation.

Le déploiement du SCR étant toujours en cours, les coûts exacts ne sont pas encore disponibles. Les frais de maintenance du système ne sont ni inclus ni précisés, mais ne devraient pas être trop élevés. A la différence de l'analyse *supra* du DMP, les coûts indirects du SCR ne sont pas jugés très importants.

L'expérimentation du SCR actuel a débuté en mars 2007 et sa généralisation, fin 2008. Au 23 mars 2012, les chiffres cumulés étaient :

**Tableau n° 15 : Nombre de SCR créés au 23 mars 2012**



Source: NHS Connecting for Health, 23 mars 2012. En bleu : lettres de proposition d'ouverture. En vert : SCR ouverts. En rouge : refus de SCR (% , échelle de droite).

#### 4 - Comparaison entre le DMP et le SCR

Élément	DMP	SCR
Coût	210 M € à fin 2011 <sup>39</sup>	180 M € (150 M £)
Unités de compte	Euros courants 2005-2011	Euros 2004-2005
Usagers potentiels	65 M	52 M
Dossiers ouverts, fin mars 2012	0,1 M	13,1 M
Consentement du patient	Le DMP est un dispositif auquel il faut s'inscrire.	Inscription automatique au SCR avec possibilité de s'en faire radier.
Fournisseurs du logiciel compatible	Plusieurs dizaines d'éditeurs homologués ou demandant à l'être.	4 éditeurs couvrent 95 % des cabinets de médecin.
Alimentation en données	Manuelle, par internet ou cliquant dans le logiciel professionnel	Automatique par le logiciel compatible.
Alimentation - qui a le droit de le faire ?	Chaque professionnel de santé, en ville ou en établissement, France entière, sur présentation de la carte Vitale	Seulement le médecin traitant.
Informations enregistrées	"les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge..." (Article L1111-16).	Médicaments récents, allergies, effets médicaux indésirables, enregistrés automatiquement. Informations supplémentaires téléchargées par le GP avec le consentement exprès du patient.
Consultation	En tous lieux sur présentation de la carte Vitale du patient, ou sans son accord en cas d'extrême urgence. Dispositif national et unique.	Tous professionnels NHS, avec la présence et l'accord du patient, ou sans son accord en cas d'extrême urgence. Le pays est divisé en trois régions, sans interopérabilité.

<sup>39</sup> Hors partie hospitalière non subventionnée par l'ASIP.



Entre 2008 et le 23 mars 2012, 13 120 842 SCR ont été créés, sur 37 millions de patients ayant reçu une lettre le leur proposant ; 1,27 % ont refusé. Sur un total de 8 230 cabinets<sup>40</sup>, 1 924 en ont créés<sup>41</sup>

De prime abord, les coûts directs des deux dossiers sont assez comparables. Estimer leur coût comparatif par habitant serait prématuré, mais il paraît être du même ordre. Toute comparaison demeure toutefois partielle et prématurée. Ainsi, les coûts du DMP sont ceux cumulés à fin 2011 en euros courants, tandis que les coûts du SCR sont des prévisions valeur 2005 pour atteindre la cible de 50 millions de dossiers ouverts. La part du *Spine* affectée au SCR demeure inconnue, ce qui interdit toute comparaison de coût d'infrastructure et d'hébergement.

L'inscription au SCR est automatique (le patient peut s'en faire radier) et non pas sur demande. Le champ et l'usage du SCR sont plus limités que celui du DMP. Enfin, l'organisation du système de soins anglais est radicalement différente du système français.

## C - Autriche

En Autriche, a de même été créé fin 2009 un *elektronische gesundheitsakte* (ELGA) national, dans le but de relier l'ensemble des acteurs impliqués dans la prestation de services de santé (l'État fédéral, les Länder et l'assurance maladie).

## D - Canada

Le Canada a affecté en 2009 quelque 350 M€, sur plusieurs années, à 193 projets. La moitié d'entre eux concerne, directement ou indirectement, de futurs DMP provinciaux, expérimentés à partir de mars 2012 et destinés à être interconnectés nationalement à une date encore non précisée. Le nombre de DMP accessibles à distance n'est pas encore connu. Dans le cadre d'un INFOROUTE SANTE - approche globale de l'informatique au Canada - chaque province et chaque territoire développe et actualise son propre système de dossiers de santé électroniques (DSE) de manière à ce qu'il soit uniforme entre ses collectivités. Chaque province et chaque territoire ont leurs propres priorités en soins de santé, mais avec l'objectif commun qu'un jour, à une échéance encore non fixée, chaque Canadien se déplace avec une

---

<sup>40</sup> Selon le *British Medical Journal* [http://www.bma.org.uk/press\\_centre/pressgpgs.jsp](http://www.bma.org.uk/press_centre/pressgpgs.jsp)

<sup>41</sup> <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/scr/staff/aboutscr/benefits/scrkey>

information complète sur sa santé, quel que soit l'endroit au pays où il recevra des soins.

Cinq cent millions de dollars ont été accordés à *Inforoute* dans le cadre du Plan d'action économique du gouvernement du Canada en 2009, avec 193 projets subventionnés en 2011, couvrant comme en Angleterre un champ très large :

- Registres provinciaux (20 projets) et interconnectés au niveau fédéral : répertoire des patients ; répertoire des professionnels de santé participant ;
- Systèmes d'imagerie diagnostique (24)
- Systèmes d'information sur les médicaments (17, dont un déjà en service dans la province de l'Île du Prince Édouard), avec vérification des risques d'allergies et d'interactions médicamenteuses
- Systèmes d'information de laboratoire (5)
- DSE interopérable (20) : affichage intégré et sécurisé de l'ensemble des dossiers médicaux d'une personne, provenant de tous les systèmes du réseau ; une vue globale des antécédents médicaux d'un patient, en quelques dizaines d'indicateurs (types de diagnostics, d'interventions depuis l'origine, professionnels consultés, médicaments récents avec posologie, sept analyses biologiques).
- Télésanté (49)
- Surveillance de la santé publique (8)
- Innovation et adoption
- Infostructure (8) : architecture et systèmes d'interopérabilité
- Accès à des soins de qualité (8) : portails d'autogestion des soins, notamment de maladie chronique.
- Solutions de santé grand public (aucun projet subventionné à fin 2011).
- Dossier médical électronique et Intégration (6) : cofinancement fédéral et provincial, dispositif interconnectant en mars 2012 les postes de travail d'une première base de 9 000 cabinets médicaux.

Le Québec a ainsi mis en place le DSQ (dossier de santé Québec) dans les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et de Lanaudière, avec trois domaines : médicament, laboratoire et imagerie. Ces domaines sont alimentés par les pharmacies communautaires, les laboratoires de biologie et ceux d'imagerie des établissements publics qui participent au projet dans ces régions, sans égard au fait qu'une personne ait ou non refusé d'avoir un DSQ.

Le « dossier local » y est tenu là où le patient a reçu des prestations. Il peut être électronique en partie ou en totalité, avec l'application de pharmacie communautaire, le dossier clinique informatisé (DCI) d'un établissement ou le dossier médical électronique (DMÉ) notamment en clinique privée. Les données sont conservées dans des dépôts supra régionaux ou provinciaux sécurisés, sous la responsabilité d'organismes publics. L'utilisation en est restreinte aux pharmaciens et équipes les ayant délivrées, selon des profils variables. Les données ne sont communicables à des tiers sans le consentement du patient que dans les cas prévus par la loi. En cas de refus d'une personne d'avoir un DSQ, les données demeurent inaccessibles. Chaque personne peut prendre connaissance de son DSQ, en obtenir une copie, connaître la liste des intervenants qui y ont accédé, demander des rectifications et de porter plainte. Estimer un coût comparatif par habitant serait prématuré.

Dans la seule province du Québec, les dépenses engagées s'élevaient fin décembre 2010 à 308 millions de dollars canadiens, soit 55 % du budget initial. La Vérificatrice générale du Québec – qui dirige l'équivalent québécois de la Cour des comptes – a conclu en 2011 que ce budget risquait d'être dépassé et que « *le projet sous sa forme définie à l'origine n'existe plus et, en ce sens, est un échec. Ainsi, l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux ne repose plus sur un partage d'informations entre toutes les régions du Québec au moyen du même outil informatique tel qu'il a été conçu et appelé au départ, le DSQ. Le ministère a changé de stratégie pour permettre, avec des outils informatiques différents, le partage d'informations entre des sites d'une même région d'abord, reportant ainsi l'interopérabilité provinciale. Il n'est pas étonnant que le ministère en reporte encore l'échéance et qu'il indique seulement que l'informatisation du réseau ne sera pas terminée avant 2016* »<sup>42</sup>.

#### **Une clé USB annoncée**

Un éditeur québécois a publié en 2011 un carnet de santé sous forme de livre, et annoncé des versions électronique « statique », à imprimer, et « dynamique », à remplir avec un ordinateur et transportable dans une clé USB. Elles n'étaient pas encore disponibles au printemps 2012<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011, Tome II, chapitre 3, Vigie relative au Dossier de santé du Québec, paragraphe 3.48.

<sup>43</sup> Nicole Marcil-LeRoyer, MON CARNET DE SANTE : AIDE-MEMOIRE CONFIDENTIEL, Austin (Québec), Editions Berger Inc., 2011, 72 pages.

## E - États-Unis

Trois volets ont été sommairement examinés sur place par la Cour, en marge d'autres travaux. En premier lieu, le ministère des anciens combattants a récemment mis en œuvre un DMP national pour ses seuls bénéficiaires. Ce dispositif comportait 1 081 DMP actifs à fin mars 2012, et 38 400 patients ayant choisi d'en ouvrir un à brève échéance. Ce dispositif est destiné à s'intégrer à partir de 2014 à un DMP commun avec le ministère de la défense (soit plus de 30 M de patients au total), puis au DMP national.

En second lieu, les États-Unis ont entrepris de mettre en œuvre un DMP national vers 2016. Plus d'un milliard d'euros avait été dépensé à fin 2011 pour en réaliser, étape par étape, les composants. Enfin, des offres commerciales de DMP rencontrent un succès inégal, y compris des propositions de DMP sur clé USB.

### 1 - La Veterans' Administration

Le ministère des anciens combattants dispose de 153 hôpitaux (0,9 M d'hospitalisations par an), 1 250 sites (78 M de consultations/an) et de 262 000 agents. Il a informatisé de longue date les dossiers de plus de 25 millions de patients hospitalisés ou ambulatoires (il dépense chaque année quelques 48 Mds € en soins à 6 millions de personnes, et autant en aide sociale, en pensions, en entretien des cimetières, etc.). Il transmet électroniquement les prescriptions de médicaments aux pharmacies.

Son programme informatique d'ensemble 2011-2015 s'élève à près de 10 Mds €<sup>44</sup>. Après avoir consacré 300 M\$ par an à l'informatique de santé au cours de la décennie écoulée, le ministère développe son dispositif de DMP pour les anciens combattants et leurs ayants-droits avec les étapes suivantes :

- Depuis plusieurs années, 25 millions de dossiers principalement pharmaceutiques (*My HealthVet Personal Health Records, PHR*) sont accessibles par Internet, y compris par leurs titulaires, qui peuvent les annoter (sans rien en effacer). Le système transmet automatiquement les ordonnances aux pharmacies par messagerie sécurisée (647 000 médicaments délivrés par jour ouvrable en 2011).

---

<sup>44</sup> [http://www.va.gov/budget/docs/report/2011-V-APAR\\_FullWeb.pdf](http://www.va.gov/budget/docs/report/2011-V-APAR_FullWeb.pdf), page

▪ Chaque site médical ou hospitalier de ce ministère est connecté à un réseau (*CVA Electronic Health Record, EHR*), qui partage les dossiers de patients. Ce réseau n'est pas accessible au secteur privé. Chaque jour ouvrable, quelque 6 millions de données y sont saisies (notes, lettres de sortie, comptes-rendus, caractéristiques vitales, images, rappels d'échéance médicale, aides à la décision...).

▪ Le président Obama a lancé le 9 avril 2009 un projet de DMP commun aux ministères des anciens combattants et de la défense. Après une tentative avortée de fusion de leurs deux dispositifs, un DMP unique est expérimenté depuis 2011, dans 12 sites-pilote, avec un registre national des titulaires de dossiers et une messagerie sécurisée.

▪ Fin mars 2012, l'expérience visait à terme 171 000 bénéficiaires ; l'ouverture d'un DMP avait été acceptée par 92,4 % des 42 773 assurés à qui elle avait déjà été proposée. A la même date, 1 081 DMP étaient alimentés par 350 professionnels et 91 DMP avaient été consultés par 39 professionnels. Il est prévu que soient en ligne en 2014 les données en matière d'allergies, d'effets indésirables et d'analyses biologiques.

▪ Une expérience a commencé en 2012, avec 21 052 dossiers de patients potentiellement ouverts par messagerie au secteur privé (154 sites, 822 professionnels libéraux exerçant en établissement ou non).

▪ Ce DMP concernerait à partir de 2016 plus de 20 millions de patients (un tiers d'anciens combattants, un tiers d'actifs de la défense et un tiers d'ayant-droits). Il comporterait également les données relatives aux prises en charge non médicales des anciens combattants (retraite, etc.) au sein du *Virtual Lifetime Electronic Network (VLER)*. Ce réseau sera accessible par le *Nationwide Health Information Network (NwHIN)*.

S'agissant des clés USB, le ministère a choisi de protéger tous ses sites contre les risques de vols de données ou d'attaques virales en les interdisant, au point d'obturer les ports USB des postes de travail.

## 2 - Le ministère de la santé

Le Congrès a lancé en 2009 avec le *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act)* un très ambitieux programme pluriannuel de développement de solutions informatiques. Il a affecté deux milliards de dollars à la réalisation d'un dispositif de DMP et de son environnement informatique. La coordination de ce programme a été confiée à une direction créée en 2004 auprès du ministre fédéral de la santé, le bureau du coordinateur national pour les technologies de l'information de santé.

Ce bureau (*Office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC*)<sup>45</sup> a reçu une base législative en 2009 dans le HITECH Act. Son budget de fonctionnement a été de 2009 à 2012 de l'ordre de 21 M€ par an, mais il serait réduit à moins de 5 M€ en 2013, date à laquelle ne subsisterait que la douzaine d'emplois permanents, après suppression d'une centaine de postes de consultants à durée déterminée. Il dispose d'un réseau de 350 organismes et de quelque 1 200 correspondants volontaires de tous horizons (ainsi, 350 de ces derniers étaient comme périodiquement réunis, à leurs frais, en avril 2012 à Washington).

Le tiers des crédits a été délégué dès 2010 à 62 prestataires, un peu plus d'un par État, qui gèrent chacun un centre régional de développement des technologies de l'information de santé, souvent doté de plusieurs antennes (*Health Information Technology Regional Extension Centers*). Leur mission était d'aider en deux ans un tiers des quelque 300 000 établissements ou professionnels assurant des soins primaires à s'informatiser, de manière à construire une base de gestion de DMP<sup>46</sup>. Jusqu'alors, les postes de travail informatisés n'avaient pour principal usage que la gestion administrative et comptable des prestations, mais quelque 150 groupements s'étaient déjà formés, avec un périmètre et des activités variables, les *Regional Health Information Organizations* (RHIO), sans normes ni DMP communs.

Déduction faite de 0,2 Mds \$ pour son propre fonctionnement, l'ONC a consacré près des deux-tiers des 2 Mds \$ à d'autres programmes : 19 expérimentations régionales (plus de 85 sites) de développement de l'informatique de santé, pour quelque 250 M\$ ; aides au développement de systèmes interopérables au sein des États ; plusieurs programmes de formation universitaire de plusieurs milliers de spécialistes de l'informatique de santé ; recherches multiples convergeant vers l'instauration du DMP ; incitations à une standardisation et une certification progressives (60 M\$)...

---

<sup>45</sup> [http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt/community/healthit\\_hhs\\_gov\\_\\_onc/1200](http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt/community/healthit_hhs_gov__onc/1200)

<sup>46</sup> Le contexte est très différent de celui de la France. Ainsi, les médecins américains ont tendance à faire de la rétention de données, dans un contexte concurrentiel où l'accès aux dossiers de patients peut procurer un avantage compétitif. Par ailleurs, le numéro de « sécurité sociale » ne peut être utilisé à des fins sanitaires : il sert à identifier les bénéficiaires de l'aide sociale et, plus largement, à sécuriser les transactions bancaires. Il devra donc être doublé d'un autre identifiant (comme le numéro INSEE français, dont l'utilisation n'est pas autorisée à des fins médicales, ce qui a conduit à l'article L.1111-8-1 susvisé prévoyant un identifiant national de santé).

*Trois phases d'ici 2016 et cinq niveaux de développement standardisé*

Le projet est organisé en trois phases se recouvrant progressivement. La première phase, lancée en 2010, porte sur l'informatisation des données par les prestataires de santé, sans normes nationales ni interopérabilité. La deuxième phase, amorcée au printemps 2012, a pour principal objectif d'inciter les industriels à développer des solutions interopérables et des normes régionales à cet effet. La troisième phase, à l'horizon 2016, introduirait un dispositif interconnecté de DMP dont les caractéristiques restent à définir.

L'approche a d'abord été totalement décentralisée, chaque acteur restant maître de ses choix technologiques. Mais cinq niveaux de développement standardisé sont prévus, qui devraient être définis d'ici 2014 puis expérimentés et validés d'ici 2016 :

- La standardisation terminologique devrait aboutir en 2014, avec quatre normes : SNOMED (version différente de celle acquise en France par le GIP), ICD-10-CM 2016, dont la dixième version est parue en 2012, norme pour les laboratoires d'analyse et Rx Norm pour la pharmacie.
- Le cadre d'interopérabilité sera le HL7, version 2 (en France, le GIP a adopté la version 3 en 2010), notamment pour les données biologiques. Les États-Unis n'ont pas d'organisme chargé de la mise en œuvre de HL7, alors qu'ils en ont été à l'origine et qu'ils siègent au conseil d'administration de l'organisation créée en 1987 pour le développer.
- Une norme de sécurisation des données, qui devrait être stabilisée en 2014 et généralisée en 2016, le protocole « https » étant introduit en 2013. Le Congrès a écarté tout projet d'hébergement unique et national. Aucun choix technologique n'est encore effectué.
- Un dispositif de services électroniques, notamment d'annuaires de prestataires et de patients, reste à définir, dans le cadre de la *National Strategy for Trusted Identities in Cyberspace* (NSTIC), le Congrès ayant refusé de financer un dispositif d'identifiant national de santé.

L'objectif est double. D'une part, les prestataires de santé sont incités au travers des programmes précités à développer un usage pertinent (*meaningful use*) des données, en vue notamment de prévenir les risques d'hospitalisation. L'ONC estime que le pourcentage des généralistes (*primary care*) informatisés est passé de 37 % en 2008 à 61 % fin 2011 (40 % et 53 % pour les spécialistes), et que leur pourcentage d'informatisation proprement médicale (prescription électronique, risques d'interactions médicamenteuses, rappels d'échéances médicales) est passé de 17 % à 38 % (spécialistes : 13 % en 2009, 19 % fin 2011).

D'autre part, il est prévu de renforcer la pertinence de l'offre des 635 fournisseurs de logiciels hors établissements (734 solutions), et 137 pour établissements (309 solutions). Leur nombre est le double de celui des fournisseurs français, mais pour une population presque quintuple. Aucune donnée n'existe quant aux réseaux déjà interconnectés, tels que ceux des groupes privés hospitaliers ou de programmes comme *Medicaid*<sup>47</sup>. Une expérience a coûté 1 Md \$ dans l'État de New York, mais elle a échoué.

Un système de requêtes standardisées est partagé entre une trentaine d'organismes publics (dont les ministères précités) et privés, concernant début 2012 environ 4 millions de patients. Par ailleurs, un entretien au Sénat américain en avril 2012 a permis de constater, qu'en liaison avec des parlementaires, des organismes tels que l'association nationale des gouverneurs ou une fondation privée ([www.e-healthpolicy.org](http://www.e-healthpolicy.org)) s'emploient à promouvoir ces technologies.

#### *Coopération internationale*

Les États-Unis dialoguent avec la Commission européenne en vue de l'adoption de normes communes en ce domaine. Ils ont aussi constitué un réseau avec l'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et Singapour afin d'accélérer la mise en œuvre des DMP.

#### *Contrôles internes et externes à l'ONC, et études*

Une particularité de l'ONC est qu'il s'est doté en 2009 d'une cellule de contrôle interne d'un puis de trois agents. Ces derniers ont effectué des contrôles des procédures d'octroi de subventions et de contrôle interne, en liaison avec l'inspection générale du ministère de la santé et le *General Accountability Office*. Leurs rapports demeurent confidentiels. Ils n'effectuent pas de contrôles des prestataires subventionnés, auxquels la division chargée des financements rend visite. Au printemps 2012, une dizaine de rapports d'études, d'inspection générale ou du GAO étaient en préparation dans ce champ, ou plus généralement dans celui du HITECH Act. Des études s'emploient aussi à démontrer les gains possibles ou à souligner l'insuffisance de ces

---

<sup>47</sup> L'utilisation au Texas d'un carnet de santé informatisé et d'un réseau de détection des abus de prescriptions pharmaceutiques de Medicaid a ainsi été soulignée lors d'une audition au Sénat en mars 2012, cf. <http://finance.senate.gov/hearings/hearing/?id=f3416765-5056-a032-52ac-100e3da605f1> (voir aussi : <http://www.pmpexcellence.org/>).



démonstrations<sup>48</sup>. Estimer un coût comparatif par habitant serait là aussi prématuré, mais il ne paraît pas devoir être très éloigné de celui du DMP.

### **3 - Secteur privé : l'échec d'un projet de clé USB**

Une rencontre a eu lieu en avril 2012 aux États-Unis dans le cadre de la présente enquête avec les deux actionnaires - un médecin et un homme d'affaires - de la société PARTECH, fondée par eux en 2003 pour diffuser un dispositif de DMP sur clé USB. Le logiciel développé par eux a été expérimenté à partir de 2005. La clé USB comporte un dossier médical de nature mixte : d'une part, des formulaires permettent de saisir des données standardisées ; d'autre part, toute personne autorisée par le titulaire de la clé peut y enregistrer tous types de documents, dans des classeurs appropriés (prescriptions, imagerie médicale, résultats de laboratoires, notes manuscrites, courriers...). La Cour a remis un exemplaire de cette clé, comportant un dossier de démonstration, au ministère de la santé (DSSIS). La clé est verrouillée par un dispositif de sécurité qu'ils jugent approprié (ils soulignent qu'en cas de piratage, l'avantage de la clé USB est qu'un seul DMP est détourné, alors que le piratage d'une base de données expose à ce risque un nombre de DMP qui peut être considérable). Aucun logiciel n'est à installer sur le poste de travail du professionnel de santé ou du patient alimentant la clé.

Une expérience jugée concluante a été effectuée il y a quelques années avec 150 clés confiées à une association américaine de diabétologie, mais n'a pas eu de suites. Au total, plus d'un millier de clés ont été diffusées pour susciter des tests et tenter d'en déclencher la mise en œuvre. Toutes les tentatives ont échoué. La société ne comporte aucun salarié, n'a pas de locaux propres et n'a présentement aucune activité. Selon PARTECH, deux autres sociétés américaines ont tenté, sans plus de succès, de développer un tel marché.

L'ONC souligne que les hôpitaux sont allergiques à l'usage de clés USB, pour les mêmes raisons que le ministère des anciens combattants (risque d'attaques virales).

---

<sup>48</sup> <http://content.healthaffairs.org/content/31/3/488.abstract>

## F - Danemark

L'initiative « *The Danish Health Data Network* » a été lancée par un GIP réunissant le ministère de la santé et les collectivités territoriales, Medcom, en 1994. Son coût final est estimé à 1,4 Md€, soit environ 264 € par habitant. Le déploiement des dossiers électroniques a été lancé en 2004 à Copenhague et en 2007 par les 5 grandes régions. Les Danois accèdent à leurs dossiers par le portail *sundhed.dk*, qui distribue depuis 2003 des données entre professionnels et usagers (plus de 5 M de messages par mois). Ce site les informe par courriel quand un professionnel accède à leur dossier. Il permet la prise de rendez-vous ou la demande par courriel de conseils ne nécessitant pas une consultation. Le niveau de déploiement a atteint 60 % en 2011, à travers 23 systèmes basés sur l'architecture prédéfinie « B-EPR » (*Basic Electronic Patient Record*). En gains de temps et de partage des informations, *sundhed.dk* aurait engendré 12 M€ d'économies en 2009 pour un coût de mise en place de 7,5 M€ et un coût de fonctionnement annuel de 8 M€.

En incluant les autres services de télémédecine de *Medcom*, le gain total est évalué à 50 minutes par jour et par médecin, avec une diminution de 66 % des appels téléphoniques de patients et 2,3€ d'économie par transaction, soit 60 M€ par an.<sup>49</sup>

## G - Les projets en Belgique, Espagne, Italie, Norvège et aux Pays-Bas

En **Belgique**, la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme « eHealth » a jeté les bases d'une stratégie et d'un système complets d'informations partagées de santé. De premiers éléments en ont été mis en place par l'agence éponyme, avec le concours de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), sans qu'un calendrier soit encore fixé pour concrétiser un dispositif de DMP national. En **Espagne**, un DMP national est envisagé depuis 2012 par le ministère espagnol de la santé. La Catalogne a lancé un DMP auquel le patient a accès. En **Italie**, un dossier *sanitario* électronique local peut être consulté par l'agence sanitaire locale dans laquelle le patient est enregistré et par le prestataire de soins. Un projet de loi créant un DMP national, le « *Fascicolo Sanitario Elettronico* » (FSE) a été adopté par la Chambre des députés en 2011, mais pas encore par le Sénat. Un document du ministère de la santé, « *Il Fascicolo Sanitario Elettronico : Linee guida*

---

<sup>49</sup> Sources : [www.medcom.dk](http://www.medcom.dk); FIEEC, op. cit., Institut Montaigne, op. cit.

*Nazionali* », a été approuvé par une « Conférence État-Régions » en 2011. Le gouvernement a estimé que la réalisation du FSE au niveau national coûterait 90 M € (*Piano e-gov 2012*), en précisant que le projet de loi précise que la mise en place de ce système devra se faire avec les ressources humaines, financières et fonctionnelles existantes.

En **Norvège**, les établissements hospitaliers et 98 % des généralistes utilisent quotidiennement des applications informatiques médicales, mais elles communiquent peu entre elles. Le ministère de la santé œuvre depuis plus de 10 ans en vue du déploiement de systèmes d'information interopérables. La loi relative aux données médicales, qui interdisait le partage de données, a été amendée en 2009<sup>50</sup>. Presque tous les médecins ont l'accès à l'internet, et à 80 % à haut débit. Les résultats de laboratoire sont transférés par voie électronique entre les généralistes. Les trois quarts des cabinets utilisent la prescription électronique et les informations administratives sont partagées systématiquement. L'utilisation des ordinateurs au cours des consultations est aussi une procédure habituelle. Les prestataires de soins choisissent et financent eux-mêmes les investissements qui, selon un consultant, auraient atteint 1,7 Md€ en 2008. Les dépenses publiques dans ce domaine ont été estimées par la FIEEC à environ 100 M € en 2008.

Les **Pays-Bas** ont depuis 2003 une infrastructure de communication de données de santé, « AORTA », avec un « point de connexion central national » (LSP), d'échange entre prestataires de soins<sup>51</sup>. Elle est basée sur le principe d'un système national et sécurisé d'identification et d'autorisation des patients, des prestataires et des assureurs. En 2010, le Sénat néerlandais a rejeté une proposition de loi instaurant un dossier électronique de santé obligatoire. Fin 2010, près de 500 000 Néerlandais (3,1 % de la population) ont exprimé leur refus d'un dossier électronique de santé national. Il y a un nouveau projet de loi, mais il n'aurait, selon plusieurs observateurs, guère de chances d'aboutir. Des DMP (*Electronic Locum Record for General Practitioners*) devaient permettre aux médecins traitants de recevoir automatiquement un rapport sur les soins effectués par d'autres professionnels de santé. L'institut national pour les technologies de l'information et de communication de la santé (NICTIZ), chargé du projet ainsi abandonné, considère avec le recul qu'il a trop peu impliqué et coordonné les établissements et

---

<sup>50</sup> Sources: *eHealth Strategies, Country Brief, Norway*, Doupi, Renko et Giest, octobre 2010, page 24 - [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Norway\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Norway_CountryBrief_eHStrategies.pdf), et FIEEC, op. cit.

<sup>51</sup> Fédération des industries électriques, électroniques et de communication, *Télé Santé et Télé médecine*, Paris, novembre 2010.

professionnels de santé. De son échec ont résulté des initiatives privées sur la base de solutions web, reposant sur des technologies simples.

## H - Suède

Dans le cadre d'une « stratégie nationale de l'e-santé »<sup>52</sup>, la Suède a un DMP, le NPÖ, utilisé par près de 500 000 patients. Une plate-forme *HealthShare* rassemble leurs données dans un dossier de synthèse partagé entre les professionnels de santé et auquel les patients n'ont pas accès. Le projet est mené par l'association suédoise des autorités locales et régions, avec celle des conseils de santé (*Sjukvårdsrådgivning SVR AB*), qui réunissent des représentants du gouvernement, des autorités locales, des systèmes de santé et des pharmaciens. Selon un rapport du parlement suédois, l'utilisation complète des dossiers médicaux personnels (avec une connexion au système de prise de rendez-vous par internet) pourrait éviter chaque année 370 000 consultations redondantes et 5 500 cas d'iatrogénie médicamenteuse, soit des économies de 31,7 M€. Le gouvernement a estimé que les régions ont consacré quelque 700 M€ en 2010 aux multiples dispositifs d'informatique de santé, ce qui dépasse de loin le champ du seul DMP.<sup>53</sup>

## I - ePSOS

23 pays de l'Union se concertent au sein du projet ePSOS (*Smart Open Services for European Patients*) que cofinance l'Union Européenne depuis 2008, pour une opération pilote de deux services transfrontaliers et interopérables, la prescription électronique et un résumé informatique du DMP (développement confié à l'ASIP, cf. colonne 5 du tableau 2 supra).

---

### CONCLUSION

---

*La progressivité des démarches nord-américaines paraît exemplaire. Ces projets, et les nombreuses rencontres internationales qui traitent de ce domaine, pourraient utilement être accompagnés par le ministère de la santé et l'ASIP d'un approfondissement des comparaisons techniques et financières.*

---

---

<sup>52</sup> Communication du gouvernement suédois, 2005/06:139

<sup>53</sup> *National eHealth – the strategy for accessible and secure information in health and social care*, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 2010, page 5 - <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/16/79/85/8d4e6161.pdf>

## Conclusion générale

Les investigations de la Cour ne permettent pas de rendre compte de manière complète et précise du total des coûts engagés pour la mise en œuvre du dossier médical partagé de son instauration à 2011, faute de disponibilités des données financières ou de fiabilité de celles qui peuvent être retrouvées. Les seuls coûts qu'il a été possible de documenter peuvent être estimés à quelque **210 M€**, avec cependant une marge importante d'approximation.

Le quart de ce montant a été affecté à des expérimentations vite abandonnées. Cette phase a toutefois permis de clarifier une quantité considérable de problèmes juridiques, organisationnels et techniques, dans les régions comme au niveau national. Cet acquis a bénéficié, selon le ministère de la santé et l'ASIP, non seulement à la récente mise en place du DMP mais aussi au développement et à la convergence avec le DMP de dispositifs qui se sont initialement développés en parallèle. La Cour constate toutefois l'absence de perspective d'ensemble.

Sont ainsi également à considérer les dépenses consenties pour d'autres téléservices de santé qui ont vocation à converger vers le DMP :

- le dossier pharmaceutique, porté par l'ordre des pharmaciens (20 millions de dossiers ouverts, 23 M€ de coûts directs à fin 2011, dont 4 M€ inclus ci-dessus) ;
- l'historique des remboursements, développé par la CNAMTS (plus de 10 M€ de coûts directs à ce jour) ;
- les dispositifs informatisés de dossiers de patients hospitaliers, initiés par les établissements de santé, dont ni le ministère ni l'ASIP n'ont évalué le coût imputable à leur interface avec le DMP, alors qu'ils ont ouvert à ce stade 60 % des DMP existants.

**Au total, le développement et la mise en place de dossiers médicaux personnels, sous différentes formes a vraisemblablement coûté plus d'un demi-milliard d'euros à fin 2011, essentiellement à la charge de l'assurance maladie. L'absence de suivi par le ministère de l'ensemble de ces dépenses ne permet pas d'être plus précis.**

Un ralentissement des dépenses dédiées au DMP par l'ASIP, et surtout des ressources humaines qui y sont consacrées, est paradoxalement amorcé depuis 2010, au moment où le DMP est au début d'un déploiement maintes fois reporté.

Ces constats attestent d'une absence particulièrement anormale et préjudiciable de stratégie et d'un grave défaut de continuité de méthode dans la mise en œuvre d'un outil annoncé comme essentiel à la réussite de profondes réformes structurelles. En effet, s'agissant de l'organisation du système de santé, avec notamment l'instauration du médecin traitant et la mise en place d'un parcours de soins coordonnés du patient, il en est attendu des gains majeurs d'efficacité et de qualité.

La Cour considère comme particulièrement préoccupant qu'il n'y ait pas encore été remédié alors qu'elle a à plusieurs reprises alerté les autorités compétentes sur les risques d'une telle situation, à la fois en termes de dérive des coûts et d'attente des objectifs espérés.

Au-delà de l'insuffisance grave de suivi financier qui a accompagné le développement du dossier médical personnel, la Cour souligne les risques lourds pour son bon aboutissement que comporte l'absence d'analyse des coûts induits par son déploiement et son fonctionnement. Le défaut d'évaluation et d'anticipation en ce domaine peut déboucher sur des impasses financières et des blocages d'autant plus dangereux qu'aucune méthodologie rigoureuse d'évaluation médico-économique des gains de performance pour le système de soins et des économies pour l'assurance maladie n'est à ce stade définie pour permettre de mesurer un retour sur investissement.

Est de même très anormale l'absence de parution du décret définissant le champ et le contenu du DMP, et son mode de montée en charge : il se déploie ainsi sans aucune stratégie préalable ni réflexion préalable sur l'opportunité d'un ciblage en direction de catégories prioritaires de patients (ALD notamment).

Au moment où va s'accroître sa montée en charge, il est donc urgent que l'Etat définisse enfin, dans une concertation plus étroite avec tous les acteurs, une stratégie d'ensemble pour intégrer le DMP dans une vision globale de l'organisation du dispositif de soins et des systèmes d'information en santé, de manière à assurer la cohérence et la convergence de dispositifs à certains égards foisonnants et à éviter une

dérive des coûts à venir. Il est également primordial que le ministère anticipe de manière pluriannuelle les investissements et les dépenses récurrentes de fonctionnement ainsi mis à la charge de l'assurance maladie et les gains escomptés, notamment en termes de retour sur investissement.

L'exemple d'autres pays peut être riche d'enseignements notamment en matière de conduite de projet : à cet égard les projets nord-américains paraissent avoir été engagés de manière plus prudente et méthodique qu'en France, même s'il est encore trop tôt pour faire des comparaisons en termes de coûts.

La Cour considère urgent et indispensable un ferme redressement dans le pilotage stratégique et la maîtrise des coûts du DMP comme de l'ensemble des dossiers médicaux informatisés qui ont vocation à converger vers lui. Elle recommande à cet effet au ministère des affaires sociales et de la santé :

#### En matière d'identification et de maîtrise des coûts

- 1) *de charger la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé, en lien avec l'ASIP et les ARS, de rendre compte annuellement des dépenses effectuées pour la mise en place du DMP et de leur financement ;*
- 2) *de veiller étroitement à la convergence entre le DMP et les derniers dispositifs de dossiers médicaux régionaux, ou, à défaut, de mettre un terme à tout financement direct ou indirect de ces derniers par l'assurance maladie ;*
- 3) *de conclure avec l'ordre des pharmaciens et l'ASIP un protocole et un calendrier de rapprochement entre le DMP et le dossier pharmaceutique ;*
- 4) *de développer une stratégie homogène d'homologation ou de certification pour établissements et professionnels de santé incluant le DMP et diffuser des études comparatives de leurs caractéristiques et de leurs prix ;*

#### En matière de démarche stratégique

- 5) *de mettre en œuvre une stratégie globale des systèmes d'information de santé, en y associant l'ensemble des acteurs concernés (recommandation de 2008, réitérée) ;*

- 6) *de publier dans les plus brefs délais le décret définissant le contenu et le champ du DMP ;*
- 7) *de conclure avec le GIP ASIP une convention pluriannuelle, accompagnée d'objectifs de déploiement du DMP, notamment en termes de ciblage de certaines catégories de patients, et de moyens réalistes à leur égard, et suivis par activité (recommandation de 2008, réitérée) ;*
- 8) *d'impliquer pleinement la CNAMTS dans le dispositif dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion passée avec elle de manière notamment que le DMP soit systématiquement intégré dans la politique conventionnelle avec les professions libérales de santé ;*
- 9) *de formaliser la stratégie, la méthode et le calendrier d'interopérabilité entre le DMP et les dossiers patients hospitaliers ;*

En matière de pilotage et d'évaluation

- 10) *de se doter sans délai des méthodes et moyens nécessaires à l'évaluation médico-économique du DMP pour identifier son apport en termes de gains d'efficience du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie (recommandation de 2008, réitérée), conformément aux propositions de la Haute autorité de santé ;*
- 11) *d'inclure l'impact des relations entre DMP et dossiers patients hospitaliers dans l'évaluation de ces derniers dont le résultat est annoncé pour 2016 ;*
- 12) *de publier au plus vite les décrets précisant la politique générale de sécurité et relatif à l'identifiant national de santé ;*
- 13) *de développer sa connaissance des DMP réalisés dans d'autres pays.*



## **Annexes**

Annexe 1.	Lettre de saisine.....	109
Annexe 2.	Lettre de réponse du Premier président .....	109
Annexe 3.	Résumés des observations de la Cour, 2008 et 2009.....	111
Annexe 4.	Rapports d’audit ou d’évaluation consacrés au DMP .....	114
Annexe 5.	Les bilans annuels du GIP .....	117
Annexe 6.	Les 17 principaux fournisseurs techniques.....	118
Annexe 7.	Déploiement 2012 du DMP dans 108 établissements .....	119
Annexe 8.	Fiche sur le dossier pharmaceutique.....	121
Annexe 9.	Propositions 2006 de la HAS, évaluation du DMP .....	127
Annexe 10.	Table des principaux sigles .....	133



## Annexe 1. Lettre de saisine

ASSEMBLÉE NATIONALE

COMMISSION DES FINANCES,  
DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN

Le Président

n° 1265

KCC A1111477 CDC  
RÉPUBL 13/12/2011

LIBERTÉ

PARIS, le 7 décembre 2011

Monsieur le Premier Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître les sujets sur lesquels la commission des Finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire demande à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes en application du 2<sup>e</sup> de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances :

- la gestion et le contrôle de la TVA ;
- la réintégration de la France dans le commandement intégré de l'OTAN : quel coût et quelles pistes d'économies possibles ?
- le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place ;
- l'organisation des secours en montagne et de la surveillance des plages ;
- l'orientation à la fin du collège : la diversité des destins scolaires selon les académies.

La Commission ne verrait que des avantages à ce que les communications de la Cour lui reviennent de façon étalée dans le temps, dans le respect du délai fixé à l'article 58, afin de lui permettre d'en tenir pleinement compte au cours du débat budgétaire. Ainsi, il serait souhaitable que la communication concernant la gestion et le contrôle de la TVA soit disponible en premier lieu, les autres pouvant, si possible, nous parvenir dans l'ordre indiqué ci-dessus.

Par ailleurs, la commission des Finances a adopté ce jour le dernier rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de cette année, et je tenais, à cette occasion, à remercier bien vivement les magistrats de la Cour des comptes pour la qualité de leur contribution aux travaux de la mission.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Jérôme CAHUZAC

Monsieur Didier MIGAUD  
Premier Président de la Cour des comptes  
13 rue Cambon  
75001 PARIS

**Annexe 2. Lettre de réponse du Premier président**

*Le Premier Président  
de la  
Cour des Comptes*

Paris, le 11 0 1 1 2

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier en date du 7 décembre 2011, relatif à la réalisation d'enquêtes en application de l'article 58-2 de la loi organique n°2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de vous faire parvenir un rapport sur la gestion et le contrôle de la TVA pour le mois de février 2012.

Les enquêtes suivantes devraient pouvoir vous être remises par la Cour au 14 septembre 2012 :

- la réintégration de la France dans le commandement intégré de l'OTAN : quel coût et quelles économies possibles ?
- l'organisation des secours en montagne et de la surveillance des plages ;
- l'orientation à la fin du collège : la diversité des destins scolaires selon les académies.

Enfin, l'enquête relative au coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place vous parviendrait le 28 septembre 2012.

Je vous propose que, comme les années précédentes, des échanges entre les rapporteurs spéciaux et les présidents de chambre concernés puissent avoir lieu dans les semaines qui viennent afin de préciser le champ et la portée de ces enquêtes.

Je vous rappelle enfin que M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre, rapporteur général, se tient à la disposition de la commission des finances de l'Assemblée nationale pour tous les sujets qu'elle souhaiterait aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

  
Didier MIGAUD

Monsieur Jérôme CAHUZAC  
Président de la Commission des finances,  
de l'économie générale et du Plan  
126, rue de l'Université  
75355 PARIS CEDEX 07 SP

### Annexe 3. Résumés des observations de la Cour, 2008 et 2009

a) *Rapport annuel de septembre 2008 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre sur L'accès en ligne aux dossiers médicaux (pages 223-262 et 459-462), section sur « Une grande ambition en suspens : le DMP ».*

La Cour relevait que le projet de DMP, inscrit dans la loi du 13 août 2004, avait été conçu de manière particulièrement ambitieuse : les 61 millions de patients et les 500 000 professionnels qui les prennent en charge devaient accéder d'ici 2011 à des bases de données stockant des dossiers médicaux personnels très détaillés. Ainsi que le soulignait dès 2005 un spécialiste, « *le projet français est à l'évidence le plus ambitieux puisqu'il prétend faire au moins aussi bien que les programmes américains et anglais en trois fois moins de temps et avec infiniment moins d'argent* ».

Le pilotage direct du projet par les cabinets ministériels, marqué par des urgences successives et contraires aux exigences techniques, avait été mal ciblé. Il était notoire - et reconnu depuis le rapport de revue de projet de novembre 2007- qu'un tel projet s'étendrait en fait sur une ou deux générations d'utilisateurs. L'accélération voulue ou validée par les ministres n'avait pas laissé la place à une réflexion suffisante sur les pré-requis techniques et sociologiques.

La supervision du projet avait été assurée de 2005 à 2008 dans des conditions d'inexpérience au regard des normes professionnelles de gestion de projets informatiques, sans que l'administration centrale dispose de l'autorité et des moyens appropriés. Les risques avaient été insuffisamment formalisés et maîtrisés. Les expérimentations avaient été menées à la hâte, et sans que leur rapport coût/efficacité puisse être maîtrisé ni documenté. Le GIP avait eu conscience de ces déficiences mais n'avait pas d'emblée obtenu les ressources humaines suffisantes pour les combler. Ces facteurs et l'inéluctable report du DMP à une date lointaine l'exposaient à une perte durable de confiance et à des dépenses additionnelles pour y remédier.

En 2007, le GIP estimait le budget total (investissements et dépenses d'exploitation des cinq premières années) à environ 1 Md€. Le coût de fonctionnement était évalué à une centaine de millions d'euros pour les années suivantes. Les dépenses de développement du dispositif

jusqu'à sa suspension fin 2007 avaient été de 53 M€, soit 26 % des budgets proposés par le conseil d'administration du GIP.

Cette sous-consommation reflétait l'irréalisme du calendrier qui était imposé à ce dernier et accepté par lui.

La Cour était d'avis en 2008 que les objectifs devraient être de conduire tous les professionnels et tous les établissements à se doter d'un équipement informatique compatible et qui ne soit plus limité à la facturation, comme de conduire éditeurs et professionnels de santé à homogénéiser le format des dossiers médicaux et leur partage. Elle jugeait que ces objectifs, loin d'être réalisables à court terme comme précédemment annoncé, demanderaient des années de travaux.

*Les recommandations alors formulées ont été réitérées dans la conclusion du présent rapport.*

***b) Rapport public annuel de février 2009 : chapitre sur La gestion du GIP « Dossier médical personnel » (pages 135-152).***

La Cour avait contrôlé en 2008 les comptes et la gestion du GIP DMP (Dossier médical personnel) créé en 2005 pour qu'un système informatique donne à chacun accès par Internet à son dossier médical. Cette petite structure (65 emplois) devait disparaître en 2011, une fois desservis quelque 500 000 professionnels de santé et la totalité des assurés. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait consacré son échec et sa transformation en GIP « agence des systèmes d'information partagés de santé » (ASIP).

Le GIP avait alors dépensé moins du tiers des 242 M€ initialement prévus pour 2005-2008 à la charge de l'assurance maladie. Dès juillet 2005, le contrôle général économique et financier prévenait que le projet ne paraissait pas « *conduit dans des conditions de visibilité, notamment juridiques et financières, qui permettent de considérer qu'il a de bonnes chances d'aboutir, dans les délais voulus* », mais les ministres successifs ont jusqu'en 2007 méconnu les mises en garde et exercé la surveillance du GIP au jour le jour. Le conseil d'administration, ainsi largement dessaisi, et la direction n'ont pas toujours réagi avec la vigueur souhaitable face aux risques ainsi provoqués.

Le GIP avait connu quatre directeurs et trois secrétaires généraux lors de ses trois premières années. Les salariés recrutés ou les fonctionnaires issus du ministère n'avaient pas toujours eu la formation et l'expérience nécessaires. Il en est alors résulté des erreurs de gestion des procédures d'achat public, des ressources humaines ou de séparation entre ordonnateur et comptable. En l'absence de charte de déontologie, la

gestion des risques de conflits d'intérêts avait été limitée à une attestation incontrôlée.

Le ministère chargé de la santé considérait en 2009 les travaux conduits comme en partie réussis ou prometteurs. Le GIP avait intégré des préoccupations d'assurance de qualité et de sécurité, mais toutes n'étaient pas encore documentées ou mises en œuvre, loin des normes internationales, sans schéma directeur informatique interne ni indicateurs de performance.

Sur décision ministérielle, la caisse des dépôts et consignations avait effectué des travaux informatiques, de pérennité incertaine, pour un montant estimé par elle à 7,2M€, sans accord avec le GIP sur leur paiement (un compromis est intervenu en 2010, cf. *supra*). Le directeur avait fait approuver en 2006 l'achat auprès d'un universitaire retraité américain de la version française d'une nomenclature médicale (la SNOMED, 1,3 M€) qui était encore quasiment inutilisée en 2009. Le GIP s'était aussi engagé dans un marché de communication dont l'ambition s'est avérée prématurée.

La Cour concluait ainsi en 2009 que le GIP de l'époque constituait un nouvel exemple soulignant que le ministère de la santé et la direction générale des finances publiques n'apportaient pas l'assistance nécessaire au bon démarrage de ces GIP ou agences. Elle préconisait que leur tutelle technique soit confiée aux administrations centrales, en dotant celles-ci des compétences nécessaires, et non aux cabinets ministériels, qu'elle jugeait responsables de l'échec du GIP DMP.

*Fin 2009, le GIP DMP est devenu le GIP ASIP, en intégrant les missions, les personnels et les ressources du GIP CPS (Carte de professionnel de santé), ce dernier étant alors dissous. Sa structure et son champ d'activité ont alors été profondément modifiés.*

*Cette mutation et la gestion du GIP actuel n'ont pas été examinées lors de la présente enquête, limitée comme indiqué plus haut au coût de la mise en place, à fin 2011, du DMP.*

#### **Annexe 4. Rapports d'audit ou d'évaluation consacrés au DMP**

En dehors des publications de la Cour des comptes citées dans le présent rapport :

- Sénat, Jean-Jacques Jegou, sénateur (rapporteur spécial des crédits de la santé, en application de l'article 57 de la LOLF; contrôle sur l'informatisation dans le secteur de la santé), Rapport d'information n° 62 (session ordinaire de 2005-2006), fait au nom de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation, sur l'informatisation dans le secteur de la santé, 3 novembre 2005
- Pierre-Louis Fagniez, député, rapport de la mission d'information sur le masquage d'informations par le patient dans son DMP, ministère de la santé et des solidarités, La documentation française, 2007.
- Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Conseil général des technologies de l'information, Rapport de la Mission interministérielle IGF/IGAS/CGTI de revue de projet sur le dossier médical personnel, La documentation française, 2007.
- Assemblée nationale, Monsieur Jean-Pierre Door, député (président-rapporteur de la Mission d'information sur le dossier médical personnel), Rapport d'information n° 659, fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur le dossier médical personnel (DMP), 29 janvier 2008
- Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Rapport n° 1847 Assemblée nationale / n° 567 Sénat sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ? 30 avril 2009.
- Mission de relance du projet de DMP, Monsieur Michel Gagneux, inspecteur général des affaires sociales (avec MM. Pierre-Henri Comble, Alain Folliet, Loïc de Kergommeaux, Alain Livartowski, André Loth, Denis Richard, Jacques Sauret), Recommandations à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, « Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé », ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 23 avril 2008, La documentation française, 2008,  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000279/index.shtml>



- Mission de relance du DMP, Michel Gagneux, « Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé – Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé », ministère de la santé et des sports, La documentation française, 2009.
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Rapport 2008 Éthique et recherche biomédicale, page 141 : présentation de l'avis n°104 rendu le 12 juin 2008 sur Le dossier médical personnel et l'informatisation des données de santé, édité par La documentation française, septembre 2009,  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000474/index.shtml>
- Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Audition publique de Monsieur Pierre Lasbordes, député, Rapport sur le dossier médical personnel : quel bilan d'étape pour quelles perspectives ?, 30 avril 2009 (Rapport n° 1847 Assemblée nationale / n° 567 Sénat – annexé au procès-verbal de la séance du 20 juillet 2009)
- Professeur Marius Fieschi, mission d'information, « La gouvernance de l'interopérabilité sémantique est au cœur du développement des systèmes d'information en santé », ministère de la santé et des sports, 9 juin 2009, mis en ligne, La documentation française, 2009.

Tableau n° 16 : Actif et passif du GIP, 2006-2011

ACTIF NET						
Au 31 décembre	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Immobilisations incorporelles</b>	6 007 529	6 042 791	1 387 923	1 423 462	1 449 000	1 425 000
<b>Immobilisations corporelles</b>	92 219	257 228	272 551	310 467	240 000	1 368 000
<b>Immobilisations financières</b>	-	-	-	203 076	203 000	206 000
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>6 099 748</b>	<b>6 300 019</b>	<b>1 660 473</b>	<b>1 937 005</b>	<b>1 892 000</b>	<b>2 999 000</b>
<b>Stocks</b>				467 621	416 000	-
<b>Créances d'exploitation</b>	6 784	198 960	4 481	16 749 989	12 701 000	5 543 000
<b>Disponibilités et divers</b>	7 230 003	5 219 662	4 483 419	1 604 331	15 138 000	27 995 000
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>7 236 787</b>	<b>5 418 622</b>	<b>4 487 900</b>	<b>18 821 941</b>	<b>28 255 000</b>	<b>33 538 000</b>
<b>Comptes de régularisation actif</b>					244 000	61 000
<b>TOTAL GENERAL ACTIF</b>	<b>13 336 536</b>	<b>11 718 641</b>	<b>6 148 374</b>	<b>20 758 946</b>	<b>30 391 000</b>	<b>36 598 000</b>
PASSIF						
<b>CAPITAUX PERMANENTS</b>	<b>7 768 659</b>	<b>8 513 480</b>	<b>4 113 185</b>	<b>6 589 064</b>	<b>13 603 000</b>	<b>10 536 000</b>
Réserves	-	-	-	-	4 530 000	6 539 000
Report à nouveau	740 803	1 060 210	1 805 031	1 810 652	-	-
Subventions d'investissement	6 085 883	6 085 883	1 404 301	1 486 878	1 487 000	1 487 000
Résultat de l'exercice	1 801 012	744 821	5 622	2 719 529	7 016 000	1 925 000
Provisions	622 567	622 567	898 231	572 004	570 000	585 000
<b>DETTES</b>	<b>5 567 876</b>	<b>3 205 161</b>	<b>2 035 189</b>	<b>14 169 882</b>	<b>16 788 000</b>	<b>25 702 000</b>
Dettes fournisseurs	2 950 013	1 867 705	1 067 740	11 713 860	13 159 000	21 707 000
Dettes fiscales, sociales et assim.	203 395	437 423	610 147	1 515 941	1 459 000	1 569 000
Dettes sur immobilisations	1 333 002	32	38 305	79 947		
Autres dettes	181 466	-	318 997	1 931	2 170 000	2 426 000
Dettes financières	900 000	900 000	-	858 204		
<b>Comptes régularisation passif</b>						360 000
<b>TOTAL GENERAL PASSIF</b>	<b>13 336 536</b>	<b>11 718 641</b>	<b>6 148 374</b>	<b>20 758 946</b>	<b>30 391 000</b>	<b>36 598 000</b>

Source : ASIP

## **Annexe 5. Les bilans annuels du GIP**

Les bilans annuels du GIP montrent l'absence de recours à l'emprunt (hormis un emprunt à court terme lors du démarrage). Depuis l'intégration fin 2009 des moyens de l'ancien GIP CPS, ils ne permettent plus d'identifier l'intégralité des éléments d'actif et de passif liés au DMP.

Le ministère a régulé les ressources du GIP de manière à ce qu'elles n'excèdent pas significativement ses dépenses, ce qui a d'ailleurs parfois compliqué sa gestion budgétaire : cela a limité au strict minimum le report à nouveau, mais l'intégration du GIP CPS fin 2009 ne permet pas là non plus une comparaison aisée entre les exercices 2009-2011 et la période antérieure.

Les excédents dégagés apparaissent d'abord à la ligne « report à nouveau ». Marginale de 2006 à 2009, elle a été ensuite reclassée en réserves ; plus substantielles à partir de 2010, ces dernières proviennent largement de l'ex-GIP CPS. Leur croissance est justifiable par celle du chiffre d'affaires hors DMP. C'est quasiment sans incidence sur le DMP. Les immobilisations propres au DMP sont, à ce jour, marginales.

## Annexe 6. Les 17 principaux fournisseurs techniques

**Tableau n° 17 : Les 17 principaux fournisseurs techniques**  
(Informatique, communication, expertises juridiques)

€	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Santeos	670 112	2 248 382	1 283			7 891 863	9 465 560	0 277 199
Ligaris			1 612 804	1 895 739	1 302 187	3 424 257	2 993 799	1 228 786
Invita	808 496	4 084 307	2 595					4 895 398
PriceWC		304 648	648 353	692 621	827 716	879 719	1 447 558	4 800 615
Caisse des dépôts			1 483 163	2 588 641				4 071 804
GFI/GSI/Cov.					927 206	1 371 792	1 738 804	4 037 803
Siemens-Bull-EDS	67 215	2 955 809	131 163					3 154 187
Thales-Cegedim	835 000	2 279 289	191					3 114 480
Steria/Covalia			9 623	441 846	537 692	785 396	1 159 936	2 934 493
Fr.Tél. Cap Gemini	815 472	2 047 313	57 682					2 920 467
RSS D3P	450 334	2 414 824	2 533					2 867 691
Siemens-Health	1 289 000	887 749	605					2 177 353
Cosmo Bay				412 457	421 986	247 693	253 787	1 335 922
R.Côté (Snomed)		1 311 604						1 311 604
EDS France		665 811	454					666 265
Bird&Bird	125 931	300 965	117 305	97 375	9 329			650 904
Bearing Point		540 173						540 173
<b>Total (M€)</b>								<b>70 985 144</b>

Source : ASIP. Les 2 588 641€ facturés fin 2007 par la caisse des dépôts ont été payés en 2010.

### Annexe 7. Déploiement 2012 du DMP dans 108 établissements

Alsace	Bas-Rhin	E.P.S. NORD ALSACE
		HOP UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
		CENTRE HOSPITALIER (CH) HAGUENAU
		CH SAINTE-CATHERINE DE SAVERNE
	Haut-Rhin	CH DE SELESTAT
		HOPITAL CIVIL D'OVERNAI
		CH DE MULHOUSE
Aquitaine	Dordogne	HOP. INTERCOM. DU VAL D ARGENT
		CH DE ROUFFACH
		CH DE BERGERAC
		SA NOUVELLE POLYC BX-NORD-AQUI.
	Landes	CHU HOPITAUX DE BORDEAUX
		INSTITUT BERGONIE
	Pyrénées-Atlantiques	CH DE MONT DE MARSAN
		CH INTERCOM. DE LA COTE BASQUE
		SAS CAPIO BAYONNE
		SA POLYCLINIQUE COTE BASQUE SUD
	CH OLORON SAINTE MARIE	
	CH DE PAU	
Auvergne	Puy-de-Dôme	CLINIQUE DU GRAND PRE
Bourgogne	Côte-d'Or	CHU DIJON
	Saône-et-Loire	HOPITAL LOCAL DE TOURNUS
Bretagne	Ille-et-Vilaine	ASSOCIATION HOSPIT. SAINT-HELIER
		SYNDICAT INTERHOSP. DE BRETAGNE
	Morbihan	ASSOCIATION DES AUGUSTINES
Centre	Cher	CH DE PLOERMEL
	Eure-et-Loir	CH JACQUES COEUR
	Indre	CH DE CHARTRES
	Loir-et-Cher	CTRE HOSP SPEC HENRI EY
	Loiret	CH "LA TOUR BLANCHE" - ISSOUDUN
Champagne-Ardenne	Ardennes	SA POLYCLINIQUE DE BLOIS
	Aube	LA CIGOGNE
	Marne	SAS CLINIQUE DU PARC
Franche-Comté	Doubs	CH DE TROYES
		CH DE CHALONS
	Haute-Saône	CHU BESANCON
		CH DE PONTARLIER, CH DE NOVILLARS, HOPITAL LOCAL, CENTRE LONG SEJOUR BELLEVAUX.
	Jura	CHI DE LA HAUTE SAONE
	Territoire-de-Belfort	CH P VITTER GRAY
Hte-Normandie	Eure	ASS. HOSPITAL. DE FRANCHE-COMTE
	Hauts-de-Seine	CH LONS LE SAUNIER, CH DE MOREZ, CH LOUIS JAILLON, CENTRE HOSPIT. DE CHAMPAGNOLE, CH LOUIS PASTEUR
Île-de-France	Seine-Saint-Denis	CH DE BELFORT-MONTBELIARD
	Yvelines	CLINIQUE CHIRUR. PASTEUR EVREUX
		SAS CLINEA
Languedoc-Roussillon	Gard	SAS CLINEA
		CLINIQUE DE L ESTREE
		CTRE MEDICO CHIRUR. DE L EUROPE
		CHU NIMES
		CH LOUIS PASTEUR

		HOPITAL LOCAL DUZES
		HOPITAL LOCAL
		CH
Limousin	Haute-Vienne	SA CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX
		CH ESQUIROL
		SYNDICAT INTERHOSP. LIMOUSIN
Lorraine	Meurthe-et-Moselle	HOPITAL DE PONT A MOUSSON
	Moselle	CHR METZ-THONVILLE
Midi-Pyrénées	Ariège	CENTRE HOSPIT. ARIEGE COUSERANS
	Haute-Garonne	UNITE D'AUTODIALYSE AAIR
		CLINIQUE SAINT EXUPERY
	Tarn	CHIC CASTRES MAZAMET
		CH DE LAVAU
Nord-Pas-de-Calais	Nord	CH D'ARMENTIERES
		E.P.S.M LILLE-METROPOLE
	Pas-de-Calais	CH ARRAS
Pays-de-la-Loire	Loire-Atlantique	CHU DE NANTES
		S.A. CLINIQUE BRETECHE - VIAUD
	Vendée	CH LOIRE VENDEE OCEAN
Picardie	Aisne	CH DE GUISE
		CTRE HOSP. GERONTOLOGIQUE LA FERRE
		CH LE NOUVION
		CH DE ST QUENTIN
		CH DE LAON
		CH DE CHAUNY
		LA RENAISSANCE SANITAIRE
		CH BRISSET
		POLICLINIQUE ST CLAUDE
		CENTRE DE SOINS APTÉ
	Oise	CH DE BEAUVAIS
		CH BERTINOT JUEL
		HOPITAL LOCAL JB CARON
		CH DE COMPIEGNE
	Somme	CH D'ALBERT
		CHU AMIENS
		CH DE CORBIE
		CH DE PERONNE
		CH D'ABBEVILLE
		CH DE MONTDIDIER
		CLINIQUE VICTOR PAUCHET DE BUTLER
Poitou-Charentes	Charente-Maritime	Un laboratoire d'analyses biomédicales
	Alpes-Maritimes	CH DE MENTON
		CH D'EMBRUN
	Hautes-Alpes	VIVRE ET VIEILLIR CHEZ SOI
	Var	POLYCLINIQUE NOTRE DAME
	Vaucluse	SAS CLINIQUE RHONE DURANCE
Rhône-Alpes	Haute-Savoie	CH REGION ANNECY
	Isère	C.H.U DE GRENOBLE
	Loire	CHU SAINT ETIENNE
	Rhône	CENTRE LEON BERARD
		ASSOCIATION SOINS ET SANTE
	Savoie	CH DE CHAMBERY

## Annexe 8. Fiche sur le dossier pharmaceutique

Le « dossier pharmaceutique » (DP) mis en œuvre par l'ordre des pharmaciens a reçu 4 M€ du GIP DMP entre 2007 et 2010. Cette annexe résume les coûts et les avantages de cette réalisation, la seule parvenue à maturité à ce jour, la plus ample en termes d'usage, et la plus limitée en termes de champ (les délivrances pharmaceutiques) et de période couverte (quatre mois d'historique).

### 1. Coût du DP

En dehors des 4 M€ précités, ressource provenant de l'assurance maladie via le GIP, l'ordre autofinance le DP, par son budget commun (677 000 € en 2010-2011) et la cotisation à la charge des pharmaciens d'officine (110 € pour l'année budgétaire 2012-2013). En 2010-2011, la moitié des charges a concerné l'hébergement national des données, les autres postes de dépenses étant le pilotage, l'audit et l'évaluation (0,8 M€), les études et développement de logiciel (0,4 M€), la communication (0,4 M€ envers les professionnels et établissements ; 0,2 M€ envers les patients). La validation des logiciels professionnels d'officine a coûté, de l'origine à la fin 2011, 220 000 €. Cela n'inclut pas les indemnités versées aux conseillers ordinaires supervisant l'opération ni les frais de personnel des conseils régionaux, ni l'intégralité des dépenses courantes.

### 2. Les objectifs

Les objectifs du DP ont été définis à l'article L.1111-23 du code de la santé publique par la loi HPST de 2009<sup>54</sup>, après qu'il ait été mis en œuvre par l'ordre des pharmaciens.

---

<sup>54</sup> « Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique. Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical personnel dans les conditions prévues à l'article L. 1111-15. La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2 ». Les modalités d'application de cet article du CSP sont détaillées dans l'article R. 161-58 du code de la sécurité sociale détaillé avec précision les caractéristiques du DP résumées ici.

C'est un outil professionnel pour ces derniers, les données étant stockées chez un hébergeur central que dirigeait, à l'époque du choix initial, l'actuel directeur du GIP DMP (SANTÉOS société choisie ensuite par le GIP pour une expérimentation puis pour l'hébergement du DMP). Il réunit pour chaque client qui en fait la demande l'historique de tous les médicaments qui lui ont été dispensés au cours des quatre derniers mois (les données sont archivées pendant trois ans, mais inaccessibles au DP). La carte de professionnel de santé du pharmacien et la carte vitale du client sont indispensables pour le créer puis y accéder et elles contribuent à sécuriser les flux de données. L'hypothèse d'une convergence avec le DMP a été très tôt formulée, puis inscrite dans la loi, pendant que la CNAMTS, de son côté, rendait accessible en ligne un dispositif d'historique des remboursements accessible<sup>55</sup>.

Le champ du DP est ouvert à tous les médicaments et produits acquis, sur prescription ou non, dans n'importe quelle officine. Le DP affiche sur l'écran du pharmacien - uniquement - l'identification, la quantité et la date de délivrance des médicaments. Les médicaments délivrés sont automatiquement ajoutés au DP.

Ainsi que la Cour l'avait recommandé en 2009, l'inclusion des pharmacies à usage interne d'établissement (PUI)<sup>56</sup> est expérimentée, après avoir été autorisée par la CNIL en 2010<sup>57</sup> : le champ des médicaments « rétrocedés » par elles à des patients non hospitalisés serait ainsi couvert à terme (plus de 1 Md € de ventes annuelles).

L'objectif est de partager entre toutes les officines un nombre de DP non précisé (19 millions étaient ouverts au printemps 2012, dont 6,5

---

<sup>55</sup> Sur ces deux dispositifs, voir Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, Chapitre VII, L'accès en ligne aux dossiers médicaux, pages 233 et suivantes, septembre 2008.

<sup>56</sup> Des PUI délivrent aussi aux patients non hospitalisés des médicaments particulièrement onéreux ou préparés par elles, ce qui rend très souhaitable cette extension.

<sup>57</sup> Délibération n°2010-449 du 2 décembre 2010 de la Cnil : « *Le DMP devra également être alimenté par les données du dossier pharmaceutique conformément aux dispositions de l'article L.1111-23 du Code de la santé publique. Toutefois, cette alimentation est renvoyée à une échéance plus lointaine. Il est également envisagé, à terme, de permettre la consultation de l'historique des remboursements, prévu par l'article L.162-4-3 du Code de la sécurité sociale, à partir du DMP. De nouvelles demandes d'autorisation devront être déposées en ce sens auprès de la CNIL et devront préciser les moyens d'assurer l'alimentation du DMP ou la consultation des données depuis le DMP dans le respect du cadre juridique, des droits des personnes et des règles de sécurité.* »



millions créés en 2011). Sur les 22 875 officines, 21 580 étaient raccordées au printemps 2012. Les informations saisies ont concerné 842 millions de boîtes de médicaments depuis l'origine jusqu'à fin 2011, dont 403 millions sur la seule année 2011, l'objectif à terme étant de 3 milliards de boîtes par an, dont 1,8 milliards remboursées, sans pour autant ralentir le fonctionnement habituel des officines. Le taux de refus d'ouverture d'un DP serait de 17,5 %, mais il n'y a pas de certitude qu'il soit exhaustif (après un ou plusieurs refus, certains patients changent d'avis et acceptent la création d'un DP : ils étaient 210 000 dans ce cas en 2010 et 380 000 en 2011).

Le CNOP tient un tableau de bord détaillé, dont l'alimentation n'a pas été audité par la Cour. En moyenne, un DP est créé chaque jour dans chaque officine et 13 DP comportant des dispensations de moins de quatre mois en provenance d'autres officines y sont consultés, avec des écarts importants par rapport à cette moyenne : plus de la moitié des officines ont créé moins de 500 DP. La proportion de DP supprimés à la demande des patients est inférieure à 0,2 % des dossiers créés. Celle des DP supprimés pour avoir été ni consultés ni alimentés depuis plus de 36 mois est inférieure à 3 %.

83 % des DP sont « actifs », c'est-à-dire consultés ou alimentés au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les consultations ont été évaluées il y a six mois à 300 000 consultations par jour, ce qui revient à une moyenne de 13 consultations quotidiennes. En mars 2012, le taux de consultation d'un dossier ayant bénéficié d'un partage d'information s'établissait à 35 % contre 25 % un an plus tôt et 5,9 % en 2008. Ce pourcentage est en moyenne de 34 % les jours ouvrés (ouverture normale hors garde), soit un patient titulaire de DP sur trois et de 70 % en ouverture de l'officine les dimanches et jours de garde, soit plus de deux patients titulaires de DP sur trois, et une moyenne 2011 de 60 %. Une contribution à la qualité de la permanence des soins est dans ce dernier cas recherchée.

Pour qu'une officine consulte et alimente le DP, elle doit avoir inséré dans le lecteur à la fois la carte Vitale du patient et la carte professionnelle. Une fois la carte Vitale retirée du lecteur, les données antérieurement issues du DP ne sont pas conservées dans l'officine et n'y sont plus accessibles. Une interrogation demeure sur le risque que des DP soient ouverts sans l'accord du patient, mais aucun élément objectif ne permet d'apprécier la réalité de ce risque. L'ordre indique qu'aucun accès aux données hébergées n'est possible, y compris par lui-même, sans consentement préalable d'un client et qu'aucune utilisation commerciale ne peut être faite des données. Le DP ne fournit pas au patient une

mercuriale qui lui permettrait de comparer les prix pratiqués par les officines successivement visitées.

### 3. Avantages du DP

S'agissant de l'intérêt des patients et des prescripteurs, la prévention des risques est l'atout majeur du DP, en incitant le pharmacien à ne pas délivrer deux médicaments dont l'usage simultané est susceptible de nuire à la santé du patient, sauf exigence formelle de ce dernier ou confirmation par le médecin prescripteur.

Le CNOP indique qu'en 2011 il y aurait eu environ 810 000 modifications d'un traitement suite à la consultation du DP, mais ce n'est qu'une estimation. Les risques d'iatropathologie médicamenteuse sont en effet considérables et multiples : interactions médicamenteuses, sur- ou sous-dosages, arrêts nocifs de traitement, renouvellements excessifs, présomption d'addictions, défaut d'observance, nomadisme pharmaceutique et médical suspect, automédication régulière et à risque (antalgiques, anticholinergiques<sup>58</sup>, quinolones<sup>59</sup> ...), redondances pharmacologiques... Le plafond actuel de quatre mois rend, à la différence du DMP qui n'a pas de limitation de durée, hors de portée la détection de problèmes à plus long terme comme par exemple une insuffisante couverture vaccinale. Pour assurer la pharmacovigilance, le DP affiche une anomalie, qui doit amener le pharmacien à procéder à une analyse pharmaceutique de nature scientifique, démarche pour laquelle le CNOP envisage une codification et un dispositif de traçabilité<sup>60</sup>. Des expériences de traçabilité sont en cours, mais en dehors de l'ordre. Un récent test d'une revue de consommateurs a par ailleurs indiqué que, dans près de la moitié des cas, 648 officines n'avaient pas mis en garde un acheteur de deux médicaments incompatibles, sans préciser dans combien de cas un DP était ouvert.

---

<sup>58</sup> A effet bronchodilatateur et antiscrétoire, ces médicaments ont de nombreux effets indésirables, et, selon une étude de 2011, augmenteraient la mortalité des patients âgés.

<sup>59</sup> Antibiotiques déclenchant parfois des troubles neurosensoriels.

<sup>60</sup> L'IGAS a noté que « Si, dans le discours, les professionnels rencontrés (les pharmaciens d'officine) s'accordent dans leur grande majorité à considérer leur rôle de conseil comme incontournable et valorisant, il n'en reste pas moins qu'ils semblent dans le même temps assez peu impliqués dans la réflexion et le développement de cette fonction conseil. Ils se forment peu et demeurent dans des pratiques orales peu formalisées construites au fil du temps et laissées à la discrétion des différents membres des équipes officinales » (**rapport cité par le CNOP, demandé au Parquet le 7 mars 2012**).

Deux fonctionnalités additionnelles du réseau informatique ainsi mis en œuvre sont la diffusion instantanée d'alertes sanitaires à tout ou partie des officines, notamment à la demande de l'État, ainsi que, depuis novembre 2011, le rappel de lots défectueux.

#### **4. Adhésion des titulaires**

Un sondage de la société LH2 réalisé en février 2012 pour l'association « comité interassociatif sur la santé » (Ciss) a montré que près de la moitié de 439 titulaires d'un DP ou d'un DMP affirme ne pas avoir donné son consentement pour l'ouvrir. Selon un sondage de la société Viavoice, 42 % des 401 titulaires interrogés en septembre 2011 auraient de même "*découvert un jour qu'un dossier à leur nom avait été ouvert*".

#### **5. Complémentarité et convergence avec le DMP**

Au-delà de l'évidente complémentarité entre les données du DP et celles du DMP, ce comité a recommandé « que le pharmacien, comme les autres professionnels de santé, ait accès à certaines données du Dossier Médical pour être pertinent dans la transmission de ses interventions pharmaceutiques ». L'enjeu est particulièrement notable pour l'accès aux données du DP en milieu hospitalier (urgences, anesthésie, gériatrie...). Le ministère chargé de la santé, la CNAMTS et l'ASIP sont membres du comité de suivi dont s'est doté l'Ordre.

La sécurisation de l'ensemble des systèmes informatiques officinaux concernés reste, comme la Cour l'avait constaté en 2009, à assurer : le niveau de protection informatique dans les officines demeure inégal, particulièrement dans celles dotées de dispositifs sans fil aisément piratables. L'ordre prévoit de diffuser un guide à cet effet en 2012. Une convention signée entre la Haute autorité de santé et l'ordre en 2009 doit aboutir à un référentiel de certification des logiciels (gestion des officines ; aide à la dispensation), afin de renforcer la pharmacovigilance. Le DP aurait, selon l'ordre, vocation à s'intégrer dans le futur dispositif de prescription électronique (sujet dont l'ASIP n'a, par ailleurs, pas été saisi).

L'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a mis en valeur le potentiel du DP en disposant que « *Pour des raisons de santé publique, le ministre chargé de la santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et l'Institut national de veille sanitaire peuvent accéder aux données anonymes* ».

*relatives aux médicaments qui sont hébergées dans le cadre du dossier pharmaceutique ».*

Le même article 23 a aussi prévu que « à titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, les médecins peuvent, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, consulter avec leur autorisation leur dossier pharmaceutique », une fois pris les textes d'application y afférents. Il est prévu que ces expérimentations aient lieu prioritairement dans les régions de déploiement actuel du DMP. L'usage du DP tend ainsi à rejoindre, toutes choses égales par ailleurs, celui d'un dossier de patient hospitalier et doit ainsi s'intégrer à terme à celui du DMP.

## **6. Certification**

Le rapport établi par la Cour en 2009 sur le DP avait recommandé une stratégie cohérente de certification des logiciels traitant de la dispensation des médicaments. L'article 32 de la loi n° 2011-2012 précitée a mis en œuvre cette recommandation.

## **7. Gains escomptés et évaluation scientifique**

L'enjeu est primordial pour le patient mais aussi pour l'assurance maladie, en réduisant les dépenses de consultation, de traitement, voire d'hospitalisation. Un comité d'évaluation scientifique a été constitué par le CNOP, composé de spécialistes indépendants. Dans un rapport de 2012, il estime à partir d'études ponctuelles, la plus récente portant sur le premier semestre 2010 (746 questionnaires fournis par 221 officines), que le DP permet cette prévention, mais il ne s'est approprié aucune statistique tendant à le démontrer. Il a noté que des études sont en cours et en a recommandé d'autres ainsi qu'une méthodologie appropriée. Le CNOP n'a pas invité le GIP, ne serait-ce qu'à titre d'observateur, à ce comité, mais lui a proposé une concertation pour assurer un parallélisme dans l'évaluation scientifique. Le GIP n'a pas donné suite à ce jour, et la tutelle ne l'y a pas invité.

## **Annexe 9. Propositions 2006 de la HAS, évaluation du DMP**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 23/06/06

### **« Évolution de la fréquence des événements indésirables, hors iatrogénie médicamenteuse dont la redondance, concomitants à la mise en œuvre du DMP »**

Comme prévu par la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical personnel (DMP) se met en place. Dans le respect du secret médical et du code de la santé publique, ce dossier permettra le suivi des actes et prestations de soins. Il visera à favoriser la coordination, la qualité et la continuité de soins, mais aussi la prévention. Les bénéfices attendus du DMP sont nombreux et concernent à la fois le patient et le professionnel. Les plus souvent cités sont :

- un respect accru des bonnes pratiques
- un gain de temps sur la communication d'informations
- une diminution du nombre de prescriptions injustifiées (particulièrement dans le cas de liens avec des systèmes d'aide à la prescription ou des rappels informatiques)
- une diminution des actes redondants
- une réduction des temps d'attente, des délais de prise en charge
- une diminution de l'iatrogénie

La littérature internationale est riche d'expériences de mise en place de dossiers médicaux électroniques, mais celles-ci incluent rarement une évaluation de leur efficacité.

#### **I- OBJECTIFS ET PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES**

##### Objectif de l'évaluation :

Le GIP DMP, à la demande du Ministre, a saisi la HAS pour faire des propositions pour la réalisation d'une évaluation de l'impact de la mise en place du DMP sur la prévention des événements indésirables hors iatrogénie médicamenteuse, dont la redondance.

##### Principes et champ de l'évaluation :

Sont considérés comme événements indésirables tous les événements néfastes pour le système de santé ou pour les patients. Ces événements surviennent dans le cadre de tout type de soins (prévention, diagnostic, thérapeutique, réhabilitation). Ils sont la conséquence d'un défaut de soins (omission) ou d'un défaut dans la planification ou la réalisation des soins (commission). Ils peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé des patients ou non.

La réalisation de l'évaluation ayant été fixée par le GIP DMP pendant la généralisation du DMP, ses objectifs sont avant tout d'améliorer les conditions de sa mise en œuvre et non d'étudier sa pertinence. C'est pourquoi la HAS a co-animé avec le GIP un groupe de travail pour définir les événements indésirables susceptibles d'être évités par l'existence du DMP et les événements indésirables susceptibles d'être générés par sa mise en œuvre. Le choix des critères de l'évaluation sera fait à partir de cette liste d'événements indésirables.

#### Justification du choix de la méthode d'évaluation

Il apparaît primordial à la HAS de présenter dans cette introduction les contraintes ayant accompagné la rédaction de ce protocole, qui d'une part justifient les modalités retenues pour l'évaluation et qui d'autre part expliquent que ce protocole devra être affiné lors du lancement de l'évaluation :

- L'absence de maîtrise du processus de généralisation du DMP (habituel dans ce type de démarche) exclut la possibilité d'un plan expérimental d'évaluation qui assurerait la robustesse du lien de causalité entre la réduction observée d'événements indésirables et la mise en œuvre du DMP. D'autres facteurs pourront influencer cette évolution comme le contexte général de réforme de l'assurance maladie, la mise en place du médecin traitant et la réforme des ALD. Pour cette raison, il apparaît plus raisonnable de parler d'une étude de l'évolution de la fréquence des événements indésirables concomitants à la mise en œuvre du DMP que d'une étude d'impact ;
- Les incertitudes concernant les conditions de déploiement du DMP (ampleur et rapidité de la généralisation) font que nous ne pouvons pas définir actuellement de plan d'échantillonnage ; La généralisation du DMP se fera probablement de manière progressive, le cas échéant par région. Il serait alors possible d'analyser les variations en volume des actes suivis dans le temps (pour une même unité géographique) et dans l'espace (entre deux unités géographiques).
- L'absence d'accès aux informations contenues dans le DMP nécessite de recourir à d'autres sources de données qui, en dehors des études ad hoc, ne permettront vraisemblablement pas de savoir quels patients individuellement ont un DMP (sauf en cas de croisement entre les données des hébergeurs et celles de l'Assurance Maladie). Ceci constitue l'une des limites majeures de notre évaluation ;
- Les incertitudes actuelles sur le contenu du DMP pourront remettre en question l'utilisation de certains des événements indésirables retenus dans ce protocole. Nous avons fait l'hypothèse que le DMP comportera des informations sur les actes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention. L'absence de certaines de ces informations devra naturellement remettre en question l'opportunité de les utiliser pour étudier l'impact du DMP ;
- La rareté attendue de certains événements indésirables nécessite, pour montrer un impact significatif, d'avoir un échantillon de grande taille.

### Principes méthodologiques retenus

Ces éléments expliquent que nous proposons l'utilisation des bases de remboursement de l'assurance maladie comme source principale de données. En effet, elles permettent la constitution d'un échantillon très grand et le suivi des critères d'évaluation sur une période longue. Cette période longue permettra la constitution de séries chronologiques, schéma d'étude améliorant la robustesse du lien de causalité par rapport aux schémas de type « avant-après ». La taille de l'échantillon permettra de limiter en partie les erreurs de mesure liées à l'imprécision des informations (absence de données cliniques) et du lien entre l'évolution de ces variables et le DMP (ces bases ne permettront pas de savoir quels patients ont un DMP). Les événements indésirables mesurés seront considérés comme des traceurs, dont l'évolution pourra être d'autant mieux rapportée à la mise en œuvre du DMP que la généralisation sera de grande ampleur sur une période courte.

En complément de l'utilisation des bases de remboursement de l'assurance maladie, nous proposons d'utiliser une étude épidémiologique sur la prise en charge du diabète (étude « Entred » réalisée par l'InVS en 2007) pour obtenir des données permettant de faire un lien plus précis entre la mise en œuvre du DMP et la qualité de la prise en charge de cette maladie. Cette partie de l'évaluation ne sera naturellement possible que si la généralisation se fait pendant l'étude Entred.

Les alternatives méthodologiques non retenues sont

- la réalisation d'une étude ad hoc (coût de l'évaluation très important)
- l'analyse approfondie des causes de survenue d'événement indésirables (méthode qualitative qui ne permettrait pas de quantifier l'impact).

L'ensemble de ces choix méthodologiques pourra être rediscuté au moment de la mise en œuvre de l'évaluation.

## **II- EVÉNEMENTS INDÉSIRABLES RETENUS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL**

La fréquence des événements cliniques indésirables non médicamenteux est trop faible pour pouvoir mettre aisément en évidence une diminution en corollaire de la mise en place du DMP. Le groupe de travail a néanmoins soulevé la possibilité de recourir à une méthode d'analyse ne faisant pas appel à la mesure de la fréquence mais à la mesure du délai écoulé entre deux événements indésirables. Cependant, le groupe de travail n'a pas identifié le ou les événements pour lesquels ce type d'analyse serait pertinent, dans le cadre de la généralisation du DMP.

Les événements indésirables identifiés portent donc sur des aspects du processus de prise en charge (actes diagnostiques et de prévention). Ils sont présentés dans un but pédagogique en quatre grands groupes (redondance, adéquation, fractionnement, prévention), dont les deux premiers ne sont pas mutuellement exclusifs.

Le groupe de travail n'a pas identifié d'événements indésirables générés par la mise en œuvre du DMP qui puisse faire l'objet d'une mesure.

Les résultats de cette évaluation seront très complémentaires de ceux des groupes de travail 4 (Délai d'accès à l'information – Information et communication entre professionnels de santé) et 5 (iatrogénie médicamenteuse). Étant donné la grande fréquence des événements indésirables liés à des défauts de coordination et d'information (enquête ENEIS), il est attendu que le groupe de travail 4 apporte des informations importantes sur le thème confié à la HAS, objet de ce présent protocole. Par ailleurs, nous abordons indirectement l'iatrogénie médicamenteuse par ses conséquences (les hospitalisations).

### **1. Redondance d'actes**

La redondance est définie comme la répétition d'un même acte, ou le recours à plusieurs actes non complémentaires mais dont l'accumulation n'apporte pas de valeur ajoutée diagnostique, ou le recours à des actes non complémentaires mais représentant la même valeur ajoutée diagnostique.

Le groupe de travail, considérant notamment les bases de données de l'assurance maladie, a sélectionné deux types d'actes :

- les sérologies virales,
- les examens d'imagerie (scanner puis IRM voire radiologie conventionnelle dans le cadre de l'exploration du rachis lombaire, par exemple).

Il est difficile de déterminer a priori l'inutilité de la répétition d'un acte, et cela sera impossible à vérifier en pratique. Par conséquent, le travail d'analyse ne pourra porter que sur des volumes globaux d'actes, constatés dans les remboursements de l'assurance maladie, à mettre en relation avec la généralisation du DMP.

#### Méthodologie de recueil proposée

- repérage du code de ces actes et suivi des volumes dans les bases de remboursement ;
- croisement de l'évolution du nombre d'actes constatée avec l'utilisation du DMP (sous réserve que cet item soit disponible dans les bases de l'assurance maladie), dans le temps et dans l'espace ;
- extension de l'analyse en rapportant le nombre d'acte aux individus concernés, sous réserve de la possibilité d'identifier les individus par numéro d'assuré et d'exclure les ayants-droits mineurs de l'analyse, car ils ne bénéficient pas du DMP.

### **2. Redondance de consultations**

Il est possible de suivre l'évolution du nombre de consultations, par individu. Mais, outre qu'il s'agit d'un indicateur très « macroscopique », il sera très difficile de dissocier l'impact de la mise en place du médecin traitant de celui du DMP.



### 3. Redondance d'hospitalisations

Définir à priori, et sans recours aux données du patient, la liste des hospitalisations redondantes est très complexe. Le groupe de travail s'est donc intéressé aux hospitalisations liées à l'iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées. Elles représentent environ 2 % de l'ensemble des hospitalisations (données de l'enquête ENEIS). L'hypothèse est que la connaissance par le DMP des prescriptions médicamenteuses des personnes âgées réalisées par différents professionnels permettra de réduire le risque d'événements indésirables médicamenteux à l'origine de ces hospitalisations. Il s'agit là encore d'un indicateur très « macroscopique ».

### 4. Pertinence, adéquation des soins

L'hypothèse est que le DMP peut améliorer la qualité de la prise en charge des patients, en facilitant et en objectivant le respect des recommandations, protocoles. L'inadéquation des prescriptions diagnostiques devrait diminuer. La réforme en cours des ALD, avec la mise en place d'un parcours de soins coordonné fondé sur les « guides médecins » élaborés par la HAS, sera cependant un facteur confondant dans l'analyse de l'impact du DMP sur ce type d'événement indésirable.

#### Méthodologie de recueil proposée

Dans le cadre de la prochaine étude Entred, échantillon national de patients diabétiques suivis par l'InVS, un item concernant l'utilisation du DMP pourrait être ajouté au recueil, et permettre de comparer les prises en charge des diabétiques et, notamment leur conformité aux recommandations, en fonction de l'existence du DMP.

Par ailleurs, en se fondant sur les bases de données de l'assurance maladie, on peut « tracer » l'évolution de la prise en charge en lien avec l'utilisation du DMP. Ainsi, il paraît intéressant de se fonder sur les recommandations des guides ALD et suivre :

- le dosage des transaminases, qui est nécessité deux fois par an pour le suivi d'une hépatite C sans traitement spécifique ;
- le dosage de la créatininémie, la kaliémie et la natrémie, nécessité deux fois par an pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à l'état stable.

S'agissant d'ALD, l'identification des pathologies dans les bases de données de l'assurance maladie est faisable, de même que les actes visés qui sont repérables par leur code.

Deux niveaux d'analyse sont envisageables :

- observation de la fréquence de ces dosages dans la population concernée, selon l'existence ou non du DMP
- mise en relation de cette fréquence de suivi avec la thérapeutique mise en œuvre, selon l'existence ou non du DMP, ce qui permettrait de montrer un lien entre amélioration du diagnostic et du traitement.

### 5. Fractionnement des soins

L'hypothèse est que l'existence d'une information sur des pratiques de fractionnement porté, grâce au DMP, explicitement au su de tous les professionnels en charge d'un patient, pourrait diminuer ces pratiques (principe d'autorégulation, autocensure).

Les membres du groupe de travail et les représentants de l'assurance maladie ont identifié plusieurs situations dans lesquelles le fractionnement des soins ne semble pas toujours justifié :

- la réalisation d'une coronarographie de diagnostic un jour, puis l'angioplastie coronarienne le lendemain ;
- actes de dermatologie et de phlébologie.

### 6. Prévention – Dépistages

L'hypothèse est que le DMP facilitera l'adhésion et le suivi des patients aux programmes de dépistage organisés, de favoriser la mise en place d'actions de prévention et d'améliorer le suivi de la couverture vaccinale. La littérature indique que l'un des effets attendus d'un dossier médical électronique les plus importants est l'amélioration des pratiques de prévention.

Les associations entre l'existence ou l'utilisation du DMP et les pratiques suivantes pourraient être étudiée :

- actes de vaccination (par exemple, antitétanique) ;
- participation aux programmes de dépistage organisés du cancer du sein (pour les femmes de 50 à 69 ans) et du cancer colorectal (pour les hommes et les femmes de 60 à 74 ans).

Il peut être envisagé de prévoir dans l'évaluation de ces programmes de dépistage l'existence du DMP pour les personnes concernées, sous réserve de la faisabilité de ce recueil pour l'InVS.

## III. Conclusion

Il semble difficile aujourd'hui<sup>61</sup>, compte tenu des contraintes citées en introduction, d'aller plus avant dans une proposition méthodologique. Ce protocole sera donc revu en temps opportun pour finaliser ce qui pourrait être une évaluation extrêmement utile et innovante ; innovante en terme d'approche méthodologique utilisée ; utile car délibérément orientée sur la recherche d'une optimisation de l'impact de la mise en œuvre du DMP. »

---

<sup>61</sup> Ce texte date de 2006.

### Annexe 10. Table des principaux sigles

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établ. de santé et médico-sociaux
ASIP Santé	GIP Agence des systèmes d'information partagés de santé
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
COP	Contrat d'objectifs et de performance
CPS	Carte de professionnel de santé
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Ex-Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMR	Dossier médical régional
DP	Dossier pharmaceutique
DPI / DPII	Dossier hospitalier de patient informatisé / interopérable
DPPR	Dossier patient partagé et réparti (Rhône-Alpes)
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEDER	Fonds européen de développement régional
FIQCS	Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESSP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics/ privés
FSE	Feuille de soins électronique
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE SESAM Vitale	Groupement d'intérêt économique SESAM-Vitale
GIP CPS	Groupement d'intérêt public - carte de professionnel de santé
GIP DMP	Groupement d'intérêt public - dossier médical personnel
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
HAS	Haute autorité de santé
INCa	Institut national du cancer
INS	Identifiant national de santé
HPST	Loi Hôpital, patients, santé, territoires
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (dit : de sécurité sociale)
PGSSI	Politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé
RNIAM	Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SISRA	Système d'information de santé de la région Rhône-Alpes

