



Inspection générale
des affaires sociales

Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations

TOME 1 : RAPPORT

Établi par

Charles de BATZ

Christian DUBOSQ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2018 -

- 2017-154R -

SYNTHESE

[1] Par lettre du 30 novembre 2017, la Ministre de la santé a saisi l'inspection générale des affaires sociales afin d'investiguer les possibilités de prendre de nouvelles mesures «de simplification de l'exercice des professionnels de santé de ville dans leur rapport avec les administrations.»

[2] La mission a procédé à une large consultation. Elle a pris en compte les relations avec les administrations de l'État, des collectivités locales et de la sécurité sociale dans l'exercice de l'activité de santé en ville.

[3] Elle a rencontré les organisations professionnelles et s'est déplacée dans certains territoires afin de recueillir la parole de professionnels de santé exerçant en cabinet, de façon isolée ou regroupée et en maison de santé pluriprofessionnelle. Elle a également pu observer des expériences locales intéressantes dans l'organisation des relations avec les administrations (ARS, MDPH, CPAM...).

[4] Les apports des expériences étrangères ont été obtenus grâce aux contributions des conseillers sociaux ou bien ont été mentionnés par des représentants des professionnels de santé ou ont été tirés de la documentation ouverte.

[5] La volonté de simplifier est étroitement liée à la complexité croissante de la réglementation et des relations sociales, en France comme à l'étranger.

[6] Différentes démarches de simplification existent. Elles ont été jusqu'à présent davantage tournées vers les assurés. Des mesures sont prévues par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ou relèvent de modifications réglementaires prises à l'initiative des administrations (certificats pour les pratiques sportives par exemple).

[7] Les principales simplifications concernent les relations entre l'assurance maladie et les professionnels. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) et les conventions avec les professionnels de santé contiennent des mesures de simplification : développement des téléservices, personnalisation de l'accompagnement, plateformes téléphoniques médico-administratives, facilitation de l'exercice pluriprofessionnel coordonné, etc.

[8] Dans plusieurs pays européens, la simplification administrative de l'exercice des professions de santé est une préoccupation nationale.

[9] En Espagne, où la gestion de la santé est confiée aux communautés autonomes, la simplification a constitué un axe important de l'action du gouvernement central. La mise en œuvre de l'ordonnance dématérialisée interoperable (e-prescription) a constitué l'axe essentiel de la simplification, accompagnée du déploiement du dossier électronique du patient et d'un numéro d'identification unique.

[10] En Italie, où, comme en Espagne la gestion de la santé est confiée aux régions, la simplification a été axée sur la dématérialisation et le développement du numérique : mise en œuvre de l'ordonnance numérique, déploiement du dossier médical électronique en voie d'achèvement et création d'un système public d'identification numérique.

[11] En Allemagne, les charges administratives «ressenties» par les professionnels de santé sont suivies avec attention au niveau fédéral comme à celui des *länder*. La charge «bureaucratique»

est mesurée par un index élaboré par l'association fédérale des médecins de caisse – KBV. Les parties prenantes sont associées à l'élaboration de tout nouveau formulaire. Le contrat de coalition de février 2018 du nouveau gouvernement met l'accent sur l'e-santé et l'e-administration en vue de réduire les charges administratives des professionnels de santé.

[12] Au Royaume-Uni, la pénurie de médecins généralistes incite au regroupement des professionnels et à de nouvelles répartitions des tâches. Des expérimentations sont conduites pour développer le rôle des secrétaires auprès des médecins généralistes, à l'image de ce qui se pratique déjà aux États-Unis où les assistants médicaux exercent des fonctions dépassant la gestion administrative. Le suivi des patients est aussi confié à des infirmières spécialisées (par exemple les patients diabétiques peuvent être suivis par des *diabetes specialist nurse*).

En France, les professionnels de santé ont le sentiment d'un accroissement des charges administratives leur incombant, mais cette complexité croissante est perçue différemment selon les professionnels.

[13] La multiplicité des sollicitations dont les médecins sont notamment l'objet participe à l'accroissement du sentiment de débordement. Les charges administratives cristallisent le malaise des professionnels de santé. Il ne s'agit pas d'une seule et même cause, mais plutôt de l'accumulation d'irritants qui alimentent le sentiment de complexité de l'exercice professionnel.

[14] Les motifs d'irritation les plus fréquents sont ceux liés à la facturation et à la gestion des paiements : rejet d'un lot de factures pour une seule refusée, absence du nom du patient concerné, rejet en raison de la situation des droits du patient, des termes des conventions et des nomenclatures, difficultés pour être payé des consultations d'AT/MP pour des patients de la fonction publique, ou pour des réquisitions, difficultés de compréhension des motifs avancés pour le rejet, etc. La question de la généralisation du tiers payant est donc très sensible.

[15] Moins que les contrôles, dont le principe est accepté, ce sont plutôt la tonalité des courriers et les méthodes de ciblage qui sont mises en cause. L'hétérogénéité des pratiques des caisses primaires, des ordres et des mutuelles, selon les départements est aussi un motif d'insatisfaction.

[16] Certaines étapes de la vie professionnelle sont compliquées, en particulier l'installation en ville. La représentation qu'en ont les futurs professionnels est complexe, parce que méconnue. Les étudiants ne sont formés ni à l'exercice libéral ni à la gestion d'une telle activité. Les changements et les départs peuvent être difficiles (passage d'un exercice isolé à un exercice regroupé, démarches administratives à renouveler, difficultés à trouver un successeur, impossibilité de transmettre un outil de travail – le cabinet, qui n'est plus aux normes d'accessibilité...)

[17] Les professionnels de santé exercent leur activité dans un environnement complexe et évolutif. Leur relation avec l'assurance maladie est régie par des conventions. La convention médicale est un texte peu accessible au non-initié. De multiples dispositifs d'aides se superposent dans le cadre des politiques incitatives de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales.

[18] Les règles d'accessibilité à leurs cabinets, le stationnement et l'accès aux centres des villes comme le coût du foncier et de l'immobilier en secteur fortement urbanisé sont tout autant des sujets de préoccupation.

[19] Les exigences croissantes de traçabilité et de coordination sont complémentaires. Mais elles nécessitent des évolutions de pratiques, d'organisation et des outils pour éviter de monopoliser le temps des professionnels de santé.

[20] Autant de sujets cumulés qui pèsent sur les conditions d'un exercice pour l'essentiel libéral, nuisant à son attractivité.

[21] Dans leur volonté de faire face à ces difficultés ou à ces évolutions, les professionnels de santé libéraux développent des initiatives. Ils se lancent dans des projets de regroupement ou de coordination. Ils mutualisent les fonctions support, coordonnent leur activité, répartissent différemment les tâches lorsque cela est possible, développent ou adoptent de nouveaux outils (par exemple pour la gestion de leur temps et des rendez-vous) et recourent à des prestataires. Toutefois, la conduite de ces projets leur est difficile en raison de la méconnaissance des méthodes d'ingénierie, d'animation et de mise en relation et de difficulté de maîtrise du langage administratif. De plus ces actions sont chronophages et empiètent sur leur activité et donc leurs revenus.

De nombreux chantiers de simplification ont été engagés et méritent d'être poursuivis et amplifiés

[22] Les professionnels attestent à la fois d'une amélioration de leurs relations avec les CPAM et du maintien de motifs cumulés d'irritations.

[23] La mission recommande que les actions de la CNAM au titre de la COG 2018-2022 pour renforcer sa gestion de la relation client (GRC) soient effectivement déployées. Il s'agit notamment de l'accompagnement personnalisé des professionnels de santé et de l'amélioration des outils numériques en particulier grâce à leur intégration aux logiciels métiers. Ces actions constituent aussi une nouvelle approche de la gestion du risque, fondée sur une logique de confiance et des services plus personnalisés.

[24] Il convient de faciliter les regroupements des professionnels de santé notamment en maison de santé pluriprofessionnelle et d'accompagner dans la durée les formes d'exercice coordonné.

[25] En effet, l'exercice regroupé simplifie les relations avec les administrations, en répartissant différemment les organisations de travail entre médecins, paramédicaux et administratifs, en mutualisant ou en externalisant des tâches. La coordination des professionnels nécessite de faire évoluer et de redéfinir les rôles de chacun et de bénéficier d'outils numériques itinérants adaptés et interopérables. La réussite de ces adaptations requiert de l'accompagnement et des outils pour modifier et simplifier les conditions d'exercice, et implique de former les futurs professionnels à l'exercice de ville.

[26] Il appartient également aux professionnels eux-mêmes de mieux recourir à des pratiques facilitantes comme l'usage des téléservices de l'assurance maladie, de modifier leur organisation en recourant à des prestataires de service, comme pour la prise de rendez-vous et d'investir dans les systèmes d'information.

[27] Enfin, certaines mesures ponctuelles de simplification doivent être déployées comme la dématérialisation du certificat médical pour les dossiers de demandes auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), l'uniformisation des formulaires de déclaration d'AT/MP de la fonction publique, la simplification et l'automatisation du traitement des demandes d'accord préalable (DAP).

Éviter la complexité et donner une cohérence d'ensemble aux évolutions du système de santé

[28] Comme le montrent les préoccupations des pays européens face à la demande de soins et à de relatives pénuries de médecins, il n'existe pas de solution unique et décisive. La simplification

passer par un ensemble de dispositions touchant au sens pratique, à l'organisation, à l'accompagnement, à l'association des parties prenantes, à la dématérialisation, au partage des informations métiers, mais aussi à la volonté de faire simple et à la coordination entre professionnels.

[29] Une cohérence d'ensemble des politiques publiques s'impose dans plusieurs domaines. Qu'il s'agisse de l'aménagement du territoire, de la création des infrastructures de communication (très haut débit - THD), en passant par la politique fiscale, la formation initiale et continue, la prévention, l'ambulatoire, la coordination et les relations ville hôpital.

[30] Une démarche de simplification en faveur des professionnels de santé en ville doit être pilotée pour être efficace. Elle doit rassembler les parties prenantes et relever d'une stratégie « gagnant-gagnant ». La simplification pourrait constituer un axe transversal de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) initiée par le gouvernement. Au moins cette transformation devrait-elle viser à prévenir ou empêcher la complexité. Un plan d'action pourrait être élaboré associant les représentants des professionnels de santé et piloté par le secrétariat général des ministères sociaux.

[31] Ce volet pourrait par exemple inclure le suivi des engagements de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie relatifs aux professionnels de santé, de la mise en œuvre des propositions relatives au virage numérique ainsi que des recommandations formulées dans ce rapport ou d'autres documents abordant ces sujets.

[32] Enfin, les professionnels attendent de l'État qu'il définisse la stratégie nationale de développement et d'usage des systèmes d'information en santé. Il doit assumer son rôle de régulateur ou d'incitateur, veiller à éviter la dispersion des efforts et à l'économie des moyens. Il est naturel qu'il puisse imposer l'interopérabilité des systèmes d'information en santé. Le cas échéant, il peut inciter l'usage voire pénaliser le non-usage des outils de coordination (DMP, MSS).

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
SOMMAIRE.....	7
RAPPORT.....	13
INTRODUCTION.....	13
1 LA SIMPLIFICATION.....	14
1.1 La simplification des relations avec les administrations.....	15
1.2 Différentes démarches de simplification existent.....	15
1.2.1 Les mesures de simplification prévues par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).....	16
1.2.2 Les mesures de simplification prévues par les conventions d'objectifs et de gestion (COG).....	17
1.2.3 La convention médicale, document complexe, comporte toutefois des mesures de simplification des conditions d'exercice et d'échanges avec l'assurance maladie.....	19
1.2.4 La simplification de l'environnement réglementaire.....	19
1.2.5 Les démarches de simplification sont appréciées par les professionnels, bien qu'elles aient été jusqu'à présent davantage tournées vers les assurés.....	20
1.2.6 Des initiatives pour simplifier la gestion administrative.....	22
1.3 Les exemples étrangers.....	25
1.3.1 Dans plusieurs pays européens, la simplification administrative de l'exercice des professions de santé est une préoccupation nationale.....	25
1.3.2 Aux États-Unis, les assistants médicaux exercent des fonctions dépassant la gestion administrative.....	29
2 UNE COMPLEXITE CROISSANTE PERÇUE DIFFEREMMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	29
2.1 Les professionnels ont le sentiment d'un accroissement des charges administratives leur incombant.....	31
2.1.1 La multiplicité des sollicitations participe à l'accroissement du sentiment de débordement administratif.....	31
2.1.2 Des irritants alimentent le sentiment de complexité de l'exercice professionnel.....	33
2.2 Certaines étapes de la vie professionnelle sont complexes, en particulier l'installation.....	39
2.2.1 L'installation en ville, une représentation complexe, parce que méconnue.....	39
2.2.2 Les changements et les départs sont des étapes compliquées.....	41
2.2.3 La conduite de projet est difficile et chronophage.....	42

2.3	Les professionnels de santé exercent leur activité dans un environnement complexe et évolutif auquel ils apportent certaines réponses.....	42
2.3.1	Les règles négociées entre l'assurance maladie et les professions de santé	42
2.3.2	Les règles complexes et multiples des politiques incitatives	43
2.3.3	Les règles d'accessibilité aux cabinets des professionnels de santé.....	43
2.3.4	Le stationnement et l'accès aux centres des villes	43
2.3.5	Le coût du foncier et de l'immobilier en ville	44
2.3.6	La traçabilité et la coordination	44
2.3.7	Les réponses des professionnels de santé.....	44
3	DE NOMBREUX CHANTIERS DE SIMPLIFICATION ONT ETE ENGAGES ET MERITENT D'ETRE POURSUIVIS ET AMPLIFIES.....	46
3.1	Les conditions de réussite d'une démarche de simplification en faveur des professionnels de santé de ville.....	46
3.1.1	Toute démarche de simplification volontariste doit être pilotée pour être efficace .	47
3.1.2	La simplification doit rassembler les parties prenantes et relever d'une stratégie « gagnant-gagnant »	47
3.2	Empêcher ou prévenir la complexité	49
3.2.1	Faciliter les regroupements des professionnels de santé en maison de santé pluriprofessionnelle.....	50
3.2.2	Accompagner dans la durée les formes d'exercice coordonné répondant aux orientations de la STSS	52
3.2.3	Aider la coordination des professionnels de santé par des outils adaptés et communicants	53
3.2.4	Appliquer le principe « dites-le-nous une fois »	53
3.3	Se doter d'une stratégie claire et cohérente pour les systèmes d'information.....	55
3.3.1	Favoriser l'interopérabilité et la rendre opposable sans délai	57
3.3.2	Faciliter l'intégration des téléservices de l'assurance maladie dans les logiciels métiers des professionnels	58
3.3.3	Dématérialiser les formulaires qui ne le sont pas encore	59
3.4	Les chantiers engagés par la CNAM	59
3.4.1	L'accompagnement des professionnels de santé, une nouvelle approche de la gestion des risques (GDR)	59
3.4.2	L'amélioration et le développement des outils numériques : un levier de simplification et de gestion du risque.....	60
3.5	La responsabilité des pouvoirs publics	64
3.5.1	Assurer la cohérence des politiques publiques	64

3.5.2	Veiller à l'accompagnement des professionnels de santé au cours de la formation et de leur exercice.....	65
3.5.3	Des mesures de simplification peuvent être rapidement prises sans dégrader la gestion du risque.....	66
	CONCLUSION	67
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	69
	LETTRE DE MISSION	71
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....	73
	LISTE DES ENCADRÉS, GRAPHIQUES ET SCHÉMAS	81
	SIGLES UTILISES	83
	BIBLIOGRAPHIE	87
	TOME 2 ANNEXES ET PIÈCES JOINTES	
	SYNTHESE.....	3
	SOMMAIRE.....	7
	RAPPORT.....	13
	INTRODUCTION.....	13
1	LA SIMPLIFICATION.....	14
1.1	La simplification des relations avec les administrations.....	15
1.2	Différentes démarches de simplification existent	15
1.2.1	Les mesures de simplification prévues par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) 16	
1.2.2	Les mesures de simplification prévues par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) 17	
1.2.3	La convention médicale, document complexe, comporte toutefois des mesures de simplification des conditions d'exercice et d'échanges avec l'assurance maladie.....	19
1.2.4	La simplification de l'environnement réglementaire	19
1.2.5	Les démarches de simplification sont appréciées par les professionnels, bien qu'elles aient été jusqu'à présent davantage tournées vers les assurés.....	20
1.2.6	Des initiatives pour simplifier la gestion administrative	22
1.3	Les exemples étrangers	25
1.3.1	Dans plusieurs pays européens, la simplification administrative de l'exercice des professions de santé est une préoccupation nationale	25
1.3.2	Aux États-Unis, les assistants médicaux exercent des fonctions dépassant la gestion administrative 29	
2	UNE COMPLEXITE CROISSANTE PERÇUE DIFFEREMMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE 29	

2.1	Les professionnels ont le sentiment d'un accroissement des charges administratives leur incombant.....	31
2.1.1	La multiplicité des sollicitations participe à l'accroissement du sentiment de débordement administratif.....	31
2.1.2	Des irritants alimentent le sentiment de complexité de l'exercice professionnel	33
2.2	Certaines étapes de la vie professionnelle sont complexes, en particulier l'installation	39
2.2.1	L'installation en ville, une représentation complexe, parce que méconnue.....	39
2.2.2	Les changements et les départs sont des étapes compliquées.....	41
2.2.3	La conduite de projet est difficile et chronophage	42
2.3	Les professionnels de santé exercent leur activité dans un environnement complexe et évolutif auquel ils apportent certaines réponses.....	42
2.3.1	Les règles négociées entre l'assurance maladie et les professions de santé	42
2.3.2	Les règles complexes et multiples des politiques incitatives	43
2.3.3	Les règles d'accessibilité aux cabinets des professionnels de santé.....	43
2.3.4	Le stationnement et l'accès aux centres des villes	43
2.3.5	Le coût du foncier et de l'immobilier en ville	44
2.3.6	La traçabilité et la coordination	44
2.3.7	Les réponses des professionnels de santé.....	44
3	DE NOMBREUX CHANTIERS DE SIMPLIFICATION ONT ETE ENGAGES ET MERITENT D'ETRE POURSUIVIS ET AMPLIFIES	46
3.1	Les conditions de réussite d'une démarche de simplification en faveur des professionnels de santé de ville.....	46
3.1.1	Toute démarche de simplification volontariste doit être pilotée pour être efficace .	47
3.1.2	La simplification doit rassembler les parties prenantes et relever d'une stratégie « gagnant-gagnant »	47
3.2	Empêcher ou prévenir la complexité	49
3.2.1	Faciliter les regroupements des professionnels de santé en maison de santé pluriprofessionnelle.....	50
3.2.2	Accompagner dans la durée les formes d'exercice coordonné répondant aux orientations de la STSS	52
3.2.3	Aider la coordination des professionnels de santé par des outils adaptés et communicants	53
3.2.4	Appliquer le principe « dites-le-nous une fois »	53
3.3	Se doter d'une stratégie claire et cohérente pour les systèmes d'information.....	55
3.3.1	Favoriser l'interopérabilité et la rendre opposable sans délai	57

3.3.2	Faciliter l'intégration des téléservices de l'assurance maladie dans les logiciels métiers des professionnels	58
3.3.3	Dématérialiser les formulaires qui ne le sont pas encore.....	59
3.4	Les chantiers engagés par la CNAM.....	59
3.4.1	L'accompagnement des professionnels de santé, une nouvelle approche de la gestion des risques (GDR)	59
3.4.2	L'amélioration et le développement des outils numériques : un levier de simplification et de gestion du risque	60
3.5	La responsabilité des pouvoirs publics.....	64
3.5.1	Assurer la cohérence des politiques publiques.....	64
3.5.2	Veiller à l'accompagnement des professionnels de santé au cours de la formation et de leur exercice.....	65
3.5.3	Des mesures de simplification peuvent être rapidement prises sans dégrader la gestion du risque.....	66
	CONCLUSION	67
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	69
	LETTRE DE MISSION	71
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	73
	LISTE DES ENCADRÉS, GRAPHIQUES ET SCHÉMAS	81
	SIGLES UTILISES	83
	BIBLIOGRAPHIE	87
	ANNEXES	89
	ANNEXES 1 : LA NOTION DE CHARGES ADMINISTRATIVES DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES N'EST PAS CERNÉE AVEC PRÉCISION	89
	ANNEXES 2 : LES CERTIFICATS MÉDICAUX POUR LA PRATIQUE DU SPORT	89
	ANNEXES 3 : HITEC ACT ET SES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'E-SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS.....	89
	PIÈCES JOINTES.....	91
	PIÈCES JOINTES 1 : AUTOBILAN CNAMTS FICHE 8 COG 2014-2017 DONNÉES ACTUALISÉES NOVEMBRE 2017.....	91
	PIÈCES JOINTES 2 : CONTRIBUTIONS DES CONSEILLERS SOCIAUX	91
	Allemagne.....	91
	Espagne	91
	Italie	91
	Royaume Uni.....	91
	PIÈCES JOINTES 3 : SANTÉ LANDES PRÉSENTATION ET BILAN D'ÉTAPE.....	91

RAPPORT

INTRODUCTION

[33] Par lettre du 30 novembre 2017, la Ministre de la santé a saisi l'inspection générale des affaires sociales afin d'investiguer les possibilités de prendre de nouvelles mesures « de simplification de l'exercice des professionnels de santé de ville dans leur rapport avec les administrations. »

[34] Charles de Batz et Christian Dubosq ont été désignés pour effectuer ces travaux.

[35] Cette mission a été annoncée au moment du lancement du plan d'action destiné à « renforcer l'accès territorial aux soins » par le Premier ministre et la Ministre de la santé lors d'un déplacement à Châlus en Haute-Vienne le 13 octobre 2017.

[36] Comme la lettre de saisine l'y invitait, la mission a procédé à une large consultation des professionnels de santé. Elle a pris en compte leurs relations avec les administrations de l'État, des collectivités locales et de la sécurité sociale dans l'exercice de leur activité.

[37] Elle a rencontré les organisations professionnelles de médecins, étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et des représentants des fédérations des maisons de santé pluriprofessionnelle et des centres de santé. Elle a complété ces entretiens nationaux par des rencontres de terrain. À cet effet, elle s'est déplacée dans certains territoires afin de recueillir la parole de professionnels de santé exerçant en cabinet, de façon isolée ou regroupée et en maison de santé pluriprofessionnelle. Elle a également pu observer des expériences locales intéressantes dans l'organisation de leurs relations avec les administrations (ARS, MDPH, CPAM...).

[38] Ces déplacements ont été coordonnés avec la mission d'appui aux délégués d'accès aux soins.

[39] La mission a sollicité les conseillers sociaux pour identifier les apports des expériences étrangères sur la façon dont la question de la charge administrative des professionnels de santé est abordée. Les contributions reçues montrent que la simplification est une préoccupation largement partagée dans les pays européens. Des exemples ont également été cités par des représentants des professionnels de santé ou ont été tirés de la documentation ouverte.

[40] Conformément à la lettre de mission, les travaux ont été centrés sur la simplification des relations entre les professionnels de santé et les administrations. La mission n'a pas traité de la simplification administrative au sens large. Elle a toutefois tenté d'évaluer ce que signifient ces termes pour les professionnels de santé. Des documents consultés et des entretiens qu'elle a conduits, elle a conclu que l'appréhension de cette notion est variable selon les interlocuteurs. Elle n'a pas tenté d'objectiver ou de mesurer le temps administratif des professionnels de santé, elle a considéré qu'elle devait prendre en compte leur propre perception.

[41] En revanche, les éléments relatifs au temps de travail des médecins libéraux ont été évalués par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans une étude dont les résultats ont été publiés en 2010, puis actualisés en 2012 pour les

médecins généralistes¹. Cette dernière publication mentionne que le temps de travail hebdomadaire est en moyenne de 57 heures, mais présente des disparités importantes selon les praticiens. Ces derniers consultent en moyenne 9 demi-journées par semaine. Près de 44 % assurent eux-mêmes leur secrétariat, mais cette proportion est variable selon les régions. Les tâches de gestion représentent en moyenne 4 heures (cf. annexe 1). La DREES conduira une nouvelle étude auprès d'un panel de 3 000 médecins en 2018.

[42] La mission n'a pas traité de la généralisation du tiers payant, mais elle a constaté les craintes des professionnels de santé. Ce sujet fait l'objet d'un précédent rapport de l'IGAS², complété par une contribution de l'IGAS au rapport devant être remis au Parlement conformément à l'article 63 de la LFSS pour 2018.

[43] Les relations que les professionnels de santé de ville peuvent avoir avec l'administration fiscale ou avec les organismes gérant leur protection sociale ou celle de leurs collaborateurs salariés ne sont pas traitées par la mission. Elles ne sont pas différentes des relations que les autres professions libérales ou salariées entretiennent avec ces administrations ou organismes.

[44] Le rapport présente les acceptions de la simplification selon différents points de vue. Il dresse un bilan synthétique des progrès accomplis en matière de simplification administrative en particulier liés à la dématérialisation d'un certain nombre de procédures que les professionnels de santé mettent en œuvre dans l'exercice de leur métier, à différents moments de leur carrière. Le rapport restitue la complexité croissante perçue différemment par les professionnels de santé. La mission s'est efforcée de cerner l'impact des orientations de la prochaine COG de la CNAMTS axées sur la simplification et enfin, propose des mesures de simplifications ou des dispositions visant à accélérer des processus déjà lancés.

1 LA SIMPLIFICATION

[45] Selon la littérature, la simplification est l'action de ramener à l'unité la plus petite, la moins complexe, la plus simple. Elle consiste à enlever de la complexité, à réduire les difficultés en donnant plus de cohérence à un ensemble. Elle peut-être aussi le fait de ne prendre en compte que les éléments essentiels, l'explication ou la description pouvant perdre de leur exactitude ou de leur précision.

[46] La volonté de simplifier est étroitement liée à la complexité croissante de la réglementation et des relations sociales, au premier rang desquelles figurent les relations entre les citoyens et les administrations. Il est attendu davantage de simplicité.

[47] Cette notion de perte ou de dégradation de la précision ou de l'exactitude de l'information doit être reliée à l'appréciation du niveau nécessaire et suffisant pour l'exercice des activités concernées.

¹ Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, *Activité et emplois du temps des médecins libéraux*, Document de travail, DREES, N° 98, mai 2010.

Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, *L'emploi du temps des médecins libéraux*, Dossiers solidarité et santé, DREES, N° 15, 2010.

Serge Jakoubovitch, Marie-Christine Bournot, Élodie Cercier, François Tuffreau, *Les emplois du temps des médecins généralistes*, études et résultats, DREES, N° 797, mars 2012.

² Fauchier-Magnan Émilie, Méjane Julien, Roger Juliette, Viossat Louis-Charles, *Évaluation de la généralisation du tiers payant*, n° 2017-111 R, octobre 2017, 86 pages.

1.1 La simplification des relations avec les administrations

Encadré 1 : Définition de la simplification selon la direction de l'information légale et administrative

La simplification des formalités et des procédures administratives consiste en une série de mesures pragmatiques et concrètes destinées à faciliter les relations entre l'administration et ses usagers. Ces dispositions concernent des domaines différents et ne répondent pas à un plan stratégique d'ensemble.

Il s'agit d'abord de supprimer des documents ou procédures fréquemment exigés auparavant.

[...]

La simplification vise aussi l'harmonisation des modalités et des délais des procédures administratives.

[...]

La simplification passe aussi par le développement de l'administration électronique.

[...]

Enfin, la simplification des démarches implique celle du langage administratif.

Source : Informations tirées du site vie-publique.fr

[48] La mission a retenu cette définition de la simplification pour les relations entre les professions de santé dans l'exercice de leur métier et les administrations. Elle correspond bien aux éléments recueillis auprès d'eux et couvre le champ des investigations.

[49] S'agissant des administrations, la mission a considéré qu'il s'agissait de celles avec lesquelles les professions de santé sont en relation pour leur exercice. Il s'agit donc pour l'État essentiellement des agences régionales de santé (ARS). Pour les collectivités, les maisons départementales du handicap (MDPH) et les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou intercommunaux (CIAS) paraissent les plus concernés. Cependant, à différents niveaux, les communes ou communautés de communes, les conseils départementaux et les conseils régionaux interviennent pour favoriser l'installation ou la reprise d'activité des professions de santé sur leur territoire. Pour les administrations de sécurité sociale, il s'agit prioritairement des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et de l'échelon local du service médical. Les autres régimes sont également concernés dans une moindre mesure. Mais les administrations de l'État et des collectivités le sont aussi pour les accidents du travail et les maladies professionnelles de leurs agents.

1.2 Différentes démarches de simplification existent

[50] Les mesures de simplification ont reposé essentiellement sur les possibilités de dématérialisation des imprimés et des procédures grâce au développement du numérique. Ensuite, les possibilités du numérique et les exigences des clients ou usagers ont transformé en profondeur « la gestion de la relation client » (GRC). Le secteur public n'échappe pas à cette transformation comme le montre le développement des initiatives et des projets répertoriés par [le portail de la modernisation publique](#).

[51] La simplification administrative a de surcroît un objectif d'économie de moyens. La mission ne traite pas de cet aspect même si la plupart des mesures de simplification administrative permettent des économies.

1.2.1 Les mesures de simplification prévues par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS)

[52] Les mesures de simplification proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale sont décrites à l'annexe 3 b du PLFSS. Elles portent essentiellement sur deux champs. Le premier regroupe les mesures de simplification de la gestion des prestations au profit des assurés dans l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Le deuxième champ comprend des mesures de simplification du recouvrement des cotisations qui sont destinées aux cotisants.

[53] Le développement des services en ligne, c'est-à-dire le prolongement d'une première étape qui a consisté en la dématérialisation des formulaires puis des procédures, concerne également les professionnels de santé³.

[54] Les principaux axes mentionnés par la LFSS pour 2018 sont des mesures d'amélioration de «la vie quotidienne des professionnels de santé». Il s'agit en particulier d'intégrer les téléservices de l'assurance maladie aux logiciels métiers qui outillent les professionnels dans leur exercice, mais aussi de sécuriser les échanges entre les médecins et les praticiens-conseils de l'assurance maladie et de déployer une messagerie sécurisée entre professionnels de santé. Le projet renvoie à la prochaine convention d'objectifs et de gestion – COG, pour le détail des mesures de simplification de l'exercice des professions de santé.

[55] Néanmoins, des mesures ponctuelles peuvent être prises par la LFSS dans le cadre des différents plans d'améliorations de l'offre de soins. Par exemple, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 simplifie les démarches d'installation des médecins libéraux (voir encadré ci-après).

Encadré 2 : Simplification de l'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés lors des démarches d'installation des médecins libéraux – Art. 25 de la LFSS 2018

Auparavant, l'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) était conditionnée à l'exercice de l'activité pendant un mois.

Ce délai correspondait à un sas d'affiliation. Mais il complexifiait les démarches liées à l'installation des PAMC en imposant une affiliation initiale en tant que professionnel libéral, avant de bénéficier des dispositions propres aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Par ailleurs, les étudiants en médecine non thésés qui effectuent des remplacements ne se constituent pas de droit à la retraite, freinant ainsi l'exercice d'une activité de remplacement.

Les textes ont été modifiés pour leur permettre d'être affiliés à un régime de retraite et ainsi de s'ouvrir des droits à retraite comptabilisés dans le même cadre que leur future activité.

Cette mesure simplifie la découverte du remplacement en exercice libéral pour les étudiants thésés et non thésés et répond au besoin de renforcement de l'offre de soins dans les territoires inscrits dans le plan national d'accès aux soins du Gouvernement.

La mesure, d'une part, supprime la condition de délai d'un mois pour l'affiliation au régime des PAMC et précise en conséquence les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces et, d'autre part, uniformise les règles d'affiliation au régime vieillesse pour couvrir les étudiants non thésés qui effectuent des remplacements.

³ cf. page 14 de l'annexe 3B du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2018.

Afin de simplifier les démarches des cotisants et de permettre une affiliation au régime vieillesse des étudiants non thésés, la condition d'exercice de l'activité conventionnée pendant un mois pour relever du régime des professionnels et auxiliaires médicaux est supprimée. Le critère déterminant pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux reste l'adhésion aux conventions.

En cohérence, s'agissant des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces que cette mesure rend nécessaires de préciser, la mesure renvoie aux règles applicables à l'ensemble des assurés du régime général.

Enfin, la mesure crée un article L. 640-2 dans le code la sécurité sociale qui permet aux étudiants non thésés effectuant des remplacements d'être affiliés à un régime de retraite et ainsi de s'ouvrir des droits retraite comptabilisés dans le même cadre que leur future activité.

Source : *D'après DSS.*

1.2.2 Les mesures de simplification prévues par les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

[56] Les COG des trois principaux régimes obligatoires d'assurance maladie CNAMTS, MSA et RSI, comportent des mesures de simplification essentiellement à destination des assurés sociaux. Ce sont les COG du régime général qui comportent des mesures à destination des professionnels de santé.

1.2.2.1 La COG 2014-2017 de la CNAMTS

[57] La COG 2014-2017 prévoyait de :

- Développer de nouveaux services dématérialisés pour les professionnels de santé – 14 actions ;
- Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de FIDES⁴ – 2 actions ;
- Mettre en place le référentiel de l'offre de soins – 2 actions.

[58] Ces orientations traduites dans la fiche 8 venaient consolider et renforcer le déploiement des téléservices dédiés aux professionnels de santé effectué au cours de la précédente COG 2010-2013. La fiche détaille les engagements de la CNAMTS et les actions à conduire ainsi que les échéances.

1.2.2.2 La COG 2018-2022 entre l'État et la CNAM comprend des mesures en direction des professionnels de santé

[59] La nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie signée avec l'État (ministère de la santé) à la mi-février 2018 comporte cinq axes :

- Renforcer l'accès au système de soins ;
- Contribuer à la transformation et à l'efficacité de notre système de santé ;
- Rendre aux assurés un service maintenu à un haut niveau de qualité ;
- Accompagner l'innovation numérique en santé ;

⁴ FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé.

- Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche.

[60] Chaque axe comporte des orientations qui visent explicitement les relations avec les professionnels de santé.

Encadré 3 : Orientations de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie comprenant des mesures pour améliorer les relations avec les professionnels de santé

L'orientation 1.3 « lutter contre les inégalités territoriales de santé » mentionne des mesures destinées à faciliter l'installation des PS, à déployer la télémédecine, à encourager la coordination. L'orientation 2.2 « renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de gestion du risque », prévoit de faire évoluer les démarches d'accompagnement des professionnels de santé en tirant les leçons de la mission 22 et de l'expérimentation du plan personnalisé d'accompagnement (PPA) des médecins⁵.

L'axe 3 comporte une orientation 3.3 « Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé ». L'objectif affiché est « à la fois une exigence de qualité de service » et aussi une contribution à l'allègement des tâches administratives pour « libérer du temps médical au profit du patient ». Cette orientation détaille ensuite les actions à mettre en œuvre par l'assurance maladie seule ou en partenariat avec les ARS.

L'axe 4 comporte lui plusieurs orientations relatives aux services numériques à déployer ou à améliorer pour les professionnels de santé. Il s'agit de la généralisation du dossier médical partagé, du recours à la télémédecine, de l'adoption de la prescription électronique articulée avec le projet de dématérialisation de la facturation en ligne. La CNAM prévoit également d'améliorer l'interopérabilité avec les autres régimes dans ses projets de développement ou d'amélioration.

Source : *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAM – 2018-2022.*

[61] Les différentes orientations sont détaillées dans les fiches thématiques annexées à la COG. Chacune des fiches comprend un tableau des engagements assortis des actions à réaliser par la caisse et les échéances correspondantes.

Encadré 4 : Principaux engagements de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie relatifs aux relations avec les professionnels de santé

La fiche 3 comporte les engagements de la branche pour favoriser les installations des professionnels de santé, notamment dans les zones sous denses ; pour contribuer au développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné ; pour améliorer la coordination des soins et pour déployer à grande échelle la télémédecine.

La fiche 5 comprend l'engagement à personnaliser l'accompagnement des professionnels de santé.

La fiche 9 détaille les engagements pour simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé. La caisse s'engage à poursuivre la simplification de l'utilisation du tiers payant pour en simplifier la généralisation. Elle renforcera l'accompagnement proposé par les délégués de l'assurance maladie et les praticiens-conseils en mettant en œuvre un nouveau partenariat plus personnalisé et plus réactif avec les médecins. Elle déploiera des plateformes regroupant des compétences médicale et administrative pour optimiser la relation téléphonique qui reste le mode de contact privilégié des professionnels de santé. Elle contribuera à la mise en place d'un service unique d'orientation et d'information en partenariat avec les ARS pour accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives depuis leur installation jusqu'à leur retraite.

⁵ Assurance maladie, projet d'entreprise, Mission déléguée 22/2015, *optimiser et améliorer les relations de l'assurance maladie avec les médecins* – Rapport final.

La fiche 11 décrit les actions de la branche pour étendre l'offre de service numérique de l'assurance maladie. Elle prévoit de conforter l'usage des téléservices par les professionnels de santé en proposant une gamme étendue de ces services via le portail pro de l'assurance maladie ou au sein des logiciels métier en partenariat avec les éditeurs de logiciels.

La fiche 12 indique les développements prévus par l'assurance maladie pour s'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients. Il s'agit en particulier de faciliter la coordination des professionnels de santé à travers l'utilisation du dossier médical partagé, de la messagerie sécurisée de santé de la prescription électronique d'outils d'aide à la décision ainsi que des retours d'informations sur leur pratique vers les professionnels de santé.

Source : *Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAM – 2018-2022.*

1.2.3 La convention médicale, document complexe, comporte toutefois des mesures de simplification des conditions d'exercice et d'échanges avec l'assurance maladie

[62] La convention médicale 2016-2021 organise les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. C'est un document long et complexe de 130 pages (470 en ajoutant les différentes annexes). Aussi, la CNAM propose un document de synthèse d'une soixantaine de pages destiné à traduire les dispositions de la convention dans un format plus accessible⁶. L'un des six axes de la convention prévoit de « simplifier les conditions d'exercice et d'échanges [des médecins libéraux] avec l'Assurance maladie ».

[63] La convention est complexe parce qu'elle traduit dans le détail des dispositions qui s'appliquent à différentes catégories de médecins et à des conditions d'exercice différentes pour favoriser l'installation ou le maintien dans certaines zones. Elle étend ou complète les modalités de rémunérations.

1.2.4 La simplification de l'environnement réglementaire

[64] Comme on l'a vu plus haut, la volonté de simplifier les relations entre les citoyens et l'administration est présente et se manifeste le plus souvent par des mesures législatives, un plan voire une loi spécifique⁷. L'administration elle-même s'empare de certains sujets et prolonge les dispositions législatives ou réglementaires par des instructions ou circulaires.

[65] Dans le domaine de la santé, la direction de la sécurité sociale a pris en 2011 l'initiative d'une circulaire destinée à rationaliser les certificats médicaux⁸ à la suite de travaux entamés en 2008 avec le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). La circulaire souligne que beaucoup de certificats médicaux n'ont pas de « fondement juridique ou ne comporte aucun contenu médical ». Le but est de « simplifier les tâches administratives de l'exercice libéral » pour libérer du temps « médical pouvant être consacré à la qualité des soins dispensés à leurs patients ».

[66] Elle récapitule en annexe les conditions réglementaires qui prévoient la production d'un certificat médical. Lorsque ces dispositions existent, les procédures ou les certificats exigibles doivent être simplifiés, harmonisés et dématérialisés. La circulaire mentionne explicitement la question des certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique sportive comme sujet dont

⁶ Il est disponible en ligne sur un site particulier : convention2016.ameli.fr.

⁷ Par exemple, le projet de loi pour un État au service d'une société de confiance, présenté au Conseil des ministres du 27 novembre 2017. (cf. [dossier législatif](#) sur le site de l'Assemblée nationale).

⁸ [Circulaire N° DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux.](#)

la simplification est examinée par un groupe de travail piloté par la direction des sports. Les dispositions législatives et réglementaires ont été modifiées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁹ (cf. présentation des nouvelles dispositions en annexe 2).

1.2.5 Les démarches de simplification sont appréciées par les professionnels, bien qu'elles aient été jusqu'à présent davantage tournées vers les assurés

- La priorité a été mise d'abord sur les services rendus aux assurés

[67] La première orientation des COG a été d'améliorer le service rendu aux assurés. Selon la CNAM, cela a accaparé les efforts de l'assurance maladie qui a pris conscience de la nécessité d'intensifier les efforts de gestion des relations avec les professionnels de santé. Ce sujet a fait l'objet d'une mission déléguée en 2015 « optimiser et améliorer les relations de l'assurance maladie avec les médecins ».

[68] La COG 2014-2017 comportait des actions en direction des professionnels de santé. Le bilan de ces actions a été développé dans le rapport d'évaluation de la COG relatif à la gestion du risque¹⁰.

[69] De même les démarches auprès des maisons départementales du handicap apparaissant complexes, un programme de simplification « IMPACT » a été initié. Il est conduit sous l'égide du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec l'Assemblée des départements de France (ADF). Lancé début 2014, il a pour objectif la simplification des démarches des demandeurs et la réduction des délais de traitement.

[70] Un nouveau formulaire de certificat médical a été élaboré puis testé avant d'être déployé sur l'ensemble du territoire. Comportant 8 feuillets au lieu de 4, il est plus aéré et compréhensible. Cerfatisée, la nouvelle version peut être remplie sous format PDF, mais n'est pas dématérialisée : elle doit être imprimée et signée par le médecin. Une campagne de communication vers les médecins libéraux aurait été utile pour présenter ce nouveau certificat. La plupart de ceux que la mission a rencontrés ont indiqué l'avoir découvert au moment de la demande formulée par un de leurs patients.

⁹ [Loi n°2016-41](#), titre V : Mesures de simplification, article 219.

¹⁰ [Méjane Julien, Rey Jean-Louis, Viossat Louis-Charles, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque, n° 2017 — 007R, IGAS, septembre 2017, 114 pages.](#)

[Émilie Fauchier-Magnan, Valérie Saintoyant, Pierre Videment, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Qualité de service et organisation du réseau, n° 2017 — 008R, IGAS, septembre 2017, 118 pages.](#)

Les données d'utilisation des téléservices arrêtées au 1^{er} novembre 2017 figurent en pièce jointe.

Encadré 5 : La démarche IMPACT « innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires »

La démarche IMPACT a été lancée à la suite d'une enquête du SGMAP effectuée en 2013 auprès des personnes handicapées. Plus d'un tiers considérait comme complexes les démarches administratives liées à la prise en charge de leur handicap.

En particulier, parmi les difficultés identifiées, le certificat médical était considéré comme souvent mal rempli et peu informatif. Les questions posées étaient mal comprises et les espaces insuffisants pour les réponses à apportées. Un nouveau certificat a été élaboré en collaboration avec les URPS médecins et le Conseil national de l'ordre et expérimenté dans les départements du Nord et du Calvados.

Après cette phase d'expérimentation, le nouveau certificat, plus aéré et ergonomique, a été déployé nationalement depuis le 8 mai 2017.

Source : CNSA

[71] La démarche IMPACT a été complétée par d'autres mesures de simplification issues des décisions de la conférence nationale du handicap de 2014. Certaines de ces mesures permettent d'éviter le renouvellement des demandes et donc des certificats médicaux lorsque la situation du bénéficiaire n'est pas susceptible d'évolution.

Encadré 6 : Mesures de simplification pour les dossiers de demandes MDPH

Les dispositions :

- du [décret n° 2015-387 du 3 avril 2015](#) relatif à la durée d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés pour les personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ouvrent la possibilité d'étendre jusqu'à 5 ans, la durée d'attribution de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) lorsque le taux d'invalidité est compris entre 50 et 80 %.
- du [décret n° 2017-122 du 1er février 2017](#) relatif à la réforme des minima sociaux donnent la possibilité d'étendre jusqu'à 20 ans la durée d'attribution de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et du complément de ressources lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 80 %, si le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.
- du [décret n° 2015-1746 du 23 décembre 2015](#) relatif au certificat médical joint à la demande déposée en maison départementale des personnes handicapées allongent de 3 à 6 mois la durée de validité du certificat médical servant de justificatif aux demandes d'AAH (sauf pour les pathologies évolutives spécifiques).

Source : CNSA

[72] Pour les admissions en EHPAD, un dossier unique de demande d'admission a été institué¹¹. Puis, la procédure a été dématérialisée dans la plupart des régions grâce à ViaTrajectoire¹². Toutefois, dans certains départements qui n'adhèrent pas encore à ce service, le médecin traitant peut avoir à remplir des dossiers de demande d'admission différents pour un même patient¹³. Dans les territoires dans lesquelles ViaTrajectoire est déployé, certains EHPAD peuvent encore utiliser un dossier papier que le médecin doit compléter.

¹¹ [Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles](#)

¹² [ViaTrajectoire](#) est un portail d'orientation développé initialement en Rhône-Alpes puis étendu dans la plupart des régions. Il permet d'effectuer les démarches d'admission en EHPAD en ligne (constitution du dossier, recherche d'établissement et consultation des réponses).

¹³ Par exemple en Loire Atlantique un médecin généraliste a eu à remplir trois dossiers de demande d'admission, tous différents, pour un patient. Le département n'adhère pas encore au portail « ViaTrajectoire » selon les informations données par le portail.

- Les efforts faits en direction des professionnels sont perçus et appréciés

[73] L'évaluation de la COG 2014-2017 faite par l'IGAS mentionne «un bilan globalement positif pour la CNAMTS »¹⁰. Elle indique que 15 des 18 engagements de la fiche ont été tenus. Un seul indicateur de résultat n'a pas été atteint. Le bilan synthétique de la fiche 8 a été actualisé par la CNAMTS à fin 2017 pour le développement des téléservices et figure en pièce jointe.

[74] Les professionnels de santé rencontrés par la mission, en particulier les plus anciens, ont confirmé la nette amélioration des relations avec l'assurance maladie et des services rendus par les téléservices.

1.2.6 Des initiatives pour simplifier la gestion administrative

[75] Différentes initiatives ont été prises pour offrir des services aux professionnels de santé visant à alléger une part des travaux périphériques à l'exercice médical. Elles sont prises par des associations, des sociétés privées ou des collectivités.

1.2.6.1 Des prestations de service se développent pour l'accompagnement

[76] En dehors des services de gestion administrative offerts par les cabinets de comptables et de gestion du secrétariat, un panel de services est désormais offert¹⁴. Il peut s'agir d'un accompagnement par de l'ingénierie de projet par exemple, mais aussi aller jusqu'à la prise en charge totale du projet de constitution de cabinet de groupe ou de centre de santé, en passant par l'acquisition du terrain puis la construction, la location et la gestion de l'ensemble par le prestataire.

[77] La constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle peut être accompagnée plus ou moins fortement par les ARS, les collectivités, les fédérations de maison de santé ou par des prestataires. Des initiatives ont été prises par plusieurs conseils départementaux pour maintenir l'accès aux soins primaires sur leur territoire (cf. illustrations dans l'encadré ci-après).

Encadré 7 : Accompagnements proposés par les conseils départementaux des Yvelines et de l'Isère

Le conseil départemental des Yvelines (78)

En vue de garantir l'accès aux soins de santé primaires dans les Yvelines, le conseil départemental a adopté en juin 2016 deux dispositifs d'aide visant à la coréalisation de maisons médicales par les collectivités et les professionnels de santé libéraux :

- Le soutien départemental aux maisons médicales, dont le bâti est propriété du département ou d'une collectivité (commune ou établissement public de coopération intercommunale – EPCI), à destination des professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en libéral.

L'aide du département dans le cadre d'un projet communal ou intercommunal est constituée d'une avance remboursable jusqu'à 100 % du montant éligible plafonné à 2 M€. Sont éligibles les dépenses d'acquisition foncière, de construction ou de réhabilitation des cabinets médicaux et parties communes, le logement pour les stagiaires et/ou les remplacements et les abords (rampe d'accès, parc de stationnement...

- l'aide à un poste de secrétariat médical.

¹⁴ Pour mémoire, il convient d'ajouter les associations de gestion agréées – AGA, pour les questions fiscales.

Pour accompagner les professionnels de santé médicaux et paramédicaux des maisons médicales financées par le département, ce dernier propose une aide au financement du secrétariat médical des maisons de santé. Le but est de libérer du temps accordé aux soins et de permettre aux professionnels de santé de se recentrer sur leur métier. La subvention est attribuée sur trois ans pour financer le salaire brut d'un poste plafonné à 30 k€ par an. Elle est dégressive, couvre 100 % la 1^{ère} année, 70 % la 2^{ème} et 40 % la 3^{ème} et dernière année.

Le conseil départemental de l'Isère (38)

Afin de garantir un accès aux soins et de lutter contre la désertification médicale, le conseil départemental a mis en place un dispositif d'accompagnement des jeunes médecins pour leur installation en Isère. Ce dispositif agrège plusieurs actions et s'appuie sur un partenariat avec l'ARS, la faculté de médecine et les collectivités. Il s'est étendu à l'ordre des médecins et au service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Il comprend des bourses d'étude (56 k€ sur trois ans), l'augmentation du nombre de médecins tuteurs de stage en participant à leur formation (750 € pour perte de patientèle), l'aide à l'acquisition de matériel lors de la première installation (10 k€ au maximum) et l'accompagnement lors des stages en Isère. Le conseil départemental a présenté son dispositif lors du congrès national des médecins généralistes enseignants en novembre 2016 et l'a promu lors du congrès ISNAR-IMG à Valence les 26 et 28 janvier 2018. L'objectif est de favoriser l'installation de 60 médecins en 4 ans en binôme dans les communes ciblées. Ce dispositif s'adapte à la situation dans le département et aux attentes des jeunes médecins et des partenaires, il complète les autres dispositifs (ARS et CPAM).

Source : Conseil départemental des Yvelines et conseil départemental de l'Isère.

Encadré 8 : Exemples de prestation de services complète par une société privée

La société ESPAGE (Équipes de Soins Primaires, Accompagnement, Gestion, Exploitation) revendique le fait de dégager les professionnels de santé « de toute activité administrative »...

Elle propose trois types de service : aide à la coordination de l'équipe de la MSP et des projets, reprise de l'ensemble des contrats de gestion du fonctionnement de la MSP et aussi la prise en charge totale de la gestion de la MSP à travers une offre de création : « La MSP tout compris en trois étapes ».

Ces étapes consistent en premier lieu à fournir un accompagnement au montage du projet de santé soumis ensuite à l'agrément de l'ARS et de l'assurance maladie. En deuxième lieu, le prestataire assure la gestion des aspects immobiliers, quel que soit le projet (construction, rénovation ou reprise à bail). En troisième et dernier lieu, le prestataire propose d'assurer les services logistiques et de soutien au fonctionnement de la maison de santé.

La société PS Concept propose également des prestations qui couvrent l'ensemble des services nécessaires à la conduite d'un projet de MSP. Cet accompagnement permet aux praticiens de se concentrer sur l'exercice de leur activité en se libérant des contraintes logistiques liées à la réalisation du projet.

1.2.6.2 Les outils numériques

[78] Des initiatives sont prises par diverses parties prenantes pour apporter un soutien aux professionnels de santé. Par exemple elles visent à simplifier les opérations de gestion du temps ou autorisent des consultations à distance avec un appareillage simple à base de technologie Internet.

[79] Les considérations relatives à la politique e-santé sont développées dans la partie 3.

➤ En matière de gestion du temps et d'organisation

[80] On observe une croissance rapide des services de réservation en ligne. Ces prises de rendez-vous par Internet dans des créneaux ouverts par les professionnels de santé selon l'organisation de leur travail allègent et facilitent la tâche de secrétariat. Ce dernier peut ainsi répondre à d'autres sollicitations ou accomplir d'autres tâches. Pour le patient, l'avantage est d'avoir une lisibilité importante sur les disponibilités et cela évite des appels téléphoniques

infructueux. Il peut gérer également sa réservation, selon ses propres contraintes, les modifications ou l'annulation étant possible en ligne.

[81] Le plus souvent, des créneaux de rendez-vous sont rendus indisponibles à la réservation en ligne pour permettre la prise de rendez-vous le jour même pour les soins non programmés.

[82] Ces applications prévoient de plus des modalités de rappel des échéances de rendez-vous souvent pris plusieurs semaines voire mois à l'avance. Ces rappels par mail, mais surtout par SMS permettent de réduire le nombre des rendez-vous non honorés.

Encadré 9 : Exemple de service de gestion d'emploi du temps des professionnels de santé : Doctolib

Doctolib revendique 40 000 professionnels de santé et 12 millions de patients. Le développement est très rapide ces derniers mois, l'entreprise déployant de nouvelles prestations de service.

Il est indiqué que 5 % de l'activité est constitué par la prise de rendez-vous contre 95 % pour la gestion des agendas des professionnels de santé. L'objectif est de réduire les temps de gestion et de secrétariat. Doctolib indique que le système des rappels de rendez-vous par mail ou SMS permet de réduire significativement les rendez-vous non honorés qui font perdre du temps aux professionnels de santé et gaspille des créneaux de rendez-vous. 8 % en moyenne des rendez-vous ne seraient pas honorés sans préavis. Grâce à Doctolib, ce pourcentage serait seulement de 2 % ce qui permet d'améliorer la gestion de la file d'attente.

Doctolib indique que le temps gagné serait compris entre 2 h et 2 h 45 par semaine par professionnel ce qui représenterait 11 millions de consultations en 1 an ou l'équivalent de 1 300 médecins (données novembre 2017 avec 30 000 professionnels de santé abonnés dont 40 % de spécialistes, 20 % de généralistes, 20 % de chirurgiens-dentistes et 20 % de paramédicaux et de sages-femmes). Si Doctolib travaille pour l'instant essentiellement avec les médecins libéraux (environ à 80 %), plusieurs établissements de santé sont déjà abonnés et le logiciel est déployé à l'AP-HP. La part hospitalière pourrait donc augmenter rapidement.

Doctolib déploie une prestation de service complète visant à accompagner l'appropriation du logiciel par les professionnels et leur assistante (aide à l'installation, formation, support en ligne et assistance téléphonique). Il prévoit de développer les fonctionnalités utiles à la coordination des soins.

Doctolib se heurte à un marché fragmenté sur lequel coexistent des systèmes incompatibles. L'interfaçage avec les logiciels métiers est souvent difficile. Est donc posée la question de l'interopérabilité et celle de l'opposabilité des normes.

➤ En matière de télémédecine

[83] Le concept de télémédecine n'est pas nouveau. Toutefois, les dispositifs conçus jusqu'à présent (chariots) étaient plutôt lourds et coûteux. Plusieurs fabricants proposent désormais des solutions légères et économiques, à base de technologies sécurisées, plus ou moins simples.

Encadré 10 : Exemple de solution légère pour les téléconsultations, développée par la start-up TokTokDoc

TokTokDoc est une initiative privée pour mettre à disposition des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes – EHPAD, un système de télémédecine très simple. Il s'agit d'une tablette qui accepte des objets connectés comme un stéthoscope par exemple. Une tablette par EHPAD suffit. Ce système pourrait être utilisé à domicile par les infirmières si la réglementation le permettait.

[84] Une solution légère, comme celle proposée par TokTokDoc, est simple à mettre en œuvre. Elle répond à un besoin qui a assuré son succès auprès des EHPAD. Cette solution reconnue pourrait être étendue pour des usages à domicile par des professionnels paramédicaux dans un cadre sécurisé parce qu'elle répond à un besoin aujourd'hui non couvert. Une simplification de la

réglementation est attendue par les acteurs afin de faciliter le déploiement de ces outils, au risque, qu'à défaut, des usages non sécurisés à base de smartphones ou tablettes se développent.

1.3 Les exemples étrangers

1.3.1 Dans plusieurs pays européens, la simplification administrative de l'exercice des professions de santé est une préoccupation nationale

[85] D'une façon générale, les éléments recueillis auprès des conseillers sociaux dans les pays européens montrent une préoccupation constante relative à la charge administrative des professionnels de santé, dans des conditions de fortes demandes de soins et de relative pénurie de professionnels. Ils attestent de l'importance du développement de la e-santé et de la coordination.

[86] Les principaux points sont mentionnés dans le rapport. Les contributions des conseillers sociaux figurent en pièce jointe.

1.3.1.1 En Espagne, comme dans d'autres pays européens, l'administration électronique est encouragée

[87] Le système de santé est géré localement par les 17 Communautés autonomes en étroite coordination avec le gouvernement central. Ce dernier conserve la gestion de la politique du médicament et de la formation médicale et paramédicale.

[88] Dès 2012, le gouvernement central s'est préoccupé de réformer les administrations publiques. L'un des axes porte sur la simplification administrative. L'administration électronique a alors été encouragée. Dans le domaine de la santé, il s'agit de la mise en œuvre de l'ordonnance électronique interopérable du système national de santé.

- Le système permet de retirer les médicaments prescrits par le médecin dans n'importe quelle pharmacie du pays grâce à l'accès électronique à cette prescription ;
- il améliore la qualité de la prise en charge en partageant les informations des professionnels de santé sur la prescription et la délivrance de médicaments pour un même patient ;
- il facilite le déploiement de systèmes d'information permettant aux Communautés autonomes de connaître les prescriptions/dispensations d'ordonnances aux patients qui se déplacent d'une Communauté à une autre.

[89] Parallèlement à cette e-prescription, se met en place un numéro unique d'identification des patients et un dossier électronique dit « histoire clinique digitale interopérable ». Ce dossier est un outil d'échange destiné à faciliter la coordination autour du patient qui a accès aux informations le concernant.

- En matière de développement des outils numérique, des avancées ont eu lieu dans certains pays européens, par exemple pour la prescription électronique.

Encadré 11 : L'e-prescription au niveau européen

la France accuse du retard vis-à-vis de ses voisins européens qui ont déjà déployé des solutions de dématérialisation de la prescription en s'appuyant sur une base nationale partagée (à l'exception de l'Espagne) avec un accès aux données par les prescripteurs, les prescrits¹⁵ ou les patients (Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Belgique...)

En Espagne, chaque région autonome a construit une solution de dématérialisation des prescriptions autour d'une base de données régionale. Afin que les assurés puissent se procurer les médicaments prescrits dans les pharmacies des différentes régions, le ministère de la Santé a construit un hub national permettant d'interconnecter les bases de données régionales. À ce jour, quelques régions, comme celle de Madrid, ne sont pas encore connectées au système national.

Le périmètre des prescriptions dématérialisées se limite principalement aux médicaments, comme au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas. En Belgique, les prescriptions de soins physiologiques et des soins infirmiers sont également dématérialisées. En Italie, les prescriptions de transport sanitaire font partie du périmètre.

Source : CNAM.

1.3.1.2 En Italie, la simplification a été engagée en 2001 par la dématérialisation des certificats médicaux d'arrêt de travail et se poursuit par le développement du numérique

[90] Dans le domaine de la santé, l'Italie a d'abord simplifié la gestion administrative des certificats médicaux rédigés dans le cadre d'accidents de travail et/ou de maladies professionnelles. Ces documents sont désormais centralisés par l'institut national de prévoyance sociale et sont échangés par voie électronique.

[91] L'Italie a poursuivi son effort de simplification par la substitution progressive de l'ordonnance papier par l'ordonnance électronique à partir de 2010. Elle permet au patient de se faire délivrer les médicaments dans n'importe quelle pharmacie du territoire et non plus seulement dans sa région d'origine.

[92] Le dossier médical électronique (*fascicolo sanitario elettronico* ou FSE) a été mis en place à partir de 2012 au niveau régional. Il permet la conservation et la consultation des données de prises en charge du patient. Le déploiement doit être achevé d'ici 2020. Le gouvernement a prévu par ailleurs une interconnexion nationale de l'ensemble des bases régionales.

1.3.1.3 En Allemagne les charges administratives « ressenties » sont suivies avec attention

[93] La réduction des charges qualifiées de « bureaucratiques » a été engagée depuis 2010. Un modèle de coûts standards adapté d'un outil de mesure quantitatif des Pays-Bas est utilisé pour estimer l'impact des décisions politiques en amont et *a posteriori*. L'association fédérale des médecins de caisse – KBV¹⁶, publie depuis 2016 un index des charges administratives des médecins¹⁷. Après avoir diminué entre 2013 et 2016, l'étude du KBV relève une augmentation de 0,2 % entre 2016 et 2017. Cette augmentation correspond à 115 000 heures de travaux administratifs en plus selon l'enquête du KBV.

¹⁵ Les prescrits sont par exemple : les pharmacies d'officine et mutualistes, les laboratoires de biologie médicale, les centres de radiologie et d'imagerie médicale, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les infirmières. Les prescripteurs sont les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes...

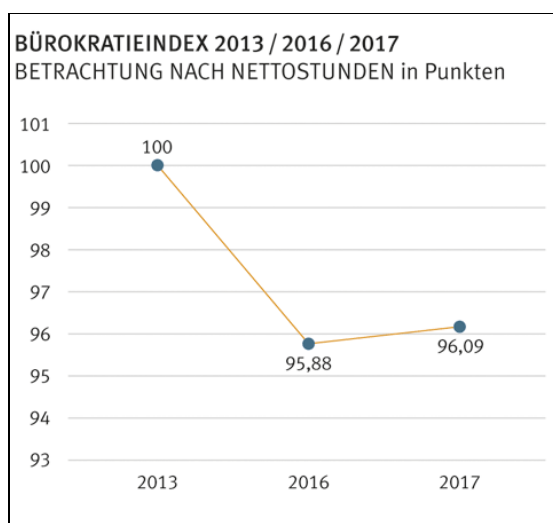
¹⁶ KBV : Kassenärztliche Bundesvereinigung.

¹⁷ [Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung - BIX 2017](#) Index de bureaucratie pour 2017.

[94] Au niveau fédéral comme à celui des *länder*, les acteurs tentent de mieux cerner la question de la « bureaucratie ressentie ». Les enquêtes tendent à montrer que moins que le travail administratif lui-même, c'est la rationalité de certaines tâches qui est en cause (formulaires qualifiés d'absurdes). Aussi, des « laboratoires de formulaires » ont été mis en place afin d'associer les parties prenantes à toute évolution des tâches à teneur administrative.

[95] L'accent sur l'e-santé et l'e-administration est mis en avant dans le contrat de coalition SPD-CDU/CSU de février 2018. L'objectif affiché est celui d'une réduction drastique des tâches bureaucratiques en matière d'exercice médical. Les professionnels de santé sont en attente des mesures concrètes qui leur permettront de constater cette réduction de charge administrative.

Graphique 1 : Évolution de l'index « bureaucratique » publié par le KVB, entre 2013 et 2017 en %.



Source : KVB

1.3.1.4 Au Royaume-Uni, la pénurie de généralistes incite au regroupement des professionnels et à de nouvelles répartitions de tâches

[96] Le système de santé NHS¹⁸ s'organise autour des médecins généralistes. Ces derniers sont responsables de la coordination des soins. Ils orientent les patients vers les professionnels paramédicaux ou vers les médecins spécialistes. Pour plusieurs raisons, la pénurie de médecins généralistes incite à la recherche de mesures d'allègement des charges de travail des médecins.

[97] Une étude publiée en 2015 mentionnait que 4,5 % de leur temps pourrait être dégagés en simplifiant l'accès aux généralistes sans avoir à réorganiser les rendez-vous ou bien à rechercher les résultats des analyses effectuées à l'hôpital¹⁹. Une partie des consultations, 5,5 %, pourraient être effectuées par d'autres professionnels de santé.

[98] L'accent est donc mis sur les évolutions des tâches à organiser entre les professionnels de santé et en particulier pour les tâches administratives dévolues aux médecins généralistes (*general practitioner – GP*).

¹⁸ NHS : National health service.

¹⁹ [Making time in general practice. Freeing GP capacity by reducing bureaucracy and avoidable consultations, managing the interface with hospitals and exploring new ways of working](#), octobre 2015.

- « À Brighton et Hove, dans le cadre d'un programme pilote, 48 cabinets médicaux ont ainsi développé des protocoles permettant aux personnels administratifs de lire et, dans toute la mesure du possible, de traiter la correspondance médicale. Cette pratique a permis de libérer chaque jour environ 40 minutes du temps de travail des médecins généralistes.
- En ce qui concerne les autres personnels médicaux, plusieurs évolutions se traduisent (plus ou moins directement), par un allègement des formalités administratives qui pèsent sur les médecins :
 - depuis 1998, la prescription de médicaments peut être déléguée à des infirmiers prescripteurs, autorisés à prescrire de façon plus ou moins indépendante et à suivre les patients atteints de maladies chroniques une fois le diagnostic établi par le médecin. Le nombre d'infirmiers ayant suivi la formation nécessaire a ainsi augmenté de 37 % entre 2006 et 2009 (entre 1995 et 2008, la proportion de consultations effectuées par les infirmiers est passée de 21 % à 35 % des consultations totales). En 2014, plus de 54 000 infirmiers ou sages-femmes étaient prescripteurs.
 - des *advanced nurses* (infirmiers au niveau avancé) peuvent aussi se substituer aux médecins pour évaluer les besoins de santé des patients, mettre en place des plans de prévention, etc. » (cf. encadré ci-après relatif au suivi des patients diabétiques par les *diabetes specialist nurse*).

[99] Pour tenir compte des constats sur les relations entre les GP et les hôpitaux, les autorités s'emploient également à redéfinir l'organisation de ces relations. Si les objectifs premiers sont des objectifs de qualité et d'économie, des allègements de la charge administrative des GP sont aussi recherchés.

[100] Enfin, depuis 2010, les GP ne sont plus dans l'obligation de délivrer des certificats médicaux pour justifier les arrêts maladie en dessous de 7 jours ou d'autres certificats demandés par les écoles, compagnies aériennes ou d'assurance. Ces services sont fournis, mais facturés.

[101] L'allègement des charges administratives est aussi naturellement passé par le regroupement des médecins de ville et d'autres professionnels de santé en cabinet de groupe.

Encadré 12 : Le suivi des diabétiques au Royaume-Uni par les *Diabetes specialist nurse* (DSN)

Les DSN sont des infirmières spécialisées dans les soins aux personnes diabétiques. Leur rôle s'est développé et accru ces dernières années avec l'augmentation du nombre de diabétiques et la complexité des traitements. En 2016 le nombre de DSN était estimé à 1 400.

Une partie des DSN exerce exclusivement dans les établissements de santé (47 %) un peu moins d'un tiers (29 %) exerce seulement pour les soins primaires et un quart environ a un exercice mixte (24 %). Leur rôle implique un haut degré d'autonomie et des responsabilités étendues : soins cliniques, éducation des patients et formation professionnelle. Les DSN jouent un rôle clé en éduquant et en aidant les patients à s'auto-gérer.

En tant que spécialistes du diabète, plus de 90 % des DSN dispensent des formations sur le diabète et assurent le soutien et le conseil à d'autres professionnels de santé.

Enfin des études montrent que l'action des DSN réduit la durée du séjour à l'hôpital, améliore la satisfaction des patients et que cette fonction est efficiente²⁰.

Source : *Diabetes UK, données 2016.*

²⁰ Davies M, Dixon S, Currie CJ et al (2001). *Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomised controlled trial. Diabetic Medicine* 18; 301-307 ;
Sampson MJ, Crowle T, Dhatariya K et al (2006). *Trends in bed occupancy for inpatients with diabetes before and after the introduction of a diabetes inpatient specialist nurse service. Diabetic Medicine* 23 (9) ; 1008-1015
Rutter CL, Jones C, Dhatariya KK et al (2013). *Determining in-patient diabetes treatment satisfaction in the UK - The DIPsat study. Diabetic Medicine* 30 (6) ; 731-738 ;
Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC et al (2012). *The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists : a randomised controlled trial with 2-year follow-up. Journal of Advanced Nursing* 68; 1224-34.

1.3.2 Aux États-Unis, les assistants médicaux exercent des fonctions dépassant la gestion administrative

[102] Cette fonction a été citée à plusieurs reprises par des représentants des médecins libéraux pour illustrer une manière de gagner du temps médical.

[103] Plusieurs métiers existent pour la gestion administrative des cabinets médicaux : *medical office administrator* et *medical assistant*, soit assistant ou secrétaire administratif et assistant médical.

[104] Le *medical office administrator* est en fait un secrétaire avec des fonctions administratives étendues. Chargé de la gestion des informations, des achats du matériel médical, des fournitures de bureau, il peut aussi assurer la gestion de projet. Il accueille les patients, les oriente et fait également l'accueil téléphonique. Il a aussi des tâches de comptabilité, de facturation des patients, la préparation des documents financiers et fiscaux et le traitement des factures. C'est une fonction que l'on rencontre déjà dans certaines MSP²¹.

[105] Le *medical assistant* est également un secrétaire ou un assistant, mais se voit confier des tâches supplémentaires dans le domaine médical. Ces responsabilités diffèrent selon la loi de l'État dans lequel est située l'institution médicale. Cependant, ces fonctions comprennent notamment :

- Recueillir les antécédents médicaux du patient avant la consultation si nécessaire (question sur l'historique, traitements médicaux et allergies), et relever leurs signes vitaux (tension, pouls, rythme respiratoire, température) éventuellement taille et poids ;
- informer le patient et répondre à ses questions, expliquer les différents types de procédures de traitement ;
- préparer les patients pour la consultation avec le médecin ;
- assister si nécessaire le médecin pendant les examens ;
- collecte des échantillons si nécessaire et des résultats du laboratoire ;
- Dans certains cas, l'assistant peut effectuer des tests de laboratoire de base ;
- Les assistants aident à éliminer les déchets de soins à risques infectieux ;
- Ils sont également chargés de stériliser et de nettoyer les équipements médicaux ;
- Organiser l'équipement des salles d'examen, avec tous les autres équipements ou instruments utiles.

[106] Ces opérations sont décrites dans des protocoles élaborés par le médecin.

2 UNE COMPLEXITE CROISSANTE PERÇUE DIFFEREMMENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

[107] En France, les représentants des professionnels de santé expriment publiquement, et le plus souvent sans ambages, leurs critiques d'un système de « plus en plus administré »²². Ils

²¹ Par exemple à la MSP de Bletterans visitée par la mission, l'une des secrétaires est spécialisée dans la comptabilité.

²² À titre d'exemple, la réponse du Dr Patrick Bouet, Président du CNOM, le 26 mars 2018 dans le journal L'Opinion : « Qu'est-ce qui décourage aujourd'hui les médecins généralistes de s'installer ? Imaginez-vous un pilote de chez Air

dénoncent le temps que les professionnels doivent consacrer aux relations avec leur environnement administratif. Ils y ajoutent parfois un sentiment de défiance ressentie à leur égard de la part de leurs interlocuteurs administratifs.

[108] Au cours des entretiens qu'elle a conduits avec des professionnels de santé, la mission a cependant constaté que la perception de leurs relations avec les administrations est très variable. Elle dépend de plusieurs facteurs, dont la profession, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, mais surtout de l'organisation personnelle du professionnel de santé. Les observations de la mission rejoignent celles qui figurent dans les travaux conduits par la DREES²³ : le mode de traitement – en anticipation, au fil de l'eau, en rattrapage, influe beaucoup sur la perception qu'ont les médecins de la charge administrative. Ces charges cristallisent le malaise des professionnels. Ce que confirment les entretiens conduits par la mission. C'est aussi le constat de la mission d'évaluation de la COG 2014-2017 de la CNAMTS relative à la gestion du risque.

[109] La mission déléguée 22/2015 de l'assurance maladie²⁴ rappelait que cette cristallisation n'était pas un fait nouveau.

Encadré 13 : Perception de la complexité par les médecins selon la mission déléguée 22 de l'assurance maladie

Les médecins évoluent dans un environnement qu'ils jugent de plus en plus complexe. Les contraintes administratives leur paraissent de plus en plus prégnantes et ils sont en correspondance avec de multiples interlocuteurs (assurance maladie, industrie pharmaceutique, confrères, médecin du travail, ordre, syndicats, haute autorité de santé, éditeurs de logiciels, réseaux de santé, établissements de soins, EHPAD).

Source : *Rapport mission déléguée 22/2015.*

[110] Cette perception de la complexité s'inscrit dans un contexte général qui influe sur cette perception : celui d'un système de santé encadré avec ses régulations économiques, ses critères de qualité, ses conventions assurance maladie – syndicats de professionnels, etc.

[111] Le positionnement de l'assurance maladie, prioritairement et traditionnellement axée sur le respect de la réglementation et le contrôle de la délivrance des prestations, n'a pas favorisé l'instauration d'une relation de confiance et de partenariat.

[112] Les ARS, elles, sont perçues comme les institutions chargées d'organiser les soins de ville : permanence des soins ambulatoires, installation en zones prioritaires, coordination territoriale, santé publique, etc.

France qui passerait deux jours par semaine dans les bureaux à remplir des papiers au lieu de piloter ? C'est pareil pour les médecins, qui consacrent aujourd'hui 30 % de leur temps à accomplir des tâches administratives. Cela crée chez eux un sentiment de souffrance et de pénibilité. Je rappelle qu'ils ont été formés pour pratiquer la médecine. » À ces aspects, le Président du CNOM cite d'autres contraintes qui se sur ajoutent : « Il y a également des contraintes environnementales fortes dans certains territoires, par exemple une forte insécurité, et puis il y a les changements de comportement des acteurs du système de santé et notamment la détérioration des liens entre médecine de ville et l'hôpital. Cette semaine j'ai passé quarante-cinq minutes en ligne avec un hôpital pour trouver un lit en neurologie à l'un de mes patients, j'ai eu cinq médecins différents au téléphone, pour au final m'entendre dire que j'envoie mon patient aux urgences. »

²³ Voir annexe 1.

Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, *Activité et emplois du temps des médecins libéraux*, Document de travail, DREES, N° 98, mai 2010.

Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, *L'emploi du temps des médecins libéraux*, Dossiers solidarité et santé, DREES, N° 15, 2010.

Serge Jakubovitch, Marie-Christine Bournot, Élodie Cercier, François Tuffreau, *Les emplois du temps des médecins généralistes*, études et résultats, DREES, N° 797, mars 2012.

²⁴ Op cit.

[113] Les syndicats des professionnels de santé n'ont pas manqué de souligner des divergences de pratiques selon les CPAM, selon les ARS qui créent des sentiments d'iniquité dans le traitement de situations estimées comparables. Ils soulignent qu'ils ont de bonnes relations avec la CNAM, ce qui permet de porter à la connaissance du Directeur général des situations qui leur semblent nécessiter l'intervention de la caisse nationale.

[114] Ces différences de pratiques et d'efficacité sont également signalées pour les organisations professionnelles (conseils ordinaires, URPS par exemple).

[115] Pour sa part, la mission constate que les professionnels de santé ont le sentiment d'un accroissement des charges administratives leur incombant. Certaines étapes de la vie professionnelle sont perçues comme particulièrement compliquées, notamment celle de l'installation. Les professionnels de santé exercent effectivement dans un environnement complexe et évolutif auquel ils apportent certaines réponses.

2.1 Les professionnels ont le sentiment d'un accroissement des charges administratives leur incombant

[116] Les activités des professionnels de santé, comme pour d'autres professions, comprennent une part de tâches administratives éloignées de leur cœur d'activité, en l'occurrence la santé des patients.

[117] Mais, d'une façon générale pour eux, la notion de charge administrative a tendance à englober l'ensemble des tâches administratives, plus ou moins reliées à l'exercice de la profession. Ainsi, certaines tâches liées à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sont considérées comme des tâches administratives qui viennent s'ajouter à l'existant. La rédaction de certificats ou formulaires en relation avec l'état de santé du patient est assimilée à une charge administrative alors qu'elle est directement liée à l'exercice médical. Il y a désormais un amalgame entre toutes les charges qui pèsent sur les professionnels de santé.

[118] Cet amalgame provient pour l'essentiel de la multiplicité des sollicitations qui participe à l'accroissement du sentiment de débordement administratif que renforce une somme d'irritants.

2.1.1 La multiplicité des sollicitations participe à l'accroissement du sentiment de débordement administratif

[119] Le ressenti d'un débordement de tâches administratives est lié à leur multiplicité et non à quelques sujets majeurs.

2.1.1.1 La multiplicité de sollicitations « administratives » participe à la perception d'altération des conditions d'exercice, en particulier de celles des médecins

[120] La signature du médecin est créatrice de droits divers (en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, pour les personnes handicapées et les personnes âgées, pour justifier des absences ou des exemptions, pour obtenir des aides, des remboursements ou des prêts, etc.). Le médecin intervient pour permettre au patient ou à ses ayants droit de faire la preuve de sa situation vis-à-vis de telle ou telle administration, institution, fédération sportive, association ou société privée.

[121] Le cumul de ces actes fondés sur une analyse et un examen médical prend du temps et ils ne sont pas déléguables, au moins en l'état actuel du droit en France. Par ailleurs, les « informations médicales demandées par les administrations » peuvent être considérées comme des demandes d'« informations administratives », avec autant d'interprétations spontanées que de professionnels.

[122] Ces confusions renvoient souvent à d'autres considérations : le temps requis pour renseigner la demande au-delà du travail clinique, l'existence ou non d'une réglementation justifiant d'une demande, la capacité du professionnel à bien formuler le bon diagnostic et ses conséquences²⁵, le caractère répétitif, non dématérialisé ou non rémunéré du renseignement de la demande, etc. Chaque professionnel apporte une réponse différente qui dépend de son organisation personnelle, de sa charge de travail et de la conception de son métier. Mais indépendamment de ces différentes modalités de réponse, la somme de ces sollicitations administratives ou considérées comme telles constitue « un problème en soi » pesant sur les conditions d'exercice.

2.1.1.2 Des sollicitations pour des certificats et attestations toujours importantes

➤ Activités sportives

[123] L'obligation de fournir un certificat médical pour la pratique d'un sport est désormais très encadrée et limitée par le code du sport (cf. annexe 2). La nouvelle réglementation est mieux connue et les médecins se chargent d'informer leur patient le cas échéant. Quelques associations toutefois demandent encore des certificats pour des activités périscolaires ce qui ne correspond pas à la réglementation.

➤ Demandes pour justifier

[124] Ces demandes sont fréquemment vécues comme irritantes et chronophages, d'autant plus lorsqu'elles ne se fondent pas sur des textes réglementaires.

[125] Ainsi, quand un parent doit amener exceptionnellement pendant ses horaires de travail un enfant en consultation, il demande une attestation spécifique au médecin alors que l'ordonnance atteste de la consultation réalisée. C'est le cas aussi de la fourniture d'un certificat médical pour justifier une absence à la cantine afin que le repas ne soit pas facturé, alors que l'enfant n'est pas en classe pour cause de maladie. C'est le cas également pour l'absence à une séance de travaux dirigés à l'université, les absences étant pénalisées pour la validation d'un cursus.

[126] Il a été porté à la connaissance de la mission des demandes de certificats d'adaptation à un poste de travail réclamé tous les six mois par un ministère employeur. De même, des demandes de certificat d'arrêt de travail par un employeur alors que le certificat d'hospitalisation tient lieu d'arrêt de travail.

[127] Des médecins sont sollicités pour justifier des demandes d'aide-ménagère de la part d'une mutuelle, sans toujours se sentir qualifiés pour déterminer l'ampleur du besoin et sans percevoir exactement ce que la réponse peut déclencher comme aide. Le même sentiment peut prévaloir pour une demande de certificat pour les CDAPH.

²⁵ Un médecin généraliste a confié à la mission sa difficulté à bien poser et formuler un diagnostic pour des personnes handicapées psychiques (type de pathologie, sévérité, troubles associés...), en cas de demande d'aides auprès d'une MDPH.

[128] Ces demandes mobilisent du temps de consultation et du temps de rédaction. Et certaines périodes de l'année sont fortement embolisées par ces demandes, en particulier lors des reprises d'activités sportives ou associatives et en période d'épidémies.

[129] Enfin, il faut signaler les dossiers médicaux à constituer pour les assurances adossées à des demandes de prêt. Une personne peut être conduite à remplir plusieurs demandes comportant chaque fois un dossier médical dont la forme peut différer d'un organisme à l'autre. Toutefois le médecin est rémunéré par l'organisme pour renseigner le(s) dossier(s). C'est peut-être une des raisons pour laquelle les médecins rencontrés n'ont pas mentionné ce point ou parce que souvent il s'agit de médecins sous contrat avec ces organismes. Néanmoins un seul et même dossier cerfatisé et dématérialisé, valable pour tous les organismes simplifierait la tâche des médecins (un peu comme le « dites-le nous une fois » de l'administration pour les changements d'adresse)²⁶.

► Certificats MDPH, APA, Maisons de retraite

[130] Ces sujets sont fréquemment revenus lors des entretiens de la mission.

[131] Pour les dossiers constitués afin de solliciter des droits à la CDAPH et déposés à la MDPH du département, un certificat médical unique et nouveau, cerfatisé, a été déployé à partir d'avril 2017. Le remplissage en ligne et la transmission électronique ne sont pas encore possibles. À l'heure actuelle, le document au format PDF peut être rempli par ordinateur, mais doit ensuite être édité et signé. Il est donc archivé soit en version papier, soit il est scanné et archivé au format PDF. Un temps de remplissage d'une demi-heure est couramment avancé par les médecins rencontrés.

[132] Les certificats médicaux pour les dossiers d'admission dans un EHPAD ne sont pas tous au même format alors que depuis 2012, existe un dossier unique²⁷ (cf. paragraphe [72]).

[133] Des demandes de certificats pour des aides en faveur des personnes âgées, en appui par exemple d'un dossier de demande de l'APA, ont été rarement mentionnées par les interlocuteurs de la mission.

[134] La question des renouvellements (ALD et CDAPH) est posée par de nombreux professionnels pour des pathologies ou handicaps sans perspective d'amélioration. Ainsi est critiqué le renouvellement d'une ALD pour un diabète à 10 ans alors que c'est une pathologie à vie. Des professionnels ont regretté auprès de la mission que des dossiers de renouvellement de demandes auprès de certaines CDAPH leur parviennent avec l'obligation de les renseigner à nouveau, alors qu'ils pourraient pour des raisons médicales cocher la case « sans changement de situation ». Mais cette partie du formulaire leur a été transmise rayée.

[135] Certains médecins indiquent faire les formalités hors consultation pour éviter de perdre du temps ; d'autres au contraire les font en présence du patient.

2.1.2 Des irritants alimentent le sentiment de complexité de l'exercice professionnel

[136] Les irritants sont des dysfonctionnements ou des difficultés mineures, dont la survenue n'empêche pas le déroulement de l'activité. Pris isolément, ils ne constituent pas d'inconvénient majeur. Cependant, la fréquence d'occurrence d'un même irritant, ou l'accumulation de plusieurs d'entre eux fait naître de l'exaspération et ces irritants cristallisent les mécontentements. Ce sont

²⁶ La loi dite Hamon sur la consommation a considérablement assoupli les conditions de changement d'assureur pendant la durée d'un prêt, afin que les emprunteurs puissent faire jouer la concurrence, pas seulement au moment de la demande de prêt, mais pendant sa durée. Les demandes de dossiers médicaux à fournir pourraient donc augmenter.

²⁷ Cerfa n° 14732*01.

donc l'accumulation ou la multiplication de ces faits qui sont ensuite considérés comme un ensemble insupportable.

[137] Ces accumulations constituent les déterminants essentiels des difficultés constatées. Les travaux de la mission déléguée de l'assurance maladie en 2015 en attestent également. La perception des professionnels recueillie par la mission, l'analyse qu'elle en a faite et celle de l'assurance maladie convergent.

Encadré 14 : Les principaux irritants identifiés par l'assurance maladie

Quatre domaines d'irritabilité sont identifiés :

- Complexité administrative (formalités et documents) : 55 % de médecins insatisfaits ;
- Gestion des réclamations : 47 % de médecins insatisfaits ;
- Accès à l'information fournie : 34 % de médecins insatisfaits ;
- Facturation : 26 % de médecins insatisfaits.

Les irritants sur la complexité administrative concernent la gestion des droits liée à la gestion du dossier patient, les démarches médico-administratives et celles médico-sociales et la gestion du dossier du médecin.

Pour la gestion des droits du patient, quelques exemples : le dispositif réglementaire « incompréhensible » qui permet au service médical de statuer en cas d'arrêt de travail se prolongeant au-delà de 6 mois, et d'une manière générale la législation complexe de la gestion des AT/MP sujette à de nombreux contentieux possibles ; les échéances ALD entraînant un règlement des soins à 65 %.

La mission 22 relève que « le vieillissement de la population, les problématiques de démographie médicale, l'évolution de la précarité, la méconnaissance et la dispersion des dispositifs locaux (CLIC, MAIA, MDPH, services sociaux, CCAS...) se traduisent par des tâches administratives complexes ». Et tout cela converge vers les médecins, généralistes principalement.

L'examen des principaux motifs de réclamations pour l'ensemble des professions de santé montre que l'item « paiement-codification » est à l'origine de 96,7 % de celles-ci en 2015 (voir suite dans l'Encadré 15 :). La mission indique que l'information sur la prise en compte de la réclamation et le suivi de son traitement est une exigence indispensable pour agir durablement sur cet irritant.

Source : Mission déléguée 22/2015 assurance maladie.

2.1.2.1 Difficultés de paiements et de prise en compte des droits des patients

[138] Le sujet des difficultés de paiement s'inscrit dans le contexte de celui du tiers payant. Le mécontentement des médecins face à la généralisation du tiers payant est un facteur révélateur d'un certain malaise. Ce dossier très sensible a donné lieu à un premier rapport de l'IGAS²⁸ qui est complété par une contribution de l'IGAS au rapport devant être remis au Parlement conformément à l'article 63 de la LFSS pour 2018.

[139] La mission n'a donc pas traité du tiers payant avec les professionnels rencontrés, mais elle a constaté des craintes manifestes, la diversité des pratiques d'ores et déjà et les solutions trouvées²⁹.

²⁸ Fauchier-Magnan Émilie, Méjane Julien, Roger Juliette, Viossat Louis-Charles, *Évaluation de la généralisation du tiers payant*, n° 2017-111 R, octobre 2017, 86 pages.

²⁹ Les pharmaciens le pratiquent, y compris pour la part relevant des organismes d'assurance maladie complémentaires, ainsi que la majorité des infirmiers et des masseurs kinésithérapeutes qui peuvent pratiquer un tiers payant de fait en jouant sur les décalages dans le temps entre les télétransmissions et les encaissements de chèques par exemple.

[140] Les paiements et la prise en compte des droits des patients concernent tous les professionnels de santé de la ville, libéraux ou non. Ils renvoient à la rémunération correspondant au temps passé et aux actes pratiqués, à la vérification de l'encaissement, mais aussi aux pratiques des professionnels, et donc aux risques d'observations, de contrôles, de répétition d'indus, de sanctions.

[141] Les interlocuteurs des CPAM de la mission et les travaux de la mission 22-2015 attestent que ces sujets de facturation, de paiements et de droits des patients sont majoritaires dans les demandes de renseignements ou de réclamations des professionnels auprès des organismes de sécurité sociale³⁰. Mais les professionnels rencontrés attestent aussi des progrès de fiabilisation et de délais de paiement liés à la télétransmission.

Encadré 15 : Facturation et règlements

Les délais de règlement et leur régularité obtiennent des taux de satisfaction honorables, respectivement 85,5 % et 81,6 %. Mais les refus de paiement existent et des motivations fréquentes reviennent :

- « votre patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou ne vous a pas donné son bon nom »,
- « votre patient a changé de numéro de sécurité sociale »,
- « votre patient n'est pas affilié à notre caisse »,
- « votre patient n'est pas à jour de ses droits », etc.

Pour facturer correctement, le médecin doit connaître :

- la législation maladie, maternité, invalidité, accident de travail, maladie professionnelle,
- la nomenclature et les cotations en rapport avec sa spécialité,
- la convention et ses avenants tarifaires,
- et interroger son patient pour connaître sa situation médico-administrative (ALD, régime, parcours de soins, âge, etc.).

La mission 22/2015 indique également que des dispositifs de contrôle interne amènent à solliciter le médecin pour répondre aux obligations de maîtrise des risques, par exemple en obtenant la pièce justifiant la réalisation de l'acte en cas de flux dégradés (feuille de soins papier).

Le règlement des actes est un motif d'irritations ou de tensions pour les médecins, mais aussi pour tous les professionnels de santé, en cas de refus de paiements.

Source : *Mission déléguée 22/2015 assurance maladie*

[142] La première préoccupation exprimée auprès de la mission concerne les rejets de facturation : même s'ils peuvent s'avérer peu nombreux, le temps pour la recherche des erreurs et leur rectification est long et complexe. Il est manifeste que bon nombre de médecins ne prennent pas ce temps, et renoncent alors à des paiements. C'est le cas particulièrement de professionnels qui exercent plus ou moins de façon isolée, sans secrétariat présent dans les locaux³¹.

³⁰ 30 % des appels concernent la situation du patient (droits des patients suivant leur carte Vitale, risques professionnels, ALD) et 25 % sont relatifs au paiement et à la codification (remboursements, rejets et retours Noémie, remplissage de la feuille de soins), selon le rapport de la Mission 22/2015 de l'assurance maladie.

³¹ Des professionnels de santé ont avancé des proportions de 5 à 10 % de factures non recouvrées. Ce peut-être aussi le cas en exercice regroupé. Par exemple, à la MSP de Bletterans, il est estimé que 10 à 15 % des facturations transmises à l'AM ne sont finalement jamais payées. On peut estimer que 5 à 10 % environ des consultations ou des soins réalisés par les professionnels de santé de ville ne sont pas payés (c'est-à-dire, ne sont payés ni par le patient ni par l'assurance maladie et/ou ni par les assurances complémentaires).

[143] En effet, les notifications mentionnent le numéro de la facture, mais pas le nom du patient concerné, ce qui complique la recherche. Les professionnels rencontrés ont signalé des rejets de lots complets de factures, alors qu'une seule en est la cause. Les rejets de factures télétransmises ne peuvent être corrigés que par l'émission d'une nouvelle feuille de soins sous forme papier³².

[144] Pour leur part les pharmaciens, les laboratoires de biologie, mais aussi les médecins spécialistes pratiquant des actes techniques ou des centres de santé disposent d'une infrastructure (salariés, prestataires extérieurs) qui leur permet de traiter ces rejets auprès de l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais aussi des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC).

[145] De nouveaux motifs d'irritation liés à la rémunération des professionnels de santé apparaissent et vont aller croissant : il s'agit de la diversification des actes à tarifs majorés et des modes de rémunération. Ils entraînent des tâches supplémentaires, car les professionnels doivent alors justifier de leurs actions.

[146] Cela vaut pour les médecins, avec des consultations ouvrant droit à des tarifs majorés, à des forfaits liés à l'activité de médecin traitant, à des consultations régulières de certains patients, à la ROSP. Cela vaut aussi pour les dentistes avec des consultations de prévention pour les enfants ainsi que pour les pharmaciens qui se voient confier certaines tâches de santé publique contre rémunération.

[147] Pour bénéficier de ces rémunérations, les professionnels doivent justifier de leur activité ce qui les oblige à s'organiser pour en effectuer le suivi. Ce sont des enjeux d'apprentissage, de gestion de leur temps, d'organisation et d'outils, donc de systèmes d'information.

[148] La facturation, avec ses risques de rejets, est un sujet sensible aussi dans les relations entre les professionnels de santé. En effet les médecins prescrivent par ordonnance des soins infirmiers, de kinésithérapie, des médicaments, des actes de radiologie ou de laboratoire.

[149] Des professionnels prescrits par les médecins prescripteurs ont fait état des difficultés de paiement qu'ils rencontrent auprès des organismes de sécurité sociale, lorsque les ordonnances sont « mal rédigées ». Cela vaut pour des durées de soins, des dates ou horaires de début ou de fins de soins³³, des qualifications imprécises au regard de la nomenclature des actes du professionnel prescrit. Par exemple, pour les soins infirmiers cela peut être le cas si une prescription à durée limitée ne précise pas si les dimanches et jours fériés sont inclus.

[150] L'exactitude des droits des patients, en particulier pour des personnes réfugiées, en situation de précarité, n'ayant pas leur carte Sésame-Vitale, en cas de changement de caisses ou de régimes peut entraîner des difficultés de paiement des professionnels. Néanmoins le téléservice ADRi permet aux professionnels de vérifier l'état des droits des patients.

[151] Les professionnels ont régulièrement et unanimement souligné les délais et difficultés de paiement liés aux accidents du travail et maladies professionnelles dans les fonctions publiques. Elles s'ajoutent à la diversité des imprimés papier demandés par les différents employeurs publics. Ces difficultés pour être payés – démarches spécifiques, délais, concernent aussi les patients bénéficiant de l'aide médicale d'État. Pour bénéficier des indemnités liées à une réquisition, par

³² En effet, la réémission d'une FSE n'est possible qu'avec la carte vitale du patient.

³³ Ainsi une personne hospitalisée jusqu'à 18 h 30 est considérée comme hospitalisée toute la journée et la facturation de soins infirmiers qu'elle recevrait à son domicile à 20 h 30 pourrait être rejetée.

exemple pour des personnes gardées à vue, le médecin doit s'inscrire sur la plateforme Chorus, scanner sa réquisition, son mémoire de frais et envoyer tout cela en PDF³⁴.

[152] D'une manière générale, ces situations sont d'autant plus irritantes qu'elles sont exceptionnelles, car les professionnels ne les maîtrisent pas bien, et qu'ils ne les confient pas à leur secrétariat ou à un prestataire extérieur. En revanche les professionnels confrontés fréquemment à des situations spécifiques dans leurs pratiques ou leurs patientèles³⁵ sont en général organisés pour y répondre. C'est aussi vrai pour les centres de santé.

2.1.2.2 Les évaluations et contrôles des pratiques des professionnels

[153] Tous les représentants des professions de santé considèrent que les organismes payeurs (AMO, AMC, AME,...) peuvent légitimement procéder à des refus de payer de certains actes ou prestations, à des vérifications, des contrôles et des sanctions si nécessaire.

[154] En revanche, les représentants et les professionnels ont souvent contesté auprès de la mission la forme et le fond de ces pratiques. Sur la forme, le ton des courriers reçus, le manque d'explications compréhensibles, les délais mis pour réclamer sur une même série d'actes des indus à partir d'une technique de sondage sont en cause. Le cas des répétitions d'indus est particulièrement souligné par des représentants des professions d'infirmier. Elles peuvent représenter des sommes importantes et les professionnels ne comprennent pas que leurs erreurs ne leur aient pas été signalées en temps. Sur le fond, la contestation des pratiques et la notion de « délit statistique » sont visées.

[155] Dans les propos de représentants de toutes les professions, il y a une part de « défense des intérêts » de leurs membres, dans certaines limites admises, sachant que des procédures précontentieuses ou contentieuses existent dans lesquels les représentants des professionnels peuvent être parties prenantes. Il y a aussi une demande de reconnaissance d'un droit à l'erreur, par exemple en matière de cotation d'actes, que les organismes payeurs ne réfutent pas, dès lors que ces cotations erronées ne sont pas récurrentes.

[156] Mais il y a aussi des débats confraternels sur des pratiques ou des zones d'interprétation ou d'incertitude possibles. Ils portent sur la légitimité de certaines prescriptions (en matière d'arrêts de travail par exemple), sur des profils de patients qui additionnés finissent par constituer des profils de patientèles atypiques ; et des atypies aux « délits statistiques » il n'y a qu'un pas, perçu par certains professionnels comme illégitime au regard de leurs pratiques et de leurs patientèles.

[157] C'est par exemple le cas d'un médecin en fin de carrière exerçant dans une MSP. Il organise son temps de travail sur des plages horaires de fin de journée, le samedi et le lundi matin. Il prend ainsi en charge des consultations pédiatriques non programmées afin que ses consœurs gèrent surtout des consultations pédiatriques programmées, avec notamment les visites de suivi prévues par les textes. Son profil de prescriptions est alors très différent de celui de ses collègues.

[158] C'est le cas de médecins généralistes qui se substituent en tout ou partie à des confrères cessant leur activité, sans repreneur, et qui voient leurs activités croître, de ceux qui ont une activité importante en EHPAD, qui investissent dans une spécialité (médecine du sport, gériatrie,

³⁴ En revanche le dispositif mis en place par l'AMO pour rémunérer les médecins au titre de la PDSA – permanence des soins ambulatoires, est efficace.

³⁵ Par exemple pour des réquisitions ou pour des populations en situations précaires, en rupture, d'origine étrangère, etc.

cancérologie)³⁶. Le profil de leur patientèle a des conséquences sur leurs nombres d'actes, leurs prescriptions d'actes soins infirmiers, de kinésithérapie, d'imagerie, de médicaments, d'arrêts de travail, etc.

[159] Beaucoup de ces situations peuvent donc s'expliquer et les dialogues confraternels avec les délégués de l'assurance maladie et les médecins-conseils les éclairent. Mais parfois des incompréhensions demeurent ou des contrôles sont imposés par la CNAM sur la base des seuls ciblage statistiques nationaux.

[160] Malgré les attentions portées par l'assurance maladie au ciblage des « atypies », et en dépit de l'amélioration des relations entre les délégués de l'assurance maladie et les médecins ou dentistes-conseils avec les professionnels, ces pratiques sont perçues comme des irritants, plus ou moins intenses. Ils peuvent conduire jusqu'à des réorientations de professionnels vivant mal les « délits statistiques » pour lesquels ils s'estiment mis en cause.

2.1.2.3 Des interprétations, des pratiques et des demandes d'informations différentes alimentent le sentiment d'iniquité

[161] Les professionnels peuvent être confrontés à des interprétations et des pratiques différentes selon les CPAM, les régimes et leurs caisses, les mutuelles, les conseils départementaux, les ordres, les ARS, etc.

[162] Les interprétations locales de la réglementation et de sa mise en œuvre, les différences de qualité des services rendus par ces différents organismes ont été régulièrement évoquées par les interlocuteurs de la mission. Elles sont source d'incompréhensions, de délais variables dans les réponses aux questions posées, de traitements différenciés et donc d'exaspérations. Elles alimentent des sentiments d'iniquité.

Encadré 16 : Exemple de diversité de processus selon les départements

Processus d'installation ou de changement de lieux d'exercice

Le SNIIL indique que dans certains départements, lors de l'installation, l'inscription de l'infirmière se fait auprès du conseil de l'ordre puis de la CPAM et que cette dernière transmet les informations à l'URSSAF et à la CARPIMKO. Dans d'autres, l'infirmière est obligée de se déplacer pour accomplir ces formalités. Dans le Val-de-Marne, comme dans tous les départements d'Ile-de-France depuis 2012, un rendez-vous groupé est effectué avec l'ARS, la CPAM et l'URSSAF.

Processus de rejet de factures

Dans le cas des facturations par lot par exemple tous les mois et demi, l'absence d'une pièce jointe pour l'une des factures peut conduire à l'invalidation et au rejet du lot par la CPAM du Vaucluse ou au seul rejet de la facture en question par la CPAM du Val de Marne.

Source : Mission.

[163] Ces exaspérations peuvent aussi être occasionnées par l'obligation de fournir la même information à plusieurs reprises – l'argument pouvant être le temps pour l'organisme à retrouver le document contenant déjà l'information. La difficulté répétée à trouver le bon interlocuteur et à le joindre est un irritant fréquemment évoqué.

³⁶ La mission a relevé que la pratique en MSP a des conséquences sur la répartition des patients entre les professionnels de la MSP et peut donc en avoir sur les profils de patientèle.

[164] Cependant les professionnels rencontrés font état des améliorations apportées par les différentes institutions qui déploient des portails d'informations, des lignes directes, des interlocuteurs référents, des adresses pour poser des questions par courriels. Les progrès réalisés par le régime général ou la MSA sont reconnus. Mais la mission fait un constat habituel : ce n'est pas parce qu'une information existe, est facile d'accès et que les organismes ont communiqué à ce sujet, que cette information est perçue et connue des professionnels concernés (notamment au moment où elle leur est utile).

2.1.2.4 Les insatisfactions liées aux systèmes d'information

[165] La « vie réelle » des systèmes d'information est parfois bien éloignée de la « vie rêvée », souhaitée et vantée. Elle peut même parfois être « le pire », au moins momentanément (en cas de bug, de piratage, de reprise de données lors d'évolutions ou de changements de systèmes ou de logiciels...).

[166] Entre les deux, il y a aussi « le bien », voire « le très bien ». Ce sont par exemple les interventions des conseillers informatique services (CIS) des CPAM. L'accompagnement qu'ils fournissent à la demande, sur place ou à distance en prenant la main sur l'ordinateur du professionnel est unanimement salué.

[167] Ce sont aussi les améliorations régulières des téléservices (cf. 3.3.2). *A contrario*, ces améliorations créent des attentes supplémentaires.

[168] Ainsi des formulaires pourraient, selon les professionnels, être partiellement renseignés par les organismes qui disposent des informations ; les liens entre « Espace Pro d'AMELI » et les logiciels métier sont parfois établis avec retard et de manière onéreuse par les éditeurs. La nécessité d'effectuer plus de 3 ou 4 « clics » et de passer d'une source à une autre est un frein à l'usage des téléservices.

[169] Il y a également un foisonnement d'initiatives à tous les niveaux et par tous les acteurs : les administrations centrales, les caisses nationales, les échelons régionaux, départementaux, infradépartementaux, les GHT...

[170] D'une manière plus générale, les professionnels et leurs représentants ont exprimé auprès de la mission des exigences d'interopérabilité, d'intégration et de structuration des données, de normes et d'opposabilité. Ces exigences s'adressent à l'État et ses opérateurs. Elles sont traitées en troisième partie du rapport.

2.2 Certaines étapes de la vie professionnelle sont complexes, en particulier l'installation

2.2.1 L'installation en ville, une représentation complexe, parce que méconnue

[171] Les représentations d'une installation en libéral sont complexes : elles impliquent une prise de risque, la quête d'un mode et d'un lieu d'exercice. Elles marquent le passage d'une pratique encadrée rassurante en équipe souvent hospitalière à une responsabilité et une pratique très individuelle. Elles conduisent à la gestion de ses propres affaires, y compris administratives, et souvent dorénavant à la gestion des affaires partagées avec d'autres collègues. Enfin elles signifient un travail avec et sous le regard des organismes d'assurance maladie et la réalisation de démarches pour s'installer, etc.

[172] Ces représentations et leurs réalités peuvent conduire à choisir, ou subir, de pratiquer comme remplaçant ou collaborateur avant de s'installer, à opter pour des exercices en centres de santé, ou pour des postes de médecin généraliste salarié comme en a créé le Conseil départemental de Saône et Loire face à la désertification médicale.

[173] Mais tous les professionnels formés ou en formation ont souligné l'importance des stages en cabinet pour appréhender la réalité du métier, y compris dans ses dimensions de gestion, de systèmes d'information, de relations avec les administrations. Disposer de maîtres de stage en nombre et formés reste un enjeu important. Ils insistent sur deux obstacles principaux à l'installation en libéral, dès lors que ce choix est fait : le manque d'informations sur comment et où s'installer et exercer, ainsi que le manque de formation à l'exercice en libéral.

[174] La mission relève un paradoxe qui n'est qu'apparent : la multiplicité des offres d'installations possibles pour les professionnels de santé³⁷ et les difficultés fréquentes à faire se rencontrer un projet d'installation et une offre abondante³⁸. Ce paradoxe mérite l'attention des pouvoirs publics. Des initiatives ont déjà été prises dans les territoires (cf. partie 3).

[175] Lorsque le projet d'installation est décidé et préparé, le parcours est exigeant, car les étapes doivent être accomplies dans le bon ordre. Elles concernent les institutions – ARS, conseil de l'ordre, CPAM, URSSAF, caisses d'affiliation des praticiens, et conduisent soit à fournir des documents soit à en obtenir – CPS, autorisation d'effectuer des remplacements, ordonnances et feuilles de soins... À cela s'ajoutent des choix pour le lancement de l'activité : forme juridique, éventuel contrat d'association ou de collaboration, association de gestion agréée (AGA), logiciel métier, assurance responsabilité civile professionnelle, modalité d'évacuation des DASRI, etc. Le parcours doit donc être anticipé pour permettre l'installation au jour J prévu. Ainsi préparé, il n'est pas estimé si compliqué que cela par les nouveaux installés.

Encadré 17 : Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016

La décision d'installation est souvent guidée par des opportunités : les remplacements, les maîtres de stage, le hasard et les circonstances en particulier.

Selon les personnes, différentes difficultés sont mises en avant pour s'installer : le temps passé à faire les formalités, la découverte de la charge administrative, la communication compliquée entre les structures impliquées dans le parcours, les délais de réception des feuilles de soins et de la carte CPS, l'organisation des CPAM, l'installation informatique, les subtilités en comptabilité, l'organisation et la gestion du cabinet, l'accès aux informations sur la démographie médicale.

Pour y répondre, différentes ressources clés facilitantes sont citées selon les expériences : Conseil de l'Ordre, confrères, Internet, séminaire d'installation, comptable et association de gestion agréée, maître de stage, CPAM, syndicat d'internes en particulier.

Les démarches administratives sont estimées chronophages, mais simples.

Les considérations de mode de vie personnelle, familiale et professionnelle sont déterminantes. Les choix faits résultent en général d'un cumul de quelques facteurs estimés prioritaires par chacun. Ils relèvent de considérations différentes et de circonstances ou d'opportunités : installation en groupe ou pas, secrétariat *versus* télésecrétariat, milieu urbain, semi-rural ou rural, consultations sur rendez-vous, emploi du temps flexible, temps de trajet domicile-cabinet, local d'implantation du cabinet, accessibilité aux structures de soins.

³⁷ Il y a des exceptions sur certains territoires, en particulier pour les infirmiers.

³⁸ Les offres suscitent des pages et des pages d'annonces pour séduire des candidats.

Les jeunes médecins généralistes installés soulignent leur manque de préparation à l'activité libérale et l'importance des stages ambulatoires.

Des remplaçants pensent craindre une diminution de leur qualité de vie en cas d'installation. Les jeunes installés la trouvent meilleure ou identique par rapport à leurs années de remplacement.

Concernant la gestion du cabinet au quotidien, un verbatim illustratif :

« Mes internes me disent souvent “le tiers payant, les papiers, l'informatique... ce n'est pas pour moi”, mais au bout de quelques mois on s'y fait vite, c'est un peu déstabilisant au début, car on n'y est pas préparé ».

« Rassurez-vous : il faut foncer ! Oui il y a beaucoup de paperasse, mais rien de compliqué : scanner des documents, tenir des dossiers, gérer des ALD, vérifier des paiements... il faut juste intégrer que cela fait partie du travail, il n'y a pas que les consultations ».

« Il faut apprendre à dire “non”, que ce soit aux patients, aux instances, ou à soi-même ».

Les entretiens menés par Alexia Setien l'amènent à souligner que « les pratiques professionnelles ont évolué ces dernières années, fortement influencées par les impératifs familiaux et l'épanouissement personnel » et que les avantages liés à un exercice libéral de ces points de vue sont mis en avant par celles et ceux qui ont fait ce choix.

Source : *Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, Alexia SETIEN, soutenue le 8 septembre 2016, Faculté de médecine de Nice.*

2.2.2 Les changements et les départs sont des étapes compliquées

[176] Comme pour beaucoup de personnes en activités libérales ou non, les changements de mode ou de lieu d'exercice présentent des difficultés. Elles sont liées aux informations et aux documents à fournir à nouveau, aux suivis de dossiers, aux lieux de nouvelles installations – effets de zonage existants en matière de démographie médicale et paramédicale et contraintes et/ou avantages liés à certains territoires, à d'éventuels changements de logiciels, à des pratiques différentes des institutions. Elles sont bien analysées par la mission 22/2015 de l'assurance maladie.

Encadré 18 : La gestion administrative du dossier médecin en cas de changements de situation

Les difficultés qui induisent le plus de tracasseries administratives sur cet item sont concentrées sur les changements de situation (déménagement, changement de statut juridique).

Le changement de situation d'un médecin installé entraîne une mise à jour du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) par le Conseil de l'Ordre, laquelle déclenche le changement de numéro FNPS (Adeli) qui a des impacts nombreux :

- la création d'une nouvelle carte de professionnel de santé (CPS) qui induit des risques associés en termes de carence entre ancienne et nouvelle cartes,
- le changement des codes Espace Pro,
- la délivrance de nouveaux imprimés pré identifiés, la nécessité, le cas échéant, de refaire toutes ses DMT et une gestion complexe des paiements forfaitaires type ROSP, FMT...

Les difficultés engendrées par l'édition d'une nouvelle CPS : toute mise à jour du RPPS déclenche l'édition d'une CPS dans un délai de 2 à 10 jours à condition que la mise à jour des données au FNPS soit conforme aux informations que le Conseil de l'Ordre a enregistrées. À défaut, aucune CPS n'est éditée. Si dans l'intervalle, une nouvelle mise à jour intervient au RPPS et que la mise à jour du FNPS n'a pu être réalisée, l'ASIP édite automatiquement une carte vide inutilisable.

Les difficultés engendrées par de nouveaux codes Espace Pro : la création d'un nouveau numéro de FNPS est assimilée à une installation, quand bien même elle résulte d'un déménagement ou d'un changement de statut. Celle-ci se traduit par un changement des codes Espace Pro qui peut entraîner des difficultés d'accès (codes perdus, incompréhensions) et donc des impacts sur l'utilisation d'Espace Pro et des téléservices. Les modalités de restitution du SNIR et de calculs des rémunérations forfaitaires sont rendues complexes.

Ces mouvements entraînent la délivrance d'un nouveau jeu de feuilles de soins (nouveaux imprimés pré identifiés); en cas d'activités secondaires ou de contrats de collaborations multiples, le médecin se voit délivrer plusieurs jeux de feuilles de soins préimprimés.

Les professionnels paramédicaux rencontrés par la mission ont également fait part de difficultés assez comparables en cas de changement de situation.

Source : *Mission 22/2015 assurance maladie.*

2.2.3 La conduite de projet est difficile et chronophage

[177] Les professionnels et leurs représentants ont attiré l'attention de la mission sur les difficultés qu'ils rencontrent pour élaborer et mettre en œuvre des projets – MSP, PAERPA, CPTS, PTA, ESP, actions de santé publique, à leur propre initiative ou en réponse à des appels à projets.

[178] Ils estiment n'être pas formés pour cela et ne pas disposer de temps suffisant pour les mener à bien dans leurs différents aspects : méthodologie, ingénierie de projet, techniques d'animation, mise en relation, maîtrise de l'environnement et du langage administratif, sujets juridiques, financiers.

[179] Dès lors que des professionnels souhaitent faire évoluer leurs pratiques, que des représentants professionnels sont aussi engagés sur ces voies et que les pouvoirs publics impulsent des politiques en ce sens, la question de l'accompagnement des acteurs concernés est posée. Des solutions ont déjà commencé à y être apportées (accord conventionnel interprofessionnel, financements du FIR ou par des collectivités par exemple). Le rapport y revient en partie 3.

2.3 Les professionnels de santé exercent leur activité dans un environnement complexe et évolutif auquel ils apportent certaines réponses

2.3.1 Les règles négociées entre l'assurance maladie et les professions de santé

[180] Les professionnels exercent pour la plupart dans un environnement conventionnel qui détermine des règles de financement, des conditions requises, des nomenclatures d'actes. Ces accords sont le résultat de négociations encadrées financièrement, qui aboutissent à des compromis techniquement complexes dans leur mise en œuvre. C'est le cas par exemple de la convention médicale de 2017 (voir partie 1).

[181] Comme pour tout changement, des temps d'apprentissage de part et d'autre sont nécessaires à la mise en œuvre. Par exemple, le changement peut nécessiter l'adaptation des logiciels métier. Des questions d'interprétation et d'application plus ou moins différenciées se font jour. Autant de situations qui sont vécues, au moins temporairement, comme irritantes ou complexes. La diversification des modes de rémunération combinée aux exigences de traçabilité et de coordination est souvent porteuse de complexité, particulièrement au début.

2.3.2 Les règles complexes et multiples des politiques incitatives

[182] L'objet de ce rapport n'est pas de recenser et d'analyser les mesures incitatives pour orienter les choix d'exercice des professionnels. Ces mesures relèvent d'accords conventionnels, des politiques de l'État relevant du ministère chargé de la santé ou de celui de l'économie par exemple, des Régions, des Départements, des agglomérations, des intercommunalités, des communes...

[183] Les professionnels et leurs représentants font le constat d'un « maquis des aides » et qualifient souvent l'installation de « parcours du combattant ».

[184] Cette complexité des mesures incitatives et de leurs conditions d'accès fait partie de l'environnement des professionnels. Elle est manifeste. Quatre difficultés sont mentionnées :

- l'accès à l'information ;
- les conditions de leur octroi ;
- les zones bénéficiaires différentes selon les dispositifs ;
- les concurrences entre les territoires.

2.3.3 Les règles d'accessibilité aux cabinets des professionnels de santé

[185] Les conséquences des dispositions de la loi de 2005 pour les règles d'accessibilité des personnes handicapées ne sont pas spécifiques aux professionnels de santé. Mais elles sont souvent venues en exemple pour illustrer les difficultés administratives que peut poser la réglementation à ces professions.

[186] Les contraintes d'accessibilité sont particulièrement ressenties par les professionnels exerçant en ville et dans des immeubles anciens, et notamment au moment de leur départ à la retraite : un cabinet pas aux normes, ou impossible à mettre aux normes (problèmes techniques, de copropriété par exemple) perd toute valeur vis-à-vis d'autres professionnels de santé ou d'autres professions tout court. Concrètement, cela a pour conséquence le non-remplacement d'un professionnel ayant une patientèle par un autre susceptible de la reprendre.

[187] Les effets sont d'autant plus ressentis dans les villes (en particulier les grandes) que deux autres phénomènes sont à l'œuvre : les problèmes liés au stationnement et ceux liés au renchérissement de l'immobilier.

2.3.4 Le stationnement et l'accès aux centres des villes

[188] Les politiques municipales de stationnement, d'accès et de transport dans les centres des villes ont été fréquemment évoquées auprès de la mission, comme un irritant de plus en plus fréquent. Les facilités ou tolérances offertes par les différents caducées visuels ne résistent pas au développement des contrôles automatisés par véhicule LAPI³⁹, à l'augmentation des tarifs des contraventions, à la diminution des places de stationnement en surface, aux restrictions apportées à la circulation de véhicules individuels dans certains centres. Des solutions négociées sont progressivement trouvées, ville par ville – par exemple, un abonnement gratuit ou à tarif modéré pour des professionnels effectuant plus de 100 visites annuelles.

³⁹ LAPI : lecture automatique de plaque d'immatriculation.

2.3.5 Le coût du foncier et de l'immobilier en ville

[189] La « désertification » en professions de santé devient aussi une préoccupation pour certaines zones urbaines. Les effets de ce mouvement sont déjà sensibles dans des quartiers périphériques, mais aussi dans des centres de ville. La hausse des prix du foncier et de l'immobilier, le manque de disponibilité de locaux adaptés et bien situés au regard des patientèles suivies y contribuent.

[190] Les professionnels des quartiers populaires des États-Unis à Lyon ou Saint-Jean à Bordeaux ont insisté sur l'importance du maintien de leur exercice regroupé à proximité immédiate de leur ancien cabinet – un déplacement de quelques centaines de mètres aurait grandement perturbé leurs patients. Les capacités de stationnement (MSP de Guyancourt par exemple) et les facilités d'accès sont des éléments tout aussi importants.

[191] Face aux coûts du foncier en ville, des choix différents peuvent être faits : négociations serrées des loyers avec un office HLM à Lyon ou une communauté d'agglomération à Guyancourt (78), subvention de l'ANRU pour un Espace Santé pluriprofessionnel dans les quartiers Nord d'Amiens, achat de locaux et travaux à l'initiative des médecins à Bordeaux.

[192] Les politiques incitatives actuelles pour le regroupement de professionnels paraissent moins bien adaptées au contexte des villes qu'à celui des zones périurbaines ou rurales. Monter un projet de MSP ou de regroupement est probablement plus compliqué en ville et exige aussi de nouvelles modalités de portage du foncier et des charges.

2.3.6 La traçabilité et la coordination

[193] Les exigences croissantes de traçabilité des pratiques et de coordination des acteurs ne sont pas l'apanage des professionnels de santé. Ces deux exigences sont portées par les pouvoirs publics, les professionnels eux-mêmes souvent, les patients et leur entourage de plus en plus, les évolutions de la société plus généralement.

[194] Ces deux exigences sont complémentaires : une bonne coordination nécessite une bonne circulation de l'information qui elle-même requière la structuration des données des dossiers patients, permettant la traçabilité de ces données.

[195] En revanche la traçabilité et la coordination sont à la fois compliquées à définir et chronophages à réaliser. Les évolutions qu'elles impliquent dans la manière de pratiquer ajoutent de la complexité si les modalités de leur traitement ne sont pas conçues le plus simplement possible dès l'origine et intégrées aux systèmes d'information – en particulier les logiciels métier.

2.3.7 Les réponses des professionnels de santé

[196] Le travail regroupé et coordonné est désormais indispensable et souhaité pour plusieurs raisons : qualité de vie professionnelle, personnelle et familiale, qualité de la pratique professionnelle, mutualisation des charges, services rendus aux patients (organisation des consultations, programmées ou non, des visites à domicile, spécialisation partielle de certains professionnels généralistes).

[197] Il permet aussi de mettre en place une organisation pour simplifier le travail des soignants et traiter la complexité. Lors de ses déplacements, la mission a constaté le déport de certaines tâches administratives ou de relations avec des institutions vers d'autres acteurs. Il s'agit de

secrétariat évoluant vers des fonctions d'assistants, de coordonnateur au sein d'une ou de plusieurs MSP, d'infirmier de santé publique ou d'infirmiers relevant d'un protocole ASALEE. Le recours à des gestionnaires de cas complexes en première intention pour gérer les maintiens ou les retours à domicile, ou la spécialisation d'un praticien sur les systèmes d'information du regroupement constituent d'autres exemples rencontrés lors des visites.

[198] Des exercices médicaux ou paramédicaux de groupe, ou isolés, mais en relation avec les acteurs de l'environnement, permettent aussi de déléguer certaines tâches en particulier celles de secrétariat. Cela va du secrétariat déporté pour la seule prise de rendez-vous à des fonctions d'accueil, d'organisation des rendez-vous, remplissage de documents, de suivis de dossiers, de relance d'institutions.

[199] De ses entretiens, la mission retient qu'un exercice coordonné ou regroupé repose sur une organisation autour de trois fonctions : une fonction de secrétariat/assistant, une fonction de coordination et une fonction de système d'information. Ces fonctions peuvent relever de modalités différentes, selon les choix des acteurs et leurs modes d'exercice (isolé, cabinet de groupe, pôle, MSP, ou autre).

[200] Pour leur part, les pharmaciens, mais aussi les médecins spécialistes avec un plateau technique sont très organisés au sein de petites et moyennes entreprises – ou travaillent dans des PME affiliées à des groupes pour les activités de biologie. L'organisation est celle d'une entreprise autour de fonctions de gestion internalisées ou externalisées : facturation, traçabilité, qualité, ressources humaines, stocks, maintenance... Les MSP visitées, regroupant d'une dizaine à une trentaine de personnes, constituent aussi de véritables PME regroupant libéraux et salariés, avec des questions relatives à la gestion de la structure, à la qualité de vie au travail...

[201] Pour sa part, la profession des dentistes reconnaît désormais une fonction d'assistant dentaire. Des fonctions d'assistant médical, à l'image par exemple de ce qui peut se pratiquer aux États-Unis, sont en réflexion.

[202] La mission relève l'ampleur des enjeux que représentent les délégations de tâches, les pratiques avancées, les protocoles de coopération et la définition de nouveaux métiers de la santé dans ce contexte d'évolutions des organisations et des pratiques. Il s'agit de redonner du temps pour les soins, notamment en le partageant mieux entre les acteurs. Les attentes selon les professions et au sein des professions peuvent être différentes, mais les pratiques de terrain attestent de leur intérêt.

[203] Les avancées sont trop lentes en raison des réticences de chaque profession et au sein de chacune d'entre elles. Or ces évolutions sont complémentaires à celles permettant de simplifier ou de traiter la complexité, au service du temps disponible pour la prise en charge des patients.

[204] L'organisation d'un travail regroupé et coordonné apporte certaines réponses au traitement des charges administratives. Elle ne suffit pas non plus. Les professionnels de santé cherchent aussi des solutions auprès des éditeurs de logiciels métiers, en plus des téléservices que l'assurance maladie met à leur disposition.

[205] Ces logiciels leur apportent des services manifestes. Mais leur place est devenue si essentielle dans la vie courante des professionnels que ces derniers sont devenus très exigeants et leurs attentes sont très diverses, comme les offres du marché.

[206] Les liens entre Espace Pro AMELI et ces logiciels peuvent être simples, ou compliqués. La prise en compte dans les logiciels métiers des évolutions de nomenclatures, des effets des nouvelles conventions ou de leurs avenants peut être rapide et gratuite, ou longue et onéreuse.

L'interopérabilité entre les logiciels métiers des professionnels de ville et ceux des EHPAD, des centres hospitaliers, des cliniques est faible ou inexistante. Les changements de version, les reprises de données en cas de changement de logiciels, l'intégration des données entre des logiciels différents sont autant de difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé pour leur exercice.

[207] En s'organisant, les professionnels de santé simplifient donc leur exercice. En recourant à des logiciels métiers, des prestations de service ils facilitent leurs relations avec les administrations. Ces dernières doivent aussi poursuivre et amplifier les chantiers de simplification déjà engagés.

3 DE NOMBREUX CHANTIERS DE SIMPLIFICATION ONT ETE ENGAGES ET MERITENT D'ETRE POURSUIVIS ET AMPLIFIES

[208] Comme présenté en première partie, plusieurs actions de simplification sont engagées par différentes administrations. Elles apparaissent toutefois peu coordonnées et aucun plan stratégique n'est établi.

[209] Pour éviter d'avoir à simplifier *a posteriori*, il convient d'abord d'engager les projets de transformation ou de réorganisation selon un principe de simplicité. La conception des nouvelles organisations doit conduire à des schémas lisibles et compréhensibles : simples pour les acteurs. La complexité doit être internalisée au maximum par les systèmes et non reposer sur les acteurs en bout de chaîne, en particulier les patients et les professionnels de santé.

[210] La majeure partie des simplifications s'appuie sur la dématérialisation, les technologies de l'information et désormais sur l'e-santé. Il est difficile de faire évoluer rapidement des modalités de travail qui pourraient profiter davantage des progrès de la technique alors que ces derniers peinent à se déployer. Il s'agit par exemple de l'intégration des messageries sécurisées de santé dans un même espace de confiance ou du déploiement et de l'usage du dossier médical partagé, accessible depuis les logiciels métier des professionnels de santé. Les attentes des professionnels (et des patients) sont nombreuses compte tenu des impératifs de coordination. Elles constituent de nouveaux défis pour les parties prenantes d'autant que les services dématérialisés apportés par les GAFAs constituent des références qui créent des attentes toujours plus fortes⁴⁰.

3.1 Les conditions de réussite d'une démarche de simplification en faveur des professionnels de santé de ville

[211] Les simplifications sont compliquées à réaliser dans un environnement qui pousse à créer des flux d'information, des relations entre les acteurs pour une pratique coordonnée, de la traçabilité, de la qualité, de la réactivité – du quasi-temps réel grâce à Internet.

[212] Quelques conditions sont à respecter pour faire en sorte que cette démarche puisse aboutir au résultat attendu : des gains de temps essentiellement, mais aussi des réductions de coût.

⁴⁰ GAFAs : Google, Apple, Facebook, Amazon.

3.1.1 Toute démarche de simplification volontariste doit être pilotée pour être efficace

[213] La volonté de simplifier les relations entre les professionnels de santé et les administrations doit être traduite par une stratégie d'ensemble. Excepté quelques mesures structurantes, chaque mesure prise isolément n'a qu'un faible impact sur la charge administrative des professionnels de santé. Il convient donc d'organiser et de coordonner l'ensemble des mesures permettant d'obtenir un impact significatif sur ces relations. L'État est légitime à coordonner ces mesures dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS).

[214] Si les administrations peuvent prendre l'initiative de différentes mesures, elles doivent être coordonnées et étudiées avec les parties prenantes.

3.1.2 La simplification doit rassembler les parties prenantes et relever d'une stratégie « gagnant-gagnant »

[215] L'association des professionnels à l'élaboration des réponses doit être la règle. Ils sont en effet les mieux placés pour identifier les points de difficultés, les dysfonctionnements et les irritants. La mission a noté le décalage parfois important entre la vision théorique du fonctionnement et des relations entre les administrations et les professionnels de santé et la réalité des relations vécues par ces derniers (cf. partie 2).

[216] Les professionnels de santé de ville ont, avec ou sans l'appui des pouvoirs publics, une partie des réponses en leurs mains. Ils peuvent faire évoluer les modes d'organisation, transférer et/ou déléguer des tâches, éduquer leurs patients, externaliser ou mutualiser – au sein d'un « groupement », entre « groupements », entre « groupements » et acteurs hors « groupements », des fonctions support ou périphériques, mais nécessaires à leur exercice. Ils peuvent davantage s'appuyer sur les téléservices offerts par l'assurance maladie.

[217] Les mesures de simplifications doivent être engagées en s'assurant de leur faisabilité et en évaluant *a priori*, et *a posteriori* les résultats. Est-ce que la mesure a été efficace et efficiente ? Si des tests avant généralisation sont utiles, il convient d'éviter de multiplier les expérimentations concurrentes et d'y mettre un terme pour retenir les solutions probantes.

[218] Ces mesures doivent être accompagnées de bonnes pratiques : de pilotage clair associant les parties prenantes, d'évaluation précise des attentes, de préférence pour des mesures d'usage concrètes et de traitement des complexités par de l'accompagnement et des outils.

[219] Par ailleurs, il convient de veiller à empêcher ou prévenir la complexité des regroupements des professionnels de santé en MSP et les exercices coordonnés. Le principe « dites-le-nous une fois » doit se généraliser (cf. para 3.2 ci-après).

[220] La simplification et la volonté de « faire simple » peuvent constituer des leviers pour faciliter le changement dans un domaine comme celui de la répartition des tâches entre les acteurs de la santé et celui des exercices coordonnés.

[221] À ce titre, le déploiement de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) est une opportunité pour intégrer un volet sur la simplification piloté par l'État, en liaison avec l'assurance maladie et les autres parties prenantes.

[222] Ce volet pourrait comprendre un plan d'action pour la mise en œuvre des propositions relatives à l'accélération du virage numérique, le suivi des engagements de la COG 2018-2022 de la CNAM relatifs aux relations avec les professionnels de santé et les recommandations formulées dans ce rapport ou d'autres abordant ces sujets.

Recommandation n°1 : Accompagner la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé par un volet portant sur la simplification piloté par l'État et associant les parties prenantes.

3.1.2.1 La simplification doit s'accomplir par l'homogénéisation et l'amélioration de la « gestion de la relation client » par l'assurance maladie

[223] Il convient de remédier aux diversités des réponses et à l'hétérogénéité des pratiques des différentes caisses primaires d'assurance maladie dans les domaines sensibles que sont les rejets, la répétition de l'indu et les contrôles. Les directeurs coordinateurs régionaux de la gestion du risque (DCGDR) pourraient se voir confier des actions d'harmonisation régionale pour renforcer l'homogénéité de l'application des orientations nationales par les échelons locaux. Ils pourraient également disposer de latitudes ou de marges d'adaptation aux caractéristiques locales.

[224] Comme la mission l'a mentionné plus haut, une accumulation d'irritants contrarie les efforts développés par l'assurance maladie dans ses relations avec les professionnels de santé de ville. Pour y remédier, l'assurance maladie doit assurer une vraie gestion de la relation client (GRC) : être à l'écoute des professionnels et entretenir une relation plus personnalisée comme elle a déjà commencé à le faire. Cela correspond aux orientations de la COG 2018-2022. (cf. Encadré 4 : Principaux engagements de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie relatifs aux relations avec les professionnels de santé, page 18).

[225] La mise en œuvre de ces orientations nécessite à la fois un accompagnement humain et le déploiement d'outils. Elle se fonde aussi sur une logique de confiance correspondant à un cadre partenarial qui doit prévaloir.

[226] Le « droit à l'erreur » doit aussi s'appliquer dans cette relation pour les deux interlocuteurs. Dans cette perspective, la tonalité des courriers et des messages de notification ou de réponse doit évoluer pour correspondre à un ton adapté à cette logique de confiance. À Lyon par exemple, les modèles de courriers adressés aux médecins libéraux sont relus avant mise en production par des médecins de l'URPS.

3.1.2.2 La simplification s'accompagne d'outils de communication

[227] Les changements et évolutions visant à simplifier les procédures issus de la co-construction avec les parties prenantes doivent être précédés de diffusion d'informations par les voies les plus directes pour atteindre les parties prenantes concernées, en particulier les canaux professionnels.

[228] Les outils que l'assurance maladie met à disposition des professionnels et modernise doivent faire l'objet de promotion à grande échelle auprès des professionnels de santé, au premier rang desquels les médecins. Chaque évolution significative, voire la refonte d'un téléservice doit être précédée d'une information ciblée avant sa mise en production. Cela est d'autant plus important que ces évolutions sont étudiées et préparées avec un panel de professionnels de santé. Il convient de valoriser cette co-construction.

[229] Cette communication ou information peut se faire selon plusieurs modalités. La mission 22/2015 de l'assurance maladie constate que les professionnels sont en attente d'une approche personnalisée : « différencier les informations à délivrer [...], permettre le choix du support (courrier, courriel, SMS), développer une information "push", synthétique et courte avec la possibilité d'avoir accès à un lien qui renvoie à une information plus détaillée, créer des mémos et fiches et fiches pratiques... ».

[230] Au niveau local la mission a relevé l'initiative de la CPAM de Meurthe-et-Moselle qui offre un parcours d'accompagnement aux professionnels de santé nouvellement inscrits dans un espace équipé des logiciels métiers et téléservices.

Encadré 19 : Le parcours « professionnels de santé » mis en place par la CPAM de Meurthe-et-Moselle

Au moment de l'installation, la prise de contact par téléphone ou mail permet de prendre rendez-vous pour l'accompagnement qui se fait en trois temps. Confirmation du rendez-vous est faite par mail.

Le premier rendez-vous permet d'accomplir les formalités administratives auprès du service « relation avec les professionnels de santé (affiliation, convention, imprimés...) puis d'assister dans un espace type « show-room » à une présentation de logiciels métier, des téléservices et d'espace pro.

Le deuxième entretien est programmé dans un délai d'environ 15 jours après le début de l'activité. Ce rendez-vous d'une heure environ a lieu au « show-room ». Un technicien analyse avec le professionnel les 1er flux de transmission et les retours faits par la CPAM.

Deux mois après son installation, le professionnel reçoit la visite du délégué de l'assurance maladie – DAM. Cette visite est préparée par une analyse des flux (rejets, signalements, réception des PJ) et de l'utilisation des téléservices (analyse CIS). Le DAM et le professionnel analysent conjointement les résultats certains aspects de la convention sont détaillés le cas échéant.

Six mois après son installation, la CPAM procède au contrôle d'une semaine de facturation qui donne lieu à des échanges avec le professionnel de santé.

La Caisse communique régulièrement avec les professionnels de santé :

- Résultats mensuels individuels par mails (qualité des flux, utilisation des téléservices, maîtrise médicalisée) ;
- Informations par mails liées à l'actualité réglementaire, la facturation...
- Journées thématiques correspondant au lancement d'un téléservice ou selon une thématique locale.

[231] À défaut, l'appropriation des nouveaux outils ou des nouvelles procédures ne se fait pas ou très lentement. Au pire, les professionnels découvrent ces évolutions au fil des consultations comme cela a été le cas pour le nouveau modèle de certificat médical pour les dossiers de demande MDPH.

Recommandation n°2 : Évaluer les expériences conduites localement par les CPAM pour l'amélioration des relations avec les professionnels de santé, généraliser les plus efficaces dans l'ensemble des territoires, en les adaptant au contexte local.

3.2 Empêcher ou prévenir la complexité

[232] Avant de simplifier, il importe de s'assurer que toute nouvelle mesure ou disposition réglementaire n'induit pas de la complexité. De ce point de vue, l'association des parties prenantes à l'élaboration de ces dispositions constitue une bonne pratique.

3.2.1 Faciliter les regroupements des professionnels de santé en maison de santé pluriprofessionnelle

[233] La société interprofessionnelle de soins ambulatoires – SISA a été créée en 2011⁴¹ pour répondre à des impératifs fiscaux relatifs à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR) versées dans le cadre de structures, quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé de cette dernière. Au règlement arbitral qui a prévalu à partir de février 2015 faisant suite à l'ENMR, s'est substitué l'accord conventionnel interprofessionnel – ACI, à partir de la mi-2017.

[234] La structuration en SISA apparaît complexe à la majorité des professionnels de santé rencontrés. Pourtant, l'instruction relative à la mise en œuvre de l'accord conventionnel interprofessionnel – ACI, cosignée par l'assurance maladie et la direction de la sécurité sociale⁴², indique que seule la SISA permet le versement de rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, dans le respect de la réglementation fiscale et comptable. Ce qui était déjà le cas pour les maisons de santé bénéficiant du règlement arbitral.

[235] Selon les données recueillies par la mission auprès de l'assurance maladie, 550 MSP seraient sous le régime de l'ACI pour 900 à 1 000 maisons de santé susceptibles d'en bénéficier. Certaines structures cependant ne respecteraient pas toutes les conditions d'exercice prévues par l'ACI⁴³.

[236] D'autres en revanche seraient réticentes à entrer dans l'ACI en raison de la complexité du statut de SISA. Cette obligation constitue pour certains professionnels de santé un frein à l'évolution de la pratique de groupe. En se plaçant du point de vue de l'offre de soins, il apparaît naturel que les exigences portent sur le projet de santé examiné conjointement par l'ARS et l'assurance maladie selon les trois axes rappelés ci-dessus. Il permet la signature de la convention tripartite qui conditionne les financements prévus par l'ACI. Il convient donc d'accompagner les structures existantes et les porteurs de projet afin de les aider à franchir l'obstacle que représente la SISA.

[237] En particulier, les modifications de la composition de la SISA et leur enregistrement au registre du commerce et des sociétés (RCS) sont réputés contraignants et coûteux. Dès lors, la faculté de constituer la SISA en société à capital variable ou de la transformer lorsqu'elle est à capital fixe représente une simplification non négligeable (cf. tableau ci-dessous).

⁴¹ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴² Instruction N°DSS-1B/CNAMTS du XXXX 2017 relative à la mise en œuvre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluriprofessionnelles – Validée par le CNP le 10 novembre 2017 – Visa CNP 2017-128.

⁴³ Ces conditions sont relatives à l'accès aux soins – horaires étendus et soins non programmés, au travail en équipe – coordination et concertation pluriprofessionnelles, et à l'utilisation d'un système d'information partagé – échange d'informations et gestion partagée des dossiers patients.

Tableau 1 : Comparatif des formalités à accomplir selon le type de SISA (capital fixe ou capital variable)

SISA À CAPITAL FIXE		SISA À CAPITAL VARIABLE (SCV)		
Formalités à la création	Formalités en cas d'entrées et/ou de sorties	Formalités à la création d'une SCV	Formalités pour devenir SCV	Formalités en cas d'entrées et/ou de sorties (dans la fourchette du capital)
Rédaction de statuts	Modification des statuts, à l'unanimité des associés (dans le cadre d'une assemblée générale extraordinaire) pour chaque entrée et sortie d'associé, sauf clause contraire prévue aux statuts	Rédaction de statuts prévoyant le capital minimum et le capital maximum autorisés	Modification des statuts, à l'unanimité des associés (dans le cadre d'une assemblée générale extraordinaire) pour insérer une clause de variabilité de capital à insérer dans les statuts (prévoyant le capital minimum et le capital maximum autorisés)	Sans formalité
Une fois le capital intégralement souscrit, les modalités de la libération des apports* -immédiate ou échelonnée- sont définies statutairement	Modalités de libération - immédiate ou échelonnée- de l'apport* de l'associé entrant, définies statutairement	Une fois le capital intégralement souscrit, libération des apports* à hauteur de 1/10 du capital social, <i>a minima</i>	Une fois le capital intégralement souscrit, libération des apports* à hauteur de 1/10 du capital social, <i>a minima</i>	Modalités de libération - immédiate ou échelonnée- de l'apport* de l'associé entrant, définies statutairement
Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis, dans un journal d'annonces légales*, lors des changements d'associés (modification des statuts)	Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis de la création de la société dans un journal d'annonces légales*	Avis, dans un journal d'annonces légales, de changement du représentant légal ou du gérant / Pas d'avis pour les changements des autres associés
Enregistrement des statuts au RCS	Enregistrement des statuts modifiés au RCS	Enregistrement des statuts au RCS	Enregistrement des statuts modifiés au RCS	Sans formalité
Déclaration de l'identité des associés au RCS	Déclaration modificative de l'identité des associés au RCS	Déclaration de l'identité des associés au RCS	Sans formalité	Déclaration modificative de l'identité des associés au RCS

Source : Ministère de la santé, DGOS, mars 2018.

Recommandation n°3 : Généraliser l'accompagnement des professionnels dans la conduite de leur projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) comme le pratiquent déjà certaines ARS, en lien avec l'assurance maladie et les fédérations de MSP, en faisant notamment connaître les simplifications apportées par la constitution en SISA à capital variable.

3.2.2 Accompagner dans la durée les formes d'exercice coordonné répondant aux orientations de la STSS

[238] L'exercice regroupé et la coordination sous d'autres formes par exemple communautés professionnelles de territoires – CPTS et équipes de soins primaires – ESP sont des mesures encouragées dans le cadre de l'engagement 10 du « Pacte territoire santé 2 ». Des financements sont prévus par les ARS pour l'accompagnement des professionnels dans la conduite de leur projet. Il conviendrait d'inscrire dans la durée ces différentes formes de coordination si elles répondent bien aux orientations voulues en matière d'amélioration de l'offre de soins et d'efficacité. Le soutien financier pour leur fonctionnement doit alors être prévu de manière pérenne, au-delà des financements ponctuels apportés par les ARS dans le cadre du FIR.

[239] Pour favoriser la coordination des soins, il convient également d'éviter les redondances et les cloisonnements. En premier lieu, la coordination entre les services de l'État et de l'assurance maladie doit se poursuivre. L'émergence d'une coordination régionale de la gestion du risque est une opportunité pour améliorer la transversalité et homogénéiser et étendre les bonnes pratiques. En second lieu, et de l'avis des professionnels de santé, il importe d'éviter la juxtaposition de dispositifs concurrents ou en silos marginalisant les médecins traitants.

[240] Le médecin généraliste ou le médecin traitant est le pivot de la coordination. L'expérience menée par Santé Landes en Nouvelle Aquitaine est probante à cet égard. L'ARS Nouvelle Aquitaine a planifié l'extension de ce modèle à l'ensemble des départements de la région qui ne disposent pas déjà d'une plateforme territoriale d'appui – PTA (une présentation plus détaillée et un bilan d'activité figurent en pièce jointe).

Encadré 20 : Santé Landes un modèle d'intégration pour la coordination des professionnels de santé qui fait ses preuves

Santé Landes est la plateforme territoriale d'appui (PTA) du département des Landes au service des professionnels de santé et des patients.

Ce dispositif permet de privilégier la vie à domicile dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. L'équipe pluriprofessionnelle de Santé Landes est composée de la cellule territoriale d'appui (CTA) intervenant à distance pour orienter, accompagner et coordonner les prises en charge de proximité y compris les trois Maia assurant l'accompagnement en gestion de cas ou de situations les plus complexes.

Les équipes de la PTA interviennent gratuitement et disposent d'outils numériques permettant de faciliter et de fluidifier les parcours de santé, notamment PAACO-GLOBULE qui concerne plus de 5 000 utilisateurs et 50 000 patients.

Santé Landes agit en partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé et des structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les effets de la coordination locale pour l'hôpital de Mont-de-Marsan ont été décrits dans une note de directeur. Ce dernier mentionne une stabilisation ou une diminution des passages aux urgences, de l'activité de gériatrie, une amélioration de l'adressage direct. À fin avril 2017, l'impact financier était évalué hors baisse des tarifs à 120 k€ par mois. Cela tend à montrer l'efficacité de la coordination par la PTA.

Source : ARS Nouvelle-Aquitaine, Santé Landes et entretiens mission.

[241] Les plateformes territoriales d'appui, certains réseaux territoriaux (ARESPA en Bourgogne Franche Comté, par exemple⁴⁴) permettent de répondre à des attentes des professionnels de santé en prenant en charge des situations complexes. Ces dispositifs ont vocation à faciliter la coordination des acteurs et à simplifier leur exercice professionnel. Leur déploiement doit être incité, leur efficacité évaluée et des réflexions sur leur modèle économique menées.

Recommandation n°4 : Construire un cadre pérenne de financement pour les dispositifs de coordination des soins de ville (PTA, CPTS et ESP).

3.2.3 Aider la coordination des professionnels de santé par des outils adaptés et communicants

[242] Comme mentionné ci-dessus, penser à simplifier l'existant est une préoccupation louable, cependant, il paraît plus efficace de commencer par concevoir des dispositifs simples. Pour la mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation du travail des professionnels de santé des outils adaptés et faciles d'emploi sont indispensables. *A minima*, les outils mis à disposition des PS doivent apporter des aides et non des complications insurmontables dans l'exercice quotidien, ce qui implique au moins de l'interopérabilité et mieux, une intégration aux logiciels métiers.

[243] S'agissant d'outils de coordination, il convient de prévoir dès leur conception des capacités d'itinérance. En effet une bonne partie des questions de coordination se traitent au domicile du patient.

[244] Le choix d'un mode d'organisation de la coordination entre des PS d'une part et celui de leurs relations avec leur environnement d'autre part, est un préalable aux réponses pouvant être fournies en matière de SI. Les attentes et les besoins peuvent donc être différents selon les modes d'organisation des professionnels, ces organisations pouvant évoluer avec le temps ou la composition des communautés (CPTS ou ESP).

[245] Au niveau des liaisons et communications avec les GHT des difficultés peuvent apparaître lorsque ces derniers ont développé leurs propres outils.

[246] La multiplication de développements non coordonnés n'est plus acceptable selon les professionnels de santé. Plusieurs d'entre eux ont indiqué à la mission la nécessité de mettre fin à la dispersion des financements.

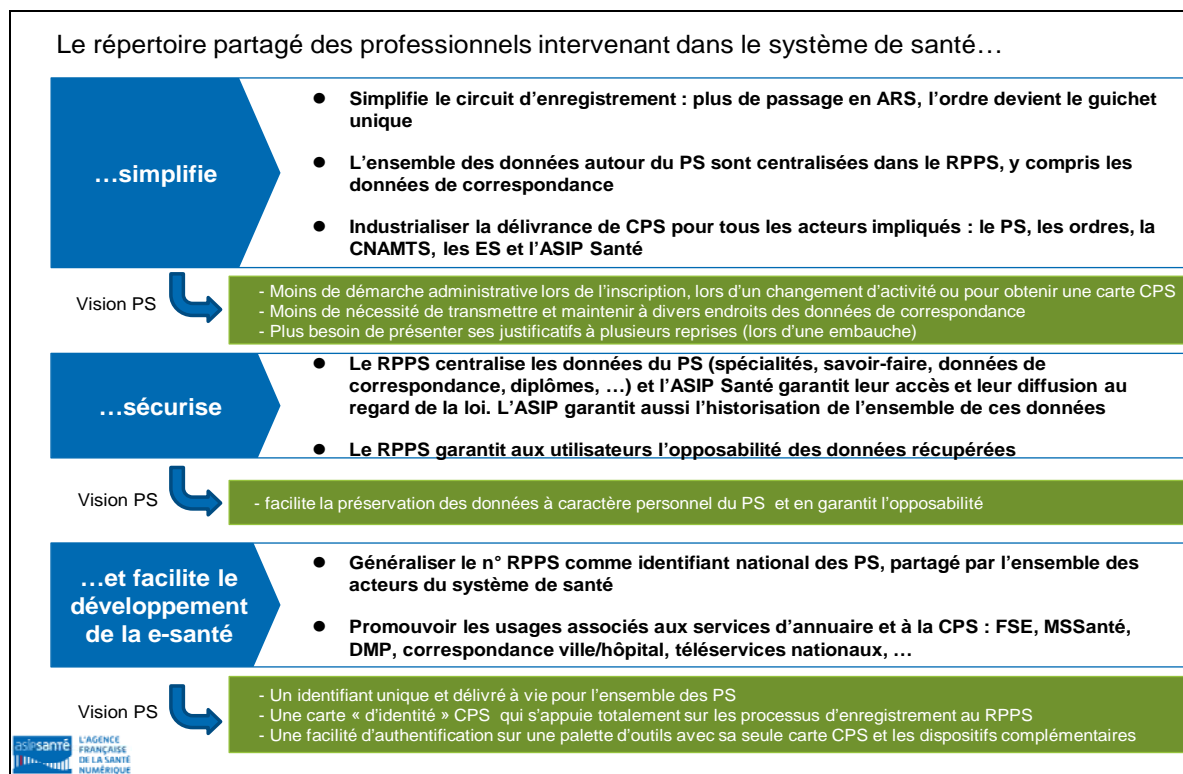
3.2.4 Appliquer le principe « dites-le-nous une fois »

[247] Le « dites-le-nous une fois » doit s'appliquer aussi aux relations que les professionnels de santé entretiennent avec les administrations de la santé. Les ARS comme l'assurance maladie ne devraient plus pouvoir réclamer un document ou des informations qu'elles détiennent déjà par ailleurs comme cela a été indiqué par certains professionnels rencontrés. Des échanges sont à organiser également avec les conseils départementaux de l'ordre.

⁴⁴ L'exemple de l'ARESPA a inspiré un projet de plateforme territoriale d'appui (PTA) pour le « Grand Reims », en cours de déploiement.

[248] La mise en production et la généralisation du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) y contribuent (cf. schéma ci-dessous)⁴⁵.

Schéma 1 : Enjeu du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé – RPPS



Source : ASIP

[249] Par ailleurs, le plan de renforcement de l'accès territorial aux soins prévoit de « créer un guichet unique d'information et d'orientation pour l'exercice des professionnels de santé » (mesure 3 de la priorité 3 du plan).

[250] Le projet d'instruction relative au précadrage du guichet unique prévoit des fonctions étendues pour ce guichet, qui dépasse l'accompagnement à l'installation⁴⁶. Constitué initialement par l'ARS et l'assurance maladie, il mobilisera l'ensemble des partenaires concernés – Conseils de l'ordre, URPS, URSSAF, et à terme d'autres partenaires pour l'extension des services en particulier UFR de médecine, régimes de retraite, DRFIP et DDFIP, collectivités territoriales...

[251] L'annexe au projet d'instruction détaille l'expérience de guichet unique de l'Aisne conduite depuis 2014 et mentionne les axes d'améliorations issus de l'évaluation du dispositif. D'autres modalités de coopération sont signalées. En Ile-de-France des permanences locales mensuelles sont organisées dans les 8 départements avec l'URPS ML. L'ARS indique que 1 000 professionnels ont été

⁴⁵ Le RPPS a été créé par l'[Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » \(RPPS\) \(modifié\)](#). Initialement prévu pour les professionnels de santé, son champ a été modifié en 2017 pour l'étendre aux professions « intervenant dans le système de santé ». Il s'agit des assistants de service social et des titulaires des titres de psychothérapeutes, psychologues, chiropracteurs ou ostéopathes.

⁴⁶ Projet d'instruction SGCMAS/DGOS/CNAM relative au précadrage du guichet unique prévu par le Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins. Validée par le CNP le 15 mars 2018.

reçus depuis leur mise en place en 2012. L'agence se concerta avec le conseil régional pour mettre en œuvre une demande de financement unique à l'installation.

[252] En Mayenne, le conseil départemental de l'ordre des médecins est le guichet unique pour l'installation depuis 2007. Le conseil départemental de l'ordre, l'ARS, l'URPS ML et la CPAM se sont regroupés. Le nouvel arrivant n'a qu'un seul rendez-vous au conseil départemental de l'ordre.

[253] Dans le Var, un département contrasté pour la répartition des professionnels de santé, la CPAM a mis au point un outil de gestion interne du conventionnement des contrats incitatifs ainsi qu'un module de cartographie interactif. Ce dernier module permet au professionnel de santé ayant un projet d'installation de disposer d'informations détaillées sur le territoire⁴⁷.

[254] Les changements de départements d'exercice devraient faire l'objet d'une déclaration unique à l'assurance maladie, charge à la caisse de rattachement de communiquer aux organismes concernés ces changements. Dans plusieurs départements, la CPAM transmet à l'URSSAF les informations relatives aux professionnels nouvellement installés⁴⁸. À terme, le guichet unique pourrait être chargé de regrouper l'ensemble de ces démarches.

3.3 Se doter d'une stratégie claire et cohérente pour les systèmes d'information

- Une stratégie nationale des SI de santé dont les orientations opérationnelles ne sont pas lisibles

[255] Les orientations formalisées dans le document « e-santé 2020 » sont une première étape. Elles apparaissent trop générales pour orienter véritablement la stratégie numérique du secteur. Selon les acteurs du secteur, il a manqué à cette stratégie des orientations opérationnelles assorties de planification et de moyens dédiés. Cela leur aurait permis de se lancer dans des projets de transformation ou de développement en ligne avec ces orientations. Par ailleurs, la gouvernance du secteur n'est pas suffisamment affirmée. La création du comité stratégique du numérique en santé a eu vocation à rassembler les acteurs pour donner plus de cohésion à la stratégie. Mais l'État n'assume pas complètement ses responsabilités selon les observations formulées par nombre de professionnels de santé rencontrés par la mission. Il pourrait jouer un rôle de régulateur, rôle attendu par les professionnels notamment pour ce qui a trait à l'interopérabilité et à l'adoption de référentiels ou de normes. Il agit trop souvent en ordre dispersé selon leurs observations.

[256] C'est pour cette raison que l'installation d'une mission « e-santé » a été annoncée par la ministre de la santé dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS)⁴⁹. Le pilotage de la consultation pour accélérer le virage numérique a été confié à Dominique Pon et

⁴⁷ L'outil REZONE permet, selon les informations communiquées par la CNAM, l'affichage des chiffres clés de la commune : nombre de médecins MT, spécialistes, dont X de plus de 60 ans, secteur d'exercice secteur 1 et 2 ; les informations relatives aux aides « vous pouvez bénéficier d'aides lors de votre exercice dans cette zone » (contrats incitatifs), la répartition des patients par tranche d'âge (données SNIIRAM), la part des patients CMUc et ALD, l'activité sur zone (visites, etc.), ratio patient/omnipraticien, etc. Ainsi que l'affichage des établissements dans la zone (public, privé, urgence, MSP, CDS, EHPAD, HAD/SSIAD, etc.).

⁴⁸ En région PACA, l'URSSAF et la CPAM des Bouches-du-Rhône ont entrepris en 2011 un processus de dématérialisation des flux pour optimiser la gestion des événements administratifs pour les comptes des praticiens et auxiliaires médicaux. Les informations relatives à l'affiliation, la radiation ou les modifications de situation des professionnels de santé titulaires ou remplaçants sont transmises à l'URSSAF par les CPAM 13 et 06 sous forme dématérialisée. La gestion est optimisée et simplifiée pour les professionnels de santé et les risques d'erreurs sont réduits. La régionalisation du processus est en cours et concerne les CPAM de Toulon, Gap, Digne et Avignon.

⁴⁹ La consultation nationale autour de la STSS a été annoncée par le Premier ministre au centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency le 13 février 2018.

Annelore Coury⁵⁰. Ils devront « travailler en particulier sur les leviers à mobiliser et les freins à lever pour favoriser :

- L'interopérabilité des systèmes d'information ;
- Le développement des échanges sécurisés de données ;
- L'appropriation des différents outils par les différents acteurs et notamment par les professionnels de santé et les patients. »

➤ Une multiplication d'expérimentations non coordonnées dont il faut tirer rapidement les enseignements

[257] Le développement de la coordination des professionnels de santé pour simplifier le suivi des patients donne lieu au programme « Territoires de soins numériques » (TSN)⁵¹. Cet appel à projets à l'initiative de la DGOS a été suivi d'un autre appel relatif à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions⁵². Les professionnels de santé eux-mêmes s'inquiètent du foisonnement d'initiatives ou d'expérimentations qui hormis le système développé en Nouvelle Aquitaine ne sont pas encore vraiment en usage. Ils attendent que l'État en tant que régulateur, mette fin aux expérimentations non concluantes et favorise le déploiement des systèmes dont l'usage est pertinent pour leur exercice.

[258] De leur côté, les éditeurs sont prêts à travailler à l'intégration de ces outils dans les logiciels métier des professionnels dès lors qu'ils sont en nombre restreint et sont approuvés.

[259] À la suite de l'expérimentation du programme TSN, le directeur de l'ASIP estimait que la situation n'était pas favorable. En effet, les industriels ont constitué des plateformes d'échanges et de partage dont ils sont propriétaires, mais non interopérables et avec un niveau d'usage très faible – à l'exception de PAACO-GLOBULE en Nouvelle-Aquitaine.

[260] Une stratégie nationale e-santé connue de tous donnera de la lisibilité à l'ensemble des parties prenantes. Cette stratégie devra aussi permettre de définir la doctrine en matière de coordination des professionnels de santé de ville puis de coordination ville-hôpital à partir des usages effectifs dans les territoires⁵³. Cela permettra de mettre fin à la dispersion des moyens dans des développements de systèmes ou d'outils qui n'ont pas rencontré leur public.

➤ Le déploiement du très haut débit (THD), une condition de la généralisation des usages de « l'e-santé »

[261] Toutes les recommandations qui suivent, visent à faciliter les tâches des professionnels de santé en les automatisant et en les simplifiant grâce à de nouvelles dématérialisations ou des intégrations de services dans leur logiciel métier. Cependant, ces efforts ne se traduiront par de réels progrès ou gains de temps qu'à la condition qu'ils disposent de connexions fiables et de débits adaptés, limitant les temps de réponse, et conférant une disponibilité assurée des applications métiers. C'est en particulier le cas pour la généralisation de la télémédecine ou du partage des dossiers. Cela est indispensable lorsque les professionnels disposent d'un logiciel métier en mode

⁵⁰ [Lettre de mission numérique du 9 mars 2018](#).

⁵¹ Le programme TSN vise à favoriser l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins.

⁵² [INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017](#).

⁵³ Il conviendra en particulier de prévoir des financements pérennes, d'absorber ou de fusionner les dispositifs existants (PAERPA) et de s'assurer de l'usage des outils existants MSS et DMP.

SAS (*Software as a service*) par exemple à la MSP de Bletterans. Le déploiement du très haut débit est une condition d'amélioration du déploiement et de l'usage des services « e-santé »⁵⁴.

➤ Intégrer et accompagner le développement de l'IA et la robotisation

[262] Il ne s'agit pas de remplacer les professionnels de santé, mais de les assister, de leur faire gagner du temps, de sécuriser leurs décisions et de faciliter les interactions avec les autres professionnels de santé. Les perspectives de l'utilisation de l'IA dans le domaine de la santé ont été développées dans le rapport remis par Cédric Villani au Premier ministre⁵⁵.

➤ S'assurer du déploiement et de l'usage effectif du DMP

[263] Le développement des deux outils que sont le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée de santé va contribuer à simplifier la vie des professionnels de santé pourvus que ces outils soient intégrés à leur logiciel métier et qu'ils se les approprient.

3.3.1 Favoriser l'interopérabilité et la rendre opposable sans délai

[264] Les simplifications attendues par la généralisation des outils d'e-santé se heurtent à la barrière ancienne que constitue l'absence de capacité d'interopérabilité. Les règles ou normes d'interopérabilité doivent être rendues obligatoires ou opposables. La loi de modernisation du système de santé le permet⁵⁶.

[265] Cela paraît d'autant plus souhaitable que certaines de ces normes ont été élaborées par des groupes de travail associant les parties prenantes (professionnels de santé, éditeurs, État/CNAM). C'est le cas en particulier pour certains référentiels relatifs à la sécurité, mais aussi par exemple à l'intégration des services des plateformes territoriales d'appui (PTA). Elles peuvent d'ores et déjà être rendues opposables par arrêté ou au moins le devenir à un terme à fixer.

[266] Il est aussi possible d'assortir cette opposabilité de mesures d'incitation pendant une période ainsi que de dispositions de contrôle de l'usage effectif, à l'image de ce qui a été fait aux États-Unis (cf. annexe 3 : présentation de l'HITECH Act de 2009 et des évolutions d'usage).

[267] On notera que l'assurance maladie a mis en place des incitations financières à l'utilisation des logiciels labellisés en collaboration avec la fédération des maisons de santé pluriprofessionnelles (FFMPS)⁵⁷. Des éléments d'incitation sont aussi prévus par la convention médicale.

Recommandation n°5 : Rendre opposables, à court ou moyen terme (3 ans), les référentiels ou normes relatives aux systèmes d'information élaborés en concertation avec les parties prenantes : sécurité, interopérabilité, intégration des services.

⁵⁴ cf. le plan « France très haut débit ». Le Gouvernement a décidé le déploiement du très haut débit (THD) sur l'ensemble du territoire français d'ici à 2022.

⁵⁵ Cédric Villani et al., [Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne](#), rapport au Premier ministre, La documentation française, mars 2018, 242 p.

⁵⁶ L'article 96 de la loi n° 2016 – a créé dans le code de la santé publique un l'article [1110-4-1](#) qui dispose que les parties prenantes au système de santé utilisent « des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par... [l'ASIP]. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

⁵⁷ Les solutions labellisées sont répertoriées sur le site de l'ASIP : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>.

3.3.2 Faciliter l'intégration des téléservices de l'assurance maladie dans les logiciels métiers des professionnels

[268] La CNAM a pris conscience de l'importance de l'intégration des téléservices pour en développer l'usage. Elle a donc mis en place un comité technique avec les professionnels de santé et organise depuis un peu plus d'un an un travail de concertation avec la fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire – FEIMA.

[269] Le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie répertorie les services accessibles d'ores et déjà en mode intégré (téléservices indice i) :

- Historique des Remboursements (HRi) ;
- Déclaration Médecin Traitant (DMTi) ;
- Avis Arrêt de Travail (AATi) ;
- Informations Médecin Traitant (IMTi) ;
- Acquisition Des Droits (ADRI) ;
- Affection de Longue Durée (ALDi) ;



[270] Pour chacun de ces téléservices, le CNDA met à disposition des éditeurs une offre de moyens d'ingénierie pour tester l'intégration des composants téléservices dans leurs logiciels. À l'issue de cette phase de tests, le CNDA délivre au logiciel une autorisation d'accès pour le téléservice concerné permettant ainsi son utilisation par les professionnels de santé depuis leur logiciel de gestion de cabinet. Le site du GIE SESAM-Vitale répertorie les logiciels selon le niveau de service attendu par les professionnels de santé en particulier l'intégration ou non des téléservices.

[271] Si la FEIMA rassemble 70 % des éditeurs du secteur, ce dernier est fragmenté⁵⁸, il a du mal à suivre les évolutions CNAM et SESAM-Vitale. De leur côté les professionnels de santé estiment qu'ils payent « au prix fort » des évolutions pour lesquelles ils ne sont pas demandeurs, même s'ils admettent que l'intégration des téléservices de l'assurance maladie est une vraie simplification et un gain de temps appréciable. Selon le président de la FEIMA, un seul éditeur aurait pris le parti de proposer un kit optionnel payant en sus de l'abonnement. Les autres procèderaient à l'intégration des téléservices sans majoration tarifaire.

[272] En matière de services intégrés, un suivi automatisé des 29 indicateurs de la ROSP serait utile pour améliorer le pilotage et l'atteinte des objectifs par les praticiens. En effet, ils ne bénéficient aujourd'hui que d'une édition trimestrielle par l'assurance maladie⁵⁹. Un outil de *Business Intelligence (BI)*⁶⁰ que la plupart des éditeurs ont développé selon la FEIMA, permettrait la production de tableaux de bord réguliers. Ainsi, le professionnel de santé pourrait piloter l'atteinte des objectifs de manière très précise. Cette possibilité existe déjà dans certaines MSP.

⁵⁸ Selon le [panorama dressé par le GIE SESAM-Vitale pour 2017](#), le marché des éditeurs pour les professionnels de santé libéraux comprend plus de 270 sociétés. Les 15 premiers éditeurs proposant la facturation SESAM-Vitale représentent une part de marché de plus de 80 % des professionnels de santé. Le segment des éditeurs de logiciels pour les médecins généralistes et spécialistes comporte 103 sociétés actives.

⁵⁹ 27 indicateurs sur 29 pour les généralistes, deux indicateurs étant déclaratifs. Les données sont agrégées et ne permettent pas une analyse détaillée.

⁶⁰ La *Business Intelligence (BI)*, ou informatique décisionnelle, est un ensemble d'outils et de méthodes visant à transmettre les informations pertinentes pour le pilotage des activités économiques d'entreprises, et par extension de tout type d'activité.

3.3.3 Dématérialiser les formulaires qui ne le sont pas encore

[273] Aucun formulaire lié à l'exercice des professions de santé ne devrait être mis en production sans être accompagné d'une dématérialisation complète.

[274] Concernant le certificat médical des dossiers de demande des MDPH, ce dernier devrait être dématérialisé, rempli en ligne et adressé par voie électronique à la MDPH concernée. Le déploiement en cours du nouveau SI des MDPH devrait le permettre.

Recommandation n°6 : Dématérialiser le traitement du certificat médical nécessaire à la constitution du dossier de demande MDPH.

[275] Sauf cas particulier dûment justifié, toutes les pièces des dossiers demandés aux professionnels de santé devraient pouvoir être fournies sous format dématérialisé. Par exemple le dossier de constitution ou de transfert d'officine pharmaceutique réglementaire est aujourd'hui à déposer contre récépissé ou à envoyer en LR/AR en 7 exemplaires à l'ARS.

Recommandation n°7 : Dématérialiser l'ensemble des dossiers que les professionnels de santé doivent transmettre à l'administration sauf exception dûment justifiée.

3.4 Les chantiers engagés par la CNAM

[276] Le présent rapport intervient alors que la COG 2018-2022 vient d'être signée. La mission estime que l'ambition qu'elle porte pour les relations avec les professionnels de santé est adaptée et qu'il serait irréaliste de penser pouvoir aller plus loin. En revanche, la mission insiste sur le nécessaire déploiement des actions décidées et sur les évolutions des pratiques qu'elles requièrent des agents de l'assurance maladie.

3.4.1 L'accompagnement des professionnels de santé, une nouvelle approche de la gestion des risques (GDR)

[277] La mission considère que les recommandations formulées par la mission d'évaluation de la COG en matière de gestion du risque peuvent contribuer à améliorer les relations avec les professionnels de santé. En particulier les recommandations 7 et 8 qui doivent conduire à renforcer l'articulation entre le service médical et les caisses primaires.

[278] Tous les personnels du réseau engagés dans la gestion du risque contribuent à la relation de service avec les professionnels de santé. Les entretiens conduits par la mission confirment l'importance de la présence des personnels de l'assurance maladie auprès des professionnels de santé, fait déjà constaté dans le rapport précité.

[303] La présence dans la durée, parfois depuis plus de dix ans sur le même secteur géographique, des DAM, des CIS ainsi que des praticiens-conseils, a certainement concouru à améliorer, voire à normaliser dans un certain nombre de cas, les relations au quotidien entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Les CIS et les DAM humanisent utilement la relation avec l'assurance maladie et limite les « irritants ».

[304] Les entretiens réalisés par la mission avec les caisses et les professionnels de santé en témoignent amplement. Le rôle des CIS est, de ce point de vue, particulièrement positif et apprécié. Une enquête réalisée par la CPAM du Bas-Rhin et les constats de la mission concluent, au demeurant, à un impact positif des visites sur la satisfaction des médecins.

Source : *Rapport de la mission d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque.*

[279] Cependant, les modalités d'intervention auprès des professionnels de santé méritent d'être rénovées. La mission d'évaluation de la COG souligne les limites de cet accompagnement en particulier parce que ce dernier est insuffisamment personnalisé ce qui ne répond pas à l'attente des professionnels de santé comme le confirme l'enquête de la CNAM. Un recentrage des entretiens avec les médecins sur un ou deux sujets majeurs éviterait une trop grande dispersion et une certaine frustration lors des entretiens avec les DAM ou le représentant de l'ELSM. Il devrait être dense au moment de l'installation et durant la première année d'exercice et consister en des retours pédagogiques partagés tel qu'envisagé par exemple en Meurthe-et-Moselle.

[280] Ce constat conduit l'assurance maladie à réorienter les entretiens en tenant davantage compte des attentes des professionnels de santé et en réduisant significativement le nombre de thèmes abordés. La mise en place de l'expérimentation du plan personnalisé d'accompagnement (PPA) en 2017 correspond à une volonté de mieux répondre aux besoins des médecins libéraux⁶¹. S'il est un peu tôt pour réaliser une évaluation du PPA, l'assurance maladie fait état d'un retour d'expérience très positif sur la qualité de la démarche qui a concerné environ 800 médecins depuis septembre 2017. Le retour sur investissement apparaît positif puisque les évolutions de pratiques s'inscriraient dans la durée. Cette tendance mérite d'être confirmée dans le temps. Par ailleurs, si les praticiens-conseils ont été formés à la démarche, le renforcement de la culture scientifique des DAM est en cours.

[281] À l'occasion de ces échanges, les médecins émettent le vœu de travailler avec les praticiens-conseils sur des cas patients. Cette modalité correspond à l'évolution souhaitée des relations entre l'AMO et les médecins libéraux. Elle est à encourager, mais nécessite de dégager du temps de médecin-conseil.

3.4.2 L'amélioration et le développement des outils numériques : un levier de simplification et de gestion du risque

[282] La simplification des relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé passe aussi par une amélioration des possibilités offertes par les outils numériques mis à leur disposition. En effet, au cours des entretiens, les plus anciens ont souligné les progrès accomplis dans la dématérialisation des imprimés et des procédures. Ils considèrent ces services comme une contribution essentielle à la simplification et à l'allègement des « tâches administratives ». Les efforts doivent donc être poursuivis comme l'a déjà souligné la mission d'évaluation de la COG pour la gestion du risque.

Encadré 21 : Un renforcement de l'offre de services numériques à prévoir

3.2.2 Des services numériques proposés aux professionnels de santé qu'il convient d'enrichir

L'assurance maladie n'a pas établi de modalités d'alimentation continue du dialogue avec les professionnels de santé, qui passe essentiellement par les visites des délégués ou les entretiens confraternels avec les médecins-conseils (cf. infra). Les informations distribuées par média numérique se limitent au Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP), aux newsletters mensuelles envoyées par mail, et à certaines fiches pratiques disponibles sur Espace Pro.

Sans remettre en cause l'aspect qualitatif de l'échange en vis-à-vis plébiscité par les médecins de ville, le recours à une médiation numérique bien utilisée et enrichie régulièrement de données à jour permettrait de démultiplier les capacités d'action en rendant les communications plus fréquentes et régulières.

⁶¹ Cette démarche issue des résultats de la mission 22 a fait l'objet d'un cahier des charges détaillé en vue d'une expérimentation sur tout le territoire dès juin 2017.

L'utilisation d'Espace Pro aurait l'avantage de s'appuyer sur un outil existant en facilitant :

- le recours à des échanges par courriel via l'espace de messagerie sécurisée,
- la création d'un véritable espace d'information complet et à jour des pratiques et des patientèles des professionnels de santé.

...

Les téléservices restent en deçà de leur potentiel d'utilisation. Ils ont été conçus dans une logique de dématérialisation et non pas dans une vision métier, ce qui fait que certains besoins ne sont toujours pas couverts. Par ailleurs, les Conseiller informatique Service (CIS) font état des difficultés persistantes sur l'ergonomie et les contraintes de disponibilité – en dépit des progrès dont témoignent les résultats des objectifs COG – qui ne facilitent pas l'utilisation des téléservices.

Source : Rapport de la mission d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque

[283] Dans ces perspectives les recommandations n° 12, 13 et 14 formulées par la mission d'évaluation de la COG-GDR restent d'actualité :

Recommandation n° 12 : Maintenir le nombre d'ETP dédiés à la gestion du risque tout en faisant des efforts de productivité pour accroître les moyens disponibles.

Recommandation n° 13 : Investir dans la formation à la gestion du risque sur la base d'une analyse prospective des besoins et des compétences, en veillant à associer ARS et assurance maladie.

Recommandation n° 14 : Investir dans les projets de systèmes d'information de gestion du risque en développant la relation numérique aux professionnels de santé et la modernisation des outils des CPAM et des DRSM.

[284] La CNAM a précisé qu'elle développait depuis plusieurs années la relation numérique avec les professionnels de santé, en particulier au travers d'Espace pro. Elle convient toutefois qu'il est nécessaire de poursuivre ces efforts pour améliorer et enrichir son offre de services numériques. Elle indique avoir lancé plusieurs chantiers repris par la nouvelle COG :

- « La mise en place d'une organisation permettant d'associer les utilisateurs au plus tôt dans la conception des services (groupe test, groupe reflet, enquêtes PS...)
- La réingénierie du portail Espace pro qui prévoit une amélioration de l'ergonomie des services et un enrichissement afin de mieux répondre aux attentes des utilisateurs.
- La poursuite des travaux de simplification de l'Arrêt de Travail en ligne avec une révision du processus lui-même.
- Le déploiement des échanges sécurisés entre les PS et le service médical, la possibilité pour le service médical d'initier l'échange sera intégré dans la prochaine évolution du service.
- La prescription électronique de transports est en cours de déploiement et la prescription électronique de médicaments sera expérimentée en 2017 et au premier trimestre 2018.
- Le Bilan de Soins Infirmiers, en expérimentation depuis début 2017, qui pourrait être généralisé en 2018/2019, permettant d'améliorer la prise en charge des patients par les infirmiers, la coordination infirmiers-médecin traitant et l'information de l'assurance maladie sur le contenu des soins en AIS3 qui constitue un enjeu majeur en termes de dépenses et d'organisation des soins. »

[285] Par ailleurs elle confirme sa volonté d'investir sur des services numériques pour tous les professionnels, au-delà des seuls médecins, en appui aux actions de prévention. La CNAM a bien

pris en compte la nécessité de fonder ses démarches d'amélioration sur le recueil des besoins des utilisateurs.

[286] Les orientations de la COG reprennent les éléments indiqués ci-dessus (cf. fiches 9 et 11). La mission n'a pas disposé du nouveau SDSI en cours d'adoption qui doit mettre en application les orientations de la COG 2018-2022. Elle n'a pas pu apprécier si les projets et actions prévus bénéficient des priorités suffisantes pour aboutir dans les délais. Elle souligne que l'accompagnement personnalisé et le développement des services numériques constituent des investissements pour améliorer à la fois les relations avec les professionnels de santé et la gestion du risque.

[287] En tout état de cause, la mission recommande que les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations soient justement dimensionnés pour ne pas retarder les déploiements de solutions très attendues.

[288] D'autres chantiers sont porteurs de simplification comme la prescription électronique et la carte Vitale électronique.

3.4.2.1 La e-prescription s'inscrit dans la continuité des efforts de dématérialisation accomplis par l'assurance maladie

[289] Le développement de la prescription électronique ou e-prescription est prévu par la COG (fiche 12). Ce projet simplifiera la coordination et permettra aussi de réduire les difficultés auxquelles sont confrontés les prescrits lorsque les ordonnances des médecins ne respectent pas la nomenclature de leurs actes (cf. partie 2). Les principaux avantages attendus sont selon les indications de la CNAM :

- Pour le prescripteur⁶² :
 - La prescription dématérialisée depuis son logiciel métier s'appuyant sur des outils ou référentiels d'aide à la décision labellisés par la HAS ;
 - L'alimentation du DMP du patient pour permettre le partage des informations avec les professionnels habilités ;
 - La consultation par le logiciel métier de la bonne exécution de la prescription par le prescrit⁶³ (par exemple la délivrance des médicaments).
- Pour le prescrit :
 - L'accès à la prescription électronique à la demande du patient qui a le libre choix du professionnel de santé ;
 - La dématérialisation des informations de délivrance des produits et des soins de la prescription ;
 - L'utilisation de l'e-prescription comme justificatif pour la facturation ;
 - La transmission des informations d'exécution des soins prescrits à l'assurance maladie ;

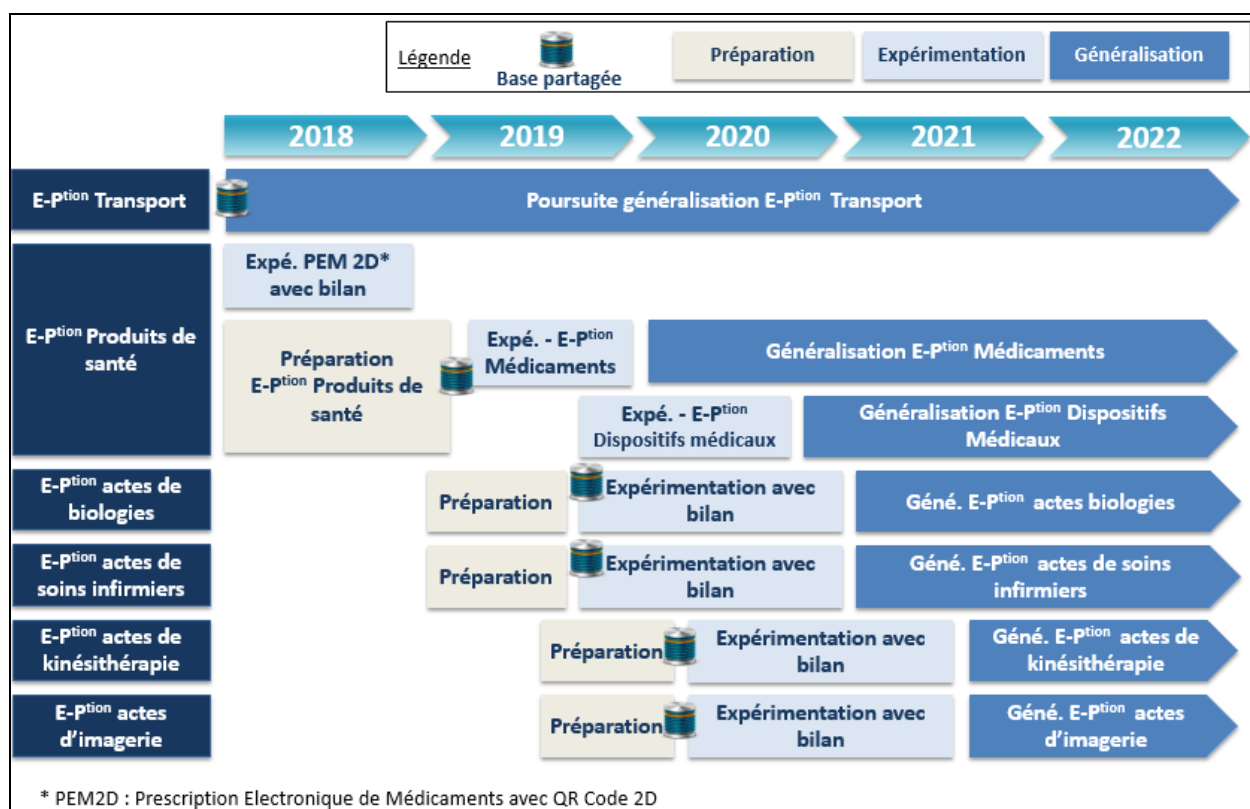
⁶² Les prescripteurs sont notamment les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes.

⁶³ Les prescrits sont par exemple : les pharmacies d'officine et mutualistes, les laboratoires de biologie médicale, les centres de radiologie et d'imagerie médicale, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les infirmières.

- L'alimentation du DMP pour le partage des informations d'exécution avec les professionnels habilités.

[290] Les engagements de la COG prévoient une expérimentation dès 2018 et une préparation de la généralisation en 2019. La conduite de ce projet associe les parties prenantes grâce à plusieurs instances. À l'image des exemples espagnol et italien, ce déploiement sera très utile pour faciliter et fiabiliser les relations entre les médecins, les pharmaciens, les biologistes, les infirmiers les masseurs-kinésithérapeutes et les imageurs.

Schéma 2 : Le planning prévisionnel du projet e-prescription



Source : CNAM

3.4.2.2 Le projet eCarte Vitale vise à adapter les services aux progrès du numérique

[291] Ce projet consiste à développer un dispositif sécurisé et dématérialisé sur smartphone ce qui permet un fonctionnement en mobilité. La eCarte Vitale est un vecteur d'identité numérique qui permet l'accès à des services numériques. Elle assurera l'identification, l'authentification et la signature des assurés pour la facturation et l'accès aux services de l'assurance maladie obligatoire. Une phase d'expérimentation doit commencer fin 2018. La généralisation est prévue à partir de 2021. Si les simplifications sont d'abord attendues pour les assurés, les professionnels de santé devraient également bénéficier de simplification en particulier pour l'exercice en mobilité et pour le développement de la télémédecine⁶⁴. Il est attendu également une intégration simple dans les logiciels métier des professionnels de santé

⁶⁴ La télétransmission demande aujourd'hui la présence simultanée des deux cartes CPS du professionnel de santé et SESAM-Vitale du patient au lieu d'exercice du professionnel.

Recommandation n°8 : Veiller à la bonne mise en œuvre des orientations de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie pour ce qui concerne les relations avec les professionnels de santé, en s'assurant que les moyens dévolus à ces orientations sont adaptés en particulier pour le développement de la e-prescription.

3.5 La responsabilité des pouvoirs publics

3.5.1 Assurer la cohérence des politiques publiques

[292] Les pouvoirs publics doivent veiller à la cohérence des différentes politiques publiques. En matière de santé, la prévention et la santé publique, la pertinence des soins et l'accès territorial aux soins constituent des axes complémentaires et non pas concurrents.

- Les soins de ville et le développement de l'ambulatoire et du maintien à domicile

[293] La simplification des relations entre les administrations et les professionnels de santé de ville passe par un changement de posture qui s'instaure progressivement comme le montrent les évolutions dans les procédures d'accompagnement de l'assurance maladie. Toutefois cette évolution nécessite que les ambiguïtés qui subsistent entre la volonté de simplifier les relations et la maîtrise des dépenses de soins de ville soient levées.

[294] En effet, augmenter la part de l'ambulatoire et le maintien à domicile dans un contexte de vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la demande de soins de ville. La mission souligne que la volonté de maîtrise des dépenses ne doit pas ralentir l'adoption des innovations techniques ou organisationnelles qui peuvent bénéficier aux patients comme aux professionnels de santé. Il s'agit en effet d'une logique d'investissement préalable pour adapter les réponses aux évolutions en cours, dont certaines sont souhaitées et impulsées par les politiques publiques nationales.

[295] Les efforts d'amélioration des relations avec les professionnels de santé sont compatibles avec la gestion du risque par l'assurance maladie pourvu que cette dernière dispose des moyens d'accompagnement et des outils numériques adaptés.

- Les aides à l'installation et au maintien dans les territoires

[296] Pour l'installation dans les territoires, l'assurance maladie et les pouvoirs publics ont mis en place un panel d'aides pour maintenir l'offre de soins ou la développer. Les aides instaurées par les collectivités doivent s'articuler et compléter les dispositifs de l'État et de l'AMO. Elles ne doivent pas être redondantes, créer de la concurrence voire de la surenchère. Les collectivités peuvent être avantageusement associées aux guichets uniques en région⁶⁵.

[297] Les politiques d'aménagement et d'accessibilité des centres-ville influent sur le développement de l'ambulatoire et sur l'installation des professionnels de santé dans des zones où le coût du foncier est élevé. Des financements innovants doivent être recherchés pour éviter la

⁶⁵ En Isère, le conseil départemental, en partenariat avec l'ARS et la faculté de médecine, propose aux stagiaires et aux jeunes médecins désirant s'installer dans des zones prioritaires, des aides complémentaires (cf. encadré 7). En Île-de-France, l'ARS et la région prévoient d'établir un partenariat pour proposer un dossier unique de demande de financement.

désertification de ces centres ou de certains quartiers⁶⁶, mais des professionnels peuvent aussi estimer préférable d'investir eux-mêmes⁶⁷.

[298] Dans les quartiers en politiques de la ville qui bénéficient de projets de rénovation soutenus par l'ANRU, il est indispensable d'intégrer des espaces pour les professionnels de santé en partenariat avec ces derniers.

Recommandation n°9 : Faciliter, en concertation avec les collectivités territoriales l'accès et les déplacements en ville des professionnels de santé, du médico-social et du social intervenant à domicile ainsi que la réservation d'espaces adaptés à l'exercice regroupé.

3.5.2 Veiller à l'accompagnement des professionnels de santé au cours de la formation et de leur exercice

➤ Des initiatives intéressantes ont été proposées pour l'accompagnement des étudiants

[299] L'accompagnement personnalisé proposé aux professionnels en exercice mériterait d'être adapté au parcours de formation des années universitaires. Des initiatives ont été prises localement par certaines CPAM en relation avec les UFR de médecine. Il conviendrait d'organiser des formations au niveau national. Des échanges entre la conférence des doyens et la CNAM vont permettre de construire des modules de formations pour la rentrée universitaire 2018.

[300] Il s'agit de faire mieux connaître l'exercice libéral pour dédramatiser l'installation, en particulier au cours des deux dernières années de formation qui permettent l'élaboration d'un projet professionnel. À ce titre, la mission signale le dispositif récemment déployé à Nancy à l'initiative du conseil départemental de l'ordre des médecins et soutenu par la faculté de médecine, l'ARS, l'URPS et le conseil régional qui ont signé une convention à laquelle s'est ralliée la CPAM. Ce dispositif d'accompagnement est implanté dans les locaux de l'UFR. Sa particularité est de proposer un accompagnement personnalisé. Il s'est mis en place avec le soutien de jeunes représentants des médecins généralistes qui participent à son pilotage. Il est plébiscité par les étudiants en médecine qui en ont bénéficié. Bien coordonné avec l'ARS, il permettrait d'assurer le suivi des étudiants signataires d'un contrat d'engagement de service public – CESP. Par ailleurs le dispositif a testé le rapprochement entre les professionnels cessant prochainement leur activité et les étudiants désireux de s'installer en prenant la suite d'une activité existante.

Encadré 22 : Le dispositif *Passerelle, Laboratoire territorial d'aide à l'installation des médecins à Nancy en région Grand-Est*

Ce dispositif a été imaginé initialement pour favoriser les installations dans le département de la Meurthe-et-Moselle et mobiliser les étudiants en médecine sur leur avenir professionnel.

Il est animé par une chargée de mission à temps plein rémunéré par le conseil départemental de l'ordre. Installée dans le département de médecine générale de la faculté de médecine, elle propose un accompagnement individualisé aux étudiants en trois étapes selon l'avancement de leur projet professionnel. Trois outils sont utilisés pour l'accompagnement personnalisé :

- Un questionnaire semi-directif permet la préparation de l'entretien avec un jeune médecin généraliste et la chargée de mission ;

⁶⁶ Par exemple, financements par des offices HLM, par l'ANRU lors d'opérations de rénovation de quartiers, portage de l'immobilier avec l'appui de la Caisse des Dépôts et consignations...

⁶⁷ Dans le cas d'une MSP visitée par la mission, les professionnels ont préféré emprunter pour acquérir les locaux plutôt que de s'acquitter d'un loyer trop élevé.

- Un rétroplanning d'installation élaboré à la suite de l'entretien et accompagné de l'ensemble des contacts utiles et d'une description des aides à l'installation pour le projet envisagé ;
- Un questionnaire qualité permet d'avoir un retour d'expérience.

Le dispositif a été aussi étendu pour faire de la mise en relation avec des médecins envisageant de cesser leur activité à échéance de quelques années.

Après un déploiement centré sur la Meurthe-et-Moselle, le dispositif s'est étendu en Lorraine. Fin 2018 il devrait être déployé à Strasbourg et Reims avec le recrutement de deux nouvelles chargées de mission.

Source : ARS Grand-Est et entretiens de la mission.

[301] Les universités prennent aussi des initiatives pour améliorer la connaissance de l'exercice professionnel par des séminaires comme en organise par exemple l'UFR de médecine à Besançon. Un séminaire annuel au sujet de l'installation en libéral réunit les Internes de 6^{ème} année, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les orthoptistes, les sages-femmes et les assistantes sociales. Les étudiants en médecine rencontrés à l'UFR de santé de Besançon ont toutefois exprimé le souhait de recevoir une information sur l'installation en fin d'internat.

[302] L'enquête nationale réalisée fin 2010 par l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) insiste dans son analyse sur l'information à donner aux étudiants : « Il nous paraît donc important de débiter la communication sur l'exercice ambulatoire et les aides à l'installation au plus tôt, dès le deuxième cycle des études médicales. »⁶⁸

Recommandation n°10 : Préparer les professionnels de santé en formation à l'exercice en libéral.

- L'accompagnement des professionnels à l'installation et au cours de leur exercice ne peut se résumer au guichet unique

[303] Si le guichet unique⁶⁹ simplifie les formalités administratives, il ne pourra remplir toutes les attentes des professionnels de ville. Les professionnels de santé libéraux élaborent les projets d'évolution de leur organisation pour la coordination des soins (CPTS, ESP, MSP) durant leur temps libre ou bien doivent prendre sur leur temps de travail et perdent des revenus. Ils ont besoin d'une part d'un soutien méthodologique, d'un appui logistique et/ou de formation et éventuellement d'indemnités pour les heures de travail perdues... Ce type de soutien financier pour de l'ingénierie de projet est apporté par certaines ARS, par exemple en Grand Est et en Ile-de-France.

3.5.3 Des mesures de simplification peuvent être rapidement prises sans dégrader la gestion du risque

[304] Certaines demandes d'entente préalable (DAP) ne sont pas traitées par les CPAM ou bien les accords ne sont plus notifiés. Cela oblige les assurés et les professionnels de santé à attendre la fin du délai de silence de 15 jours pour l'information de la prise en charge. Comme le recommande la mission d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS – gestion du risque il conviendrait de supprimer ou d'automatiser le traitement des DAP : « simplifier et automatiser le

⁶⁸ [Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011](#), p.30.

⁶⁹ Sur le guichet unique voir para [250].

traitement des DAP, idéalement en l'associant avec un algorithme décisionnel permettant un avis immédiat. »⁷⁰

[305] Afin de simplifier le traitement des dossiers AT/MP des agents publics, il conviendrait de normaliser les certificats médicaux qui doivent être remplis par les médecins pour ces agents.

Recommandation n°11: Uniformiser les formulaires de déclaration d'AT/MP et les documents à fournir par les professionnels de santé aux agents publics.

[306] Pour les dossiers de renouvellement des prestations accordées par les CDAPH, il conviendrait de repousser les échéances lorsque l'état de santé du demandeur ne laisse préjuger aucune évolution favorable.

Recommandation n°12: Repousser les échéances réglementaires actuelles pour le renouvellement des droits accordés par la CDAPH, en fonction de l'évolution prévisible du handicap.

CONCLUSION

[307] Comme le montrent les préoccupations des pays européens face à la demande de soins et à de relatives pénuries de médecins, il n'existe pas de solution unique et décisive. La simplification passe par un ensemble de dispositions touchant au sens pratique, à l'organisation, à la dématérialisation, au partage des informations métiers, mais aussi à la volonté de faire simple et à la coordination entre professionnels. De nouveaux outils le permettent à la condition de faire évoluer les pratiques voire de redéfinir les rôles et tâches de chacun. Cette préoccupation doit être partagée à tous les niveaux.

[308] Pour leur part, les professionnels eux-mêmes doivent et peuvent apporter des réponses pour simplifier leurs conditions d'exercice : en recourant davantage aux téléservices, en faisant appel à des prestataires, en modifiant leurs organisations de travail, en mutualisant certaines tâches.

[309] Une cohérence d'ensemble des politiques publiques s'impose dans plusieurs domaines. Qu'il s'agisse de l'aménagement du territoire, de la création des infrastructures de communication (THD), en passant par la politique fiscale, la formation initiale et continue, la prévention, l'ambulatoire, la coordination et les relations ville hôpital.

[310] La relation aux professionnels de santé de l'assurance maladie doit évoluer comme une véritable « gestion de la relation client », c'est-à-dire une relation de confiance partenariale. Loin de nuire à la gestion du risque, elle devrait la favoriser.

[311] Les efforts engagés par la CNAM et son réseau doivent se poursuivre et les moyens pour améliorer la relation avec les médecins, mais aussi les autres professions de santé, doivent être adaptés.

[312] L'État est légitime à définir la stratégie nationale de développement et d'usage des systèmes d'information en santé. Il doit assumer son rôle de régulateur ou d'incitateur, veiller à éviter la dispersion des efforts et à l'économie des moyens. Il est naturel qu'il puisse imposer

⁷⁰ Recommandation n° 17 du rapport précité : Méjane Julien, Rey Jean-Louis, Viossat Louis-Charles, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Gestion du risque, n° 2017 — 007R, IGAS, septembre 2017, 114 pages.

l'interopérabilité des systèmes d'information en santé. Le cas échéant, il peut inciter l'usage voire pénaliser le non-usage des outils de coordination (DMP, MSS).

[313] Enfin il lui revient de coordonner les efforts de simplification pour l'ensemble des professionnels de santé, par exemple dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé.

Charles de BATZ

Christian DUBOSQ

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Échéance
Pilotage et organisation				
1	Accompagner la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé par un volet portant sur la simplification piloté par l'État et associant les parties prenantes.	1	SGMAS	2018
2	Évaluer les expériences conduites localement par les CPAM pour l'amélioration des relations avec les professionnels de santé, généraliser les plus efficaces dans l'ensemble des territoires, en les adaptant au contexte local.	2	CNAM/SGMAS	2019
5	Rendre opposables, à court ou moyen terme (3 ans), les référentiels ou normes relatives aux systèmes d'information élaborés en concertation avec les parties prenantes : sécurité, interopérabilité, intégration des services.	2	SGMAS/DSSIS	2018
8	Veiller à la bonne mise en œuvre des orientations de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie pour ce qui concerne les relations avec les professionnels de santé, en s'assurant que les moyens dévolus à ces orientations sont adaptés en particulier pour la généralisation de la e-prescription.	1	CNAM/SGMAS /DSS	2022
9	Faciliter, en concertation avec les collectivités territoriales l'accès et les déplacements en ville des professionnels de santé, du médico-social et du social intervenant à domicile ainsi que la réservation d'espaces adaptés à l'exercice regroupé.	3	SGMAS/DGCL	2022
Accompagnement et formation				
3	Généraliser l'accompagnement des professionnels dans la conduite de leur projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) comme le pratiquent déjà certaines ARS, en lien avec l'assurance maladie et les fédérations de MSP, en faisant notamment connaître les simplifications apportées par la constitution en SISA à capital variable (SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires).	1	DGOS/CNAM	2018

RAPPORT IGAS N°2017-154R

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Échéance
4	Construire un cadre pérenne de financement pour les dispositifs de coordination des soins de ville : plateforme territoriale d'appui, communauté professionnelle territoriale de santé et équipe de soins primaires (PTA, CPTS et ESP).	1	SGMAS/DGOS/ CNAM	2021
10	Préparer les professionnels de santé en formation à l'exercice en libéral.	1	SGMAS/DGOS/ CNAM/DGESIP	2022
Modification de processus				
6	Dématérialiser le traitement du certificat médical nécessaire à la constitution du dossier de demande MDPH.	2	SGMAS/DGCS/ CNSA	2020
7	Dématérialiser l'ensemble des dossiers que les professionnels de santé doivent transmettre à l'administration sauf exception dûment justifiée.	3	SGMAS/CNAM	2021
11	Uniformiser les formulaires de déclaration d'AT/MP et les documents à fournir par les professionnels de santé aux agents publics.	3	SGMAS/DGAFP /DGCL	2022
12	Repousser les échéances réglementaires actuelles pour le renouvellement des droits accordés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), en fonction de l'évolution prévisible du handicap.	2	SGMAS/DGCS	2020

Pour mémoire, plusieurs recommandations du rapport IGAS d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de l'assurance maladie – partie gestion du risque comportent des enjeux pour la simplification des relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre
Cab/JOD/CB/P-D -17-28930

Paris, le 30.11.2017

Madame la Cheffe de service,

Face aux difficultés d'accès aux soins sur certaines parties du territoire, le Premier ministre a annoncé un plan d'action comprenant une vingtaine de mesures pour renforcer l'accès territorial aux soins lors de son déplacement à Châlus avec la ministre de la santé le 13 octobre dernier.

Ce plan présente des innovations majeures en ce qu'il s'appuie d'abord sur la responsabilité des acteurs au niveau territorial, qu'il met l'accent sur la diversification du temps médical plutôt que sur l'installation à tout prix dans les zones sous dotées et qu'il vise à soutenir l'innovation sous plusieurs formes. Il se veut incitatif.

Le caractère incitatif du plan se manifeste par un accroissement des leviers financiers d'une part et d'autre part par des mesures de simplification administrative. Il prévoit également un développement rapide de la télémédecine et l'accompagnement de la révolution numérique en santé dans les territoires.

Les mesures prévues par le plan, dont certaines sont formalisées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (PLFSS), ne sont pas exhaustives.

Aussi, je souhaite pouvoir enrichir le plan de nouvelles mesures de simplification pour la réunion du comité ministériel qui se tiendra à la fin du premier semestre 2018. La préparation de ces mesures appelle, au-delà de la concertation avec les professionnels de santé, une expertise complémentaire.

À cette fin, je vous demande de dresser un panorama des mesures de simplification de l'exercice des professionnels de santé de la ville dans leur rapport avec les administrations, quel que soit leur statut (libéral ou salarié). Dans la mesure du possible, vous procéderez à une analyse de leur faisabilité et vous préciserez les conditions de leur mise en œuvre.

.../...

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de service
IGAS
39-43 quai André-Citroën
75015 PARIS

Pour conduire vos travaux, vous consulterez les organisations professionnelles, vous rencontrerez des professionnels ainsi que les institutions avec lesquelles ils interagissent (mdph, cpam...) ... et vous tirerez des enseignements d'initiatives intéressantes prises dans les territoires en lien avec les délégués d'accès aux soins, et l'inspectrice IGAS qui les accompagne. Vous pourrez également identifier les apports des expériences étrangères sur la façon dont la question de la charge administrative des professionnels de santé peut être abordée.

Vous pourrez vous appuyer sur le secrétariat général des ministères sociaux, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la sécurité sociale et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ainsi que sur les principales caisses d'assurance maladie obligatoire.

Vos propositions sont attendues pour le début la fin du mois de mai 2018.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de service, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous



Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

À Paris

Ministère de la Santé

Cabinet de la ministre

BUBIEN Yann Directeur adjoint de cabinet

SGMAS – Secrétariat général des ministères sociaux

FERY-LEMONNIER Élisabeth Chargée de mission

SGMAS – DSSIS

CIRRE Philippe Directeur par intérim

DGOS – Direction générale de l'offre de soins

BURDIN Myriam	Chef du bureau (PF3)
CAUTERMAN Maxime	Directeur de cabinet
COURREGES Cécile	Directrice générale
DELAFUYS Samuel	Adjoint à la cheffe de bureau (PF3)
ÉMERY Gregory	Adjoint à la sous-directrice (PF)
ESCALON Sylvie	Sous-directrice par intérim (R)
HALLER Vincent	chef de bureau (R5)
MANZI Isabelle	Bureau (PF3)
PAUFIQUES Marion	Économiste (R5)
SCHNEIDER Nathalie	Chargée de mission-offre de 1 ^{er} recours (R2)
UHL Frédéric	Chef de bureau (SR1)
VARROUD-VIAL Michel	Conseiller médical soins primaires et professions libérales
YAHMI Mouloud	Chargé du suivi des PTA (PF3)

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

AUBERT Jean-Marc	Directeur
CHAPUT Hélène	Adjointe au chef de bureau (BPS)

DSS – Direction de la sécurité sociale

BONELLO Claire	Cheffe de bureau (1 B)
CANTAT Amélie	Chargée de mission (1 B)
CHAUVIN Guylaine	Responsable de la mission coordination et gestion du risque maladie (MGMRC)
DENIS Emmanuelle	Rédacteur (4 C)
LASHCHUK Iryna	Chargée de mission (SD4)
LENIERE Laurent	Adjoint à la sous-directrice (SD4)

IGAS – Inspection générale des affaires sociales

ANASTASY Christian	Inspecteur général
BARRET Luc	Inspecteur général
BROCAS Anne-Marie	Inspectrice générale (au titre de présidente du HCAM)
BURNEL Philippe	Inspecteur général
DEBEAUPUIS Jean	Inspecteur général

DESAILLY-CHANSON Marie-Ange	Inspectrice générale
FAUCON Félix	Inspecteur général
FELLINGER Francis	Conseiller général des établissements de santé
LESTEVEN Pierre	Conseiller général des établissements de santé
MEJANE Julien	Inspecteur
MEUNIER Alain	Inspecteur général
PIQUEMAL Angel	Inspecteur général
ROBERT Ève	Inspectrice
SIAHMED Hamid	Inspecteur général
VIOSAT Louis-Charles	Inspecteur général
WALLON Véronique	Inspectrice générale
YENI Isabelle	Inspectrice générale

Agence

ASIP SANTE	
GAGNEUX Michel	Directeur

Caisses nationales

CNAM – Caisse nationale d'assurance maladie

BEGUE Romain	Directeur de cabinet de la DDGOS
BROUCK François-Xavier	Directeur des assurés
COURY Annelore	Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DINIS Annicka	Directrice du programme 2
PEIX Pierre	Directeur délégué aux opérations
REVEL Nicolas	Directeur général
RICHARD Denis	Directeur des services de la maîtrise d'ouvrage informatique
ULMANN Philippe	Directeur de l'offre de soins
(Par téléphone)	
FRANGEUL Sandrine	Département des professionnels de santé

CNSA – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

BRASSEUR Anne-Lise	Chargée de mission
TALLIER Frédéric	Médecin, expert médical personnes handicapées

ONM – ordre national des médecins

ARNAULT François	Délégué général aux relations internes
BOUET Patrick	Président

Représentants des professionnels de santé

CI – Convergence infirmière

LIVINGSTONE William	Trésorier
SICRE Ghislaine	Présidente

CSMF – Confédération des syndicats médicaux français

DUQUESNEL Luc	Président – Les Généralistes-CSMF
GASSER Patrick	Président – U.MES.PE-CSMF
LANDAIS Stéphane	Secrétaire général
ORTIZ Jean-Paul	Président

FDSL – Fédération des syndicats dentaires libéraux

CHABENAT Jean-François Vice-président

FFMKR – Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

MARTY Olivier-Jean Vice-président
PLOYART Laurène Déléguée générale

FMF – Fédérations des médecins de France

HAMON Jean-Paul Président

FNI – Fédération nationale des infirmiers

TISSERAND Philippe Président

FSPF – Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

FERNANDEZ Pierre Directeur général
WITTEVRONGEL Jocelyne Vice-présidente

ISNAR-IMG – Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

PITHON Maxence Président
VALENCONY Marion Chargée de mission prévention et solidarité

MG-France – Fédération française des médecins généralistes

BATTISTONI Jacques Président
BAYART Margaux Premier vice-président
GIANNOTTI Agnès Vice-présidente
PERRAIN Alice Vice-président
URBEJTEL Gilles Trésorier

ONSIL – Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux

MAYLIE Élisabeth Présidente
DARQUE Daniel Membre du bureau, trésorier

SDBIO – Syndicat des biologistes

BLANCHECOTTE François Président

SML – Syndicat des médecins libéraux

BAUER Sophie Secrétaire générale spécialiste plateaux techniques lourds
VERMESCH Philippe Président

SNIL – Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux

KIRNIDIS Catherine Présidente
PINTE John Vice-président

SNMKR – Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

MARÉCHAL Tristan Vice-président
MICHEL Stéphane Président

UD – Union dentaire

DENOYELLE Philippe Président
LE VOYER Jacques Vice-président

UNECD – Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire

BERTAGNOLIO Lucie Présidente
SEYROLLE Justine 1ère vice-présidente

USPO – Union des syndicats de pharmaciens d’officine

BONNEFOND Gilles Président
CAUMON Marie-Josée Conseillère
VARIOT Pierre-Olivier Vice-président

Maisons et centres de santé

FNCS – Fédération nationale des centres de santé

COLOMBANI Hélène Médecin, présidente
DUPONT Dominique Médecin, membre du bureau

FFMPS – Fédération française des maisons et pôles de santé

GENDRY Pascal Médecin, président

Autres acteurs

ESPAGE SA

de HAAS Pierre Médecin généraliste fondateur ESPAGE société de prestation de services

Doctolib

MERAUD Julien Directeur marketing
PITRON Henri Directeur de la communication et des affaires publiques

FEIMA-Fédération des éditeurs d’informatique médicale et paramédicale ambulatoire

MAMBRINI Francis Président

TokTokDoc

GRÜNSTEIN Dan Cadre
SCHMOLL Laurent Médecin, Cadre

En région

Auvergne-Rhône Alpes

Cabinet médical – Lyon

REBEILLE-BORGELLA Vincent Médecin généraliste
ROSELLO-PRATS Louis Médecin généraliste

Cabinet paramédical – Lyon

DIEDERICHS Jean-Christophe Masseur-kinésithérapeute

URPS – Union régionale des professionnels de santé Auvergne Rhône-Alpes

MACHEDA David Trésorier, médecin généraliste
TERNAMIAN Pierre-Jean Président, médecin spécialiste
VIGNE Céline Directrice
DUREAU Pascal Médecin généraliste Cabinet médical – Vénissieux (Rhône)

Par visioconférence

LABARRIERE René-Pierre Médecin généraliste – Pdt Conseil départemental de l'ordre
Cabinet médical – Annecy-le-Vieux
LAVILLE Agnès Médecin généraliste Cabinet médical – Simandres (Rhône)

Bourgogne Franche-Comté

ARS Bourgogne Franche-Comté

JACOTOT Didier Directeur de l'animation territoriale
PRIBILE Pierre Directeur général

Centre hospitalier intercommunal de Haute Comté (25)

VOLLE Olivier Directeur

CPAM du Doubs

DAMIEN Christelle Responsable « accompagnement des offreurs de soins »

Ordre départemental des médecins du Doubs

DESCHAMPS Gérard Président

Ville de Pontarlier

GENRE Patrick Maire

URPS – Union régionale des professionnels de santé

ATTAL Stéphane Médecin généraliste – Coordonnateur du projet de cabinet
médical « Éphémère » à Pontarlier

UFR Sciences de santé, département de médecine générale – Besançon (25)

MOULIN Thierry Directeur de l'UFR
MORENO José Philippe Maître de stage
PERROT Jean-Michel Professeur associé
Des étudiants et des internes en médecine

MSP de Bletterans (39)

FAIVRE Gaël Médecin généraliste
FLEURIN Christiane Secrétaire
JALLEY Christelle Infirmière libérale
MAREE Julien Masseur kinésithérapeute – Ostéopathe
MYAT Anne Coordinatrice d'appui (ARESPA)
SIMERAY Charlène Secrétaire

Grand Est

ARS Grand Est

BOUTTEAU Bruno Chargé de mission systèmes d'information en santé
CRETIN Carole Directrice de la stratégie
ECKMANN Laurence Responsable du département appui à la coordination et aux
coopérations
LANNELONGUE Christophe Directeur général
STRAUSS Wilfrid Directeur des soins de proximité
TOUPENET Émilie Chef de cabinet du directeur général

GENOVA Annie	Chargée de mission – Délégation territoriale (DT) Meurthe-et-Moselle (54)
GUENIOT Ghyslaine	Chargée de projet animation territoriale – DT Vosges (88)
CPTS de Colombey-les-Belles (54)	
ARNOLD Catherine	Médecin généraliste, cabinet médical – Dongermain (54)
Cabinet médical – Laxou (54)	
GONTHIER Damien	Médecin généraliste
Cabinet médical – Malzéville (54)	
IMBAULT Eric	Médecin généraliste
Cabinet médical – Verny (54)	
HANRIOT Olivier	Médecin généraliste
Cabinet médical – Villers-lès-Nancy	
ARDIZIO Jean-Luc	Médecin généraliste
CPAM de Meurthe-et-Moselle	
CULOT Jérôme	Médecin-conseil, chef de l'ELSM
DE SOUSA Catherine	Responsable accompagnement des professionnels de santé
DECQ Muriel	Responsable administrative ELSM
DIDIER Sylvie	Responsable régulation
PADIER Olivier	Responsable de Département
SIMON Anne	Médecin-conseil, relation avec les professionnels de santé ELSM
THIRIET Sylvie	Médecin-conseil, adjoint au chef de l'ELSM
Conseil départemental de l'ordre de Meurthe-et-Moselle	
ABRAHAM Éliane	Médecin gériatre, chef de projet Passerelle
Expérimentation de guichet unique dans les Vosges (88) (<i>par visio conférence</i>)	
COUVAL Alain	Médecin conseil, ARS – DT Vosges (88)
HAUTEM Marie-France	CPAM des Vosges, relations avec les professionnels de santé
LHOMME Catherine	CPAM des Vosges, expérimentation guichet unique
PTA – Plateforme territoriale d'appui – Grand Reims (<i>par visio conférence</i>)	
ALIBERT Thierry	Inspecteur principal, ARS – DT Marne (51)
PAINVIN Karine	Chef de projet
RICHARD Patrick	Médecin généraliste, cabinet médical – Courcy (51)

Ile-de-France

ARS Ile-de-France

JAFFRE Didier	Directeur de l'organisation des soins
LE GUEN Yannick	Directeur de la stratégie
LEPAGE Éric	Directeur pôle information et données en santé
OUANHNON Pierre	Directeur du pôle ambulatoire et service aux professionnels de santé

MSP de Villaroy à Guyancourt (78)

FOUCAULT Damien	Médecin généraliste
-----------------	---------------------

GARCIA Valérie Médecin spécialiste
LEDROIT Dominique Masseur kinésithérapeute rééducateur

Nouvelle Aquitaine

ARS Nouvelle Aquitaine

ALMARCHA Caroline Inspectrice – Délégation territoriale (DT) Gironde
BILLEBOT Marie-Noëlle Chargée de mission
LAFORCADE Michel Directeur général
LE MERCIER Catherine Directrice adjointe – DT Gironde
PRATMARTY Samuel Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie
ROY Céline Médecin-conseil – DT Gironde
SERRE Olivier Directeur des territoires
TRANCHANT Arnaud Chef de projet transversalité, pilotage et parcours de santé
TRON Éléonore Interne Santé publique – DT Gironde
VERGA Josiane Directrice de la délégation territoriale des Landes
VICOGNE Olivier Chargé d'accompagnement territoire e-santé

Conseil départemental de l'ordre

BROUCAS Fabrice Médecin généraliste, président du conseil départemental de l'ordre de Gironde

Santé Landes – plateforme territoriale d'appui (PTA) (40)

SIMON Didier Président de Santé Landes, Médecin généraliste – Cabinet médical, Mont-de-Marsan
LAFARGUE Delphine Directrice de la PTA
POUILLOUX Suzie Coordinatrice de la PTA
BERTHELON Patrick Pharmacien titulaire d'officine – Dax
BROUSTE Laetitia Infirmière libérale – Mont-de-Marsan
FOURNET Isabelle Infirmière libérale – Ygos-Saint-Saturnin
GARRABOS Marie-Chantal Médecin généraliste Cabinet médical – Mont-de-Marsan
HIOLLET Louis Médecin généraliste Cabinet médical – Ygos-Saint-Saturnin

CPAM de la Gironde

KERGUELEN Aurélie Directrice de l'offre de service
MEREADUPUY Estelle Responsable du service accompagnement des professionnels de santé

MSP Saint Jean – Bordeaux

BRISSET Gérard Médecin généraliste
COULIBALY Maïmouna Médecin généraliste
GRIVART de KERSTRAT Yann Médecin généraliste

URPS – Union régionale des professionnels de santé Nouvelle Aquitaine

BRUGERE Nicolas Médecin généraliste – adjoint santé à la mairie de Bordeaux
DELABANT Jean-Luc Médecin généraliste – Bordeaux

Hauts de France

Par Téléphone

CPAM de la Somme

CASANO Jean-Yves

Directeur, co-pilote de la mission déléguée 22

LISTE DES ENCADRÉS, GRAPHIQUES ET SCHEMAS

Encadrés

Encadré 1 : Définition de la simplification selon la direction de l'information légale et administrative	15
Encadré 2 : Simplification de l'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés lors des démarches d'installation des médecins libéraux – Art. 25 de la LFSS 2018.....	16
Encadré 3 : Orientations de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie comprenant des mesures pour améliorer les relations avec les professionnels de santé	18
Encadré 4 : Principaux engagements de la COG 2018-2022 de l'assurance maladie relatifs aux relations avec les professionnels de santé	18
Encadré 5 : La démarche IMPACT « innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires ».....	21
Encadré 6 : Mesures de simplification pour les dossiers de demandes MDPH.....	21
Encadré 7 : Accompagnements proposés par les conseils départementaux des Yvelines et de l'Isère.....	22
Encadré 8 : Exemples de prestation de services complète par une société privée	23
Encadré 9 : Exemple de service de gestion d'emploi du temps des professionnels de santé : Doctolib.....	24
Encadré 10 : Exemple de solution légère pour les téléconsultations, développée par la start-up TokTokDoc.....	24
Encadré 11 : La e-prescription au niveau européen	26
Encadré 12 : Le suivi des diabétiques au Royaume-Uni par les <i>Diabetes specialist nurse (DSN)</i>	28
Encadré 13 : Perception de la complexité par les médecins selon la mission déléguée 22 de l'assurance maladie.....	30
Encadré 14 : Les principaux irritants identifiés par l'assurance maladie.....	34
Encadré 15 : Facturation et règlements	35
Encadré 16 : Exemple de diversité de processus selon les départements.....	38
Encadré 17 : Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016.....	40
Encadré 18 : La gestion administrative du dossier médecin en cas de changements de situation ...	41
Encadré 19 : Le parcours « professionnels de santé » mis en place par la CPAM de Meurthe-et-Moselle.....	49
Encadré 20 : Santé Landes un modèle d'intégration pour la coordination des professionnels de santé qui fait ses preuves.....	52
Encadré 21 : Un renforcement de l'offre de services numériques à prévoir	60
Encadré 22 : Le dispositif <i>Passerelle, Laboratoire territorial d'aide à l'installation des médecins</i> à Nancy en région Grand-Est.....	65

Graphiques

Graphique 1 : Évolution de l'index « bureaucratique » publié par le KVB, entre 2013 et 2017 en %.27

Schémas

Schéma 1 : Enjeu du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé - RPPS	54
Schéma 2 : Le planning prévisionnel du projet e-prescription	63

Tableau

Tableau 1 : Comparatif des formalités à accomplir selon le type de SISA (capital fixe ou capital variable)	51
---	----

SIGLES UTILISES

AAH :	Allocation aux adultes handicapés
AATi :	Avis arrêt de travail (intégré)
ACI :	Accord conventionnel interprofessionnel
ADF :	Assemblée des départements de France
ADri :	Acquisition des droits (intégré)
AGA :	Association de gestion agréée
ALD :	Affection de longue durée
ALDi :	Affection de longue durée (intégré)
AMC :	Assurance maladie complémentaire
AME :	Aide médicale d'État
AMO :	Assurance maladie obligatoire
ANRU :	Agence nationale pour la rénovation urbaine
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP :	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
AR :	Accusé de réception
ARS :	Agence régionale de santé
ASIP :	Agence des systèmes d'information partagés de santé
AT :	Accidents du travail
CARPIMKO :	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESP :	Contrat d'engagement de service public
CIAS :	Centre intercommunal d'action sociale
CIS :	Conseiller informatique service
CLIC :	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CNAM :	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNDA :	Centre national de dépôt et d'agrément
CNP :	Centres nationaux de production
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG :	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPS :	Carte de professionnel de santé
CPTS :	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSMF :	Confédération des syndicats médicaux français
DAM :	Délégué de l'assurance maladie
DASRI :	Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DCGDR :	Directeur coordinateur régional de la gestion du risque
DGCL :	Direction générale des collectivités locales
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DGESIP :	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGS :	Direction générale de la santé
DMP :	Dossier médical partagé

DMT :	Déclaration médecin traitant
DMTi :	Déclaration médecin traitant (intégré)
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DS :	Délégué syndical
DSN :	Déclaration sociale nominative ; <i>Diabetes specialist nurse</i>
DSS :	Direction de la sécurité sociale
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSM :	Échelon local du service médical
EPCI :	Établissement public de coopération intercommunale
ESP :	Équipe de soins primaires
ETP :	Équivalent temps plein
FEIMA :	Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire
FIDES :	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR :	Fonds d'intervention régional
FMF :	Fédération de la mutualité française
FMT :	Forfait médecin traitant
FNPS :	Fichier national des professionnels de santé
FSE :	Feuille de soins électronique
GDR :	Gestion du risque
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
GIE :	Groupement d'intérêt économique
GP :	<i>General practitioner</i>
GRC :	Gestion de la relation cotisant
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	haute autorité de santé
HLM :	Habitations à loyers modérés
HRI :	Historique des remboursements (intégré)
IA :	Intelligence artificielle
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IMTi :	Informations médecin traitant (intégré)
KVB :	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA :	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
MSA :	Mutualité sociale agricole
MSP :	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS :	messagerie sécurisée de santé
NHS :	<i>National health service</i>
PAERPA :	Personne âgée en risque de perte d'autonomie

PAMC :	Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
PDSA :	Permanence des soins ambulatoires
PLFSS :	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PME :	Petites et moyennes entreprises
PPA :	Plan personnalisé d'accompagnement
PS :	professionnel de santé
PTA :	Plateforme territoriale d'appui
RCS :	Registre du commerce et des sociétés
RIAP :	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
ROSP :	Rémunération sur objectif de santé publique
RPPS :	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
RSI :	Régime social des indépendants
SA :	Société anonyme
SDIS :	Service départemental d'incendie et de secours
SDSI :	Schéma directeur des systèmes d'information
SGMAP :	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SI :	Système d'information
SISA :	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNACs :	Services numériques d'appui à la coordination
SNIIRAM :	Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie
SNIR :	Système national interrégimes
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
STSS :	Stratégie de transformation du système de santé
THD :	Très haut débit
TSN :	Territoires de soins numériques
UFR :	Unité de formation et de recherche (université)
URPS :	Union régionale des professionnels de santé
URSSAF :	Union de recouvrement de sécurité sociale et d'allocations familiales

BIBLIOGRAPHIE

- a) [Méjane Julien, Rey Jean-Louis, Viossat Louis-Charles, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque, n° 2017 – 007R, IGAS, septembre 2017, 114 pages.](#)
- b) [Émilie Fauchier-Magnan, Valérie Saintoyant, Pierre Videment, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Qualité de service et organisation du réseau, n° 2017 – 008R, IGAS, septembre 2017, 118 pages.](#)
- c) [Der Burökrateindex für die vertragsärztliche Versorgung - BIX 2017](#) Index de bureaucratie pour 2017.
- d) [Making time in general practice. Freeing GP capacity by reducing bureaucracy and avoidable consultations, managing the interface with hospitals and exploring new ways of working](#) Octobre 2015.
- e) Davies M, Dixon S, Currie CJ et al (2001). *Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service : a randomised controlled trial. Diabetic Medicine* 18; 301-307.
- f) Sampson MJ, Crowle T, Dhatariya K et al (2006). *Trends in bed occupancy for inpatients with diabetes before and after the introduction of a diabetes inpatient specialist nurse service. Diabetic Medicine* 23 (9) ; 1008-1015.
- g) Rutter CL, Jones C, Dhatariya KK et al (2013). *Determining in-patient diabetes treatment satisfaction in the UK – The DIPsat study. Diabetic Medicine* 30 (6) ; 731-738.
- h) Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC et al (2012). *The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists : a randomised controlled trial with 2-year follow-up. Journal of Advanced Nursing* 68; 1224-34.
- i) Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, Activité et emplois du temps des médecins libéraux, Document de travail, DREES, N° 98, mai 2010.
- j) Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, L'emploi du temps des médecins libéraux, Dossiers solidarité et santé, DREES, N° 15, 2010.
- k) Serge Jakoubovitch, Marie-Christine Bournot, Élodie Cercier, François Tuffreau, Les emplois du temps des médecins généralistes, études et résultats, DREES, N° 797, mars 2012.
- l) Fauchier-Magnan Émilie, Méjane Julien, Roger Juliette, Viossat Louis-Charles, *Évaluation de la généralisation du tiers payant*, n° 2017-111 R, octobre 2017, 86 pages.
- m) Cédric Villani et al., [Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne](#), rapport au premier ministre, La documentation française, mars 2018, 242 p.
- n) [Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011](#), p.30.

ANNEXES

ANNEXES 1 : LA NOTION DE CHARGES ADMINISTRATIVES DES PROFESSIONS DE SANTE LIBERALES N'EST PAS CERNEE AVEC PRECISION

ANNEXES 2 : LES CERTIFICATS MEDICAUX POUR LA PRATIQUE DU SPORT

ANNEXES 3 : HITEC ACT ET SES CONSEQUENCES SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'E-SANTE AUX ÉTATS-UNIS

PIÈCES JOINTES

**PIÈCES JOINTES 1 : AUTOBILAN CNAMTS FICHE 8 COG 2014-2017
DONNEES ACTUALISEES NOVEMBRE 2017**

PIÈCES JOINTES 2 : CONTRIBUTIONS DES CONSEILLERS SOCIAUX

Allemagne

Espagne

Italie

Royaume Uni

PIÈCES JOINTES 3 : SANTE LANDES PRESENTATION ET BILAN D'ETAPE